



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA**

Sara Cristina Carvalho Cerqueira

**O PROCESSO DE INCORPORAÇÃO DO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE
COMO TECNOLOGIA DE GESTÃO: O CASO DA SECRETARIA MUNICIPAL
DE SAÚDE DE SALVADOR.**

**Salvador
2008**

Sara Cristina Carvalho Cerqueira

**O PROCESSO DE INCORPORAÇÃO DO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE
COMO TECNOLOGIA DE GESTÃO: O CASO DA SECRETARIA MUNICIPAL
DE SAÚDE DE SALVADOR.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública, área de concentração Planejamento e Gestão em Saúde

Orientador: Prof. Dr. Jairnilson Silva Paim

**Salvador
2009**

Ficha Catalográfica
Elaboração: Maria Creuza Ferreira da Silva

C416p Cerqueira, Sara Cristina Carvalho.

O processo de incorporação do Plano Municipal de Saúde como tecnologia de gestão: o caso da Secretaria Municipal de Salvador. / Sara Cristina Carvalho Cerqueira. - Salvador: S.C.C. Cerqueira, 2009.

202p.

Orientador: Prof^o. Dr^o. Jairnilson Silva Paim.

Dissertação (mestrado) - Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia.

1. Saúde Pública. 2. Planejamento em Saúde. 3. Gestão em Saúde.
4. Sistema Único de Saúde – Organização - Administração. I. Título.

CDU 614.2

Sara Cristina Carvalho Cerqueira

**O PROCESSO DE INCORPORAÇÃO DO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE
COMO TECNOLOGIA DE GESTÃO: O CASO DA SECRETARIA MUNICIPAL
DE SAÚDE DE SALVADOR.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública, área de concentração Planejamento e Gestão em Saúde

Data de aprovação: 25 de março de 2009

Banca Examinadora:

Prof. Dra. Heloniza Oliveira Gonçalves Costa – Escola de Enfermagem/UFBA

Profa. Dra. Carmen Fontes Teixeira – Instituto de Saúde Coletiva/UFBA

Prof. Dr. Jairnilson Silva Paim (Orientador) – Instituto de Saúde Coletiva/UFBA

Aos companheiros e companheiras da Secretaria Municipal de Saúde de Salvador, que militam na construção do Sistema Único de Saúde, e com quem compartilhei muitas alegrias e tristezas.

AGRADECIMENTOS

Ao professor Jairnilson Paim, pela honra e oportunidade de aprender com um verdadeiro mestre. Agradeço pela paciência, pela orientação responsável e principalmente por me desafiar a buscar além da “ilusão da transparência”.

À professora Carmen Teixeira, pela orientação inicial e pelo acolhimento nos momentos de incertezas e dificuldades.

Ao professor Francisco Teixeira, pela contribuição durante a fase de qualificação do projeto.

As professoras Ana Luisa e Heloniza, por aceitarem contribuir com a pesquisa.

Aos colegas do ISC, em especial a turma do planejamento, Júlia, Sílvia, Aldaires, Marcelle, Ana Clara, Mariluce e Eliana, pela companhia nesta jornada.

À Solange Viana e a Mônica Coutinho pelo trabalho paciente durante a coleta de dados.

Aos secretários de saúde, Luis Eugênio e Carlos Trindade pelo apoio ao projeto, e José Carlos Brito pela anuência institucional.

Aos amigos e amigas da ASTEC, Stella Barros, Fátima Santos, Rosa Virgínia, Luciana Alaíde, Bruno Almeida, Virgínia, Maria, Zeu, Rosinha, Mateus, Léo, Alencar, e as novatas Alcione, Marcela e Fátima Oliveira, pela convivência fraterna e pela compreensão no período final deste trabalho. Um agradecimento especial para Dulcelina, minha chefe querida, pelo incentivo permanente e pela torcida durante todo este período.

Aos meus pais, Solange e Luis, pela cumplicidade e apoio logístico. Ao meu querido Willians, pelo amor incondicional e por compartilhar mais esta etapa de minha trajetória, e a Marx, pela companhia silenciosa.

A Deus, pela misericórdia e bondade revelada em minha vida.

RESUMO

CERQUEIRA, S.C.C. **O processo de incorporação do Plano Municipal de Saúde como tecnologia de gestão: o caso da Secretaria Municipal de Saúde de Salvador**. Salvador, 2009. 202 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia.

O presente estudo procura investigar elementos que podem interferir na incorporação de tecnologias não-materiais nas organizações públicas de saúde. O Ministério da Saúde, ao publicar o Pacto pela Saúde 2006, reiterou a necessidade de incorporação de práticas estruturadas de planejamento na gestão do SUS. Nesta direção, vem trabalhando no desenvolvimento do PlanejaSUS – Sistema de Planejamento do SUS, com o propósito de consolidar o processo de institucionalização do planejamento no SUS. O objetivo geral do estudo buscou analisar o processo de incorporação do Plano Municipal de Saúde enquanto uma tecnologia de gestão na Secretaria Municipal de Saúde de Salvador. A estratégia escolhida para a investigação foi o estudo de caso. O modelo teórico desenvolvido pela pesquisa contemplou a integração entre os elementos dos Triângulos de Governo e de Ferro da Gestão e as variáveis envolvidas no processo de inovações em organizações, bem como a discussão do Postulado da Coerência. A pesquisa utilizou os dados produzidos durante o processo de monitoramento da implantação/implementação das ações do Plano Municipal de Saúde 2006-2009 desenvolvido pela Secretaria Municipal de Saúde, bem como daqueles obtidos mediante análise documental e observação participante. Os resultados indicaram que no período do estudo o processo não chegou à fase de rotinização, também conhecida como institucionalização, quando o Plano Municipal de Saúde seria incorporado nas atividades regulares da organização. Nesse processo foi possível a identificação de elementos facilitadores e dificultadores. A incorporação do Plano como tecnologia de gestão aponta na direção da mudança das práticas de trabalho, assim como da constituição de sujeitos implicados técnica e politicamente no trabalho da gestão.

DESCRITORES: incorporação tecnológica; tecnologia de gestão; planejamento em saúde; práticas de gestão em saúde.

ABSTRACT

CERQUEIRA, S.C.C. **The process of incorporation of a Municipal Health Plan as a management technology: the case of the Municipal Health Secretary of Salvador.** Salvador, 2009. 202p. Dissertation (Masters in Public Health) – Institute of Collective Health, Federal University of Bahia

The present study seeks to investigate elements that may interfere in the incorporation of non-material technologies in public health organisations. In publishing the 2006 Health Pact, the Ministry of Health reiterated the need for the incorporation of structured planning practices into the management of the Single Health System (SHS). It has thus been working on the development of the *PlanejaSUS* – the SHS Planning System, with the purpose of consolidating the process of the institutionalisation of SHS planning. The general objective of the study sought to analyse the process of incorporation of the Municipal Health Plan as a management technology within the Municipal Health Secretary of Salvador. The strategy selected for the investigation was that of case study. The theoretical model developed in the research study considered the integration of elements from the Governance and Iron Management Triangles, variables involved in the process of innovation in organisations, as well as a discussion of the Coherence Principle. The study utilised data produced from the monitoring of the introduction / implementation activities of the 2006-2009 Municipal Health Plan undertaken by the Municipal Health Secretary, and also data obtained from document analysis and participant observation. The results demonstrated that throughout the period of the study the process had not become routine, or institutionalised, in such a way as to incorporate the Municipal Health Plan into the organisation's regular activities. It was possible, through this process, to identify elements both that facilitate and complicate. The incorporation of the Plan as a management technology indicates the direction of change in working practices, as well as the nature of subjects technically and politically involved in the work of management.

KEY WORDS: technological incorporation; management technology; health planning; practices in health management

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIS - Ações Integradas de Saúde

ASCOM – Assessoria de Comunicação

ASIS - Análise da Situação de Saúde

ASPERS – Assessoria de Promoção da Equidade Racial em Saúde

ASTEC – Assessoria Técnica

ATS – Avaliação de Tecnologias em Saúde

CAD – Coordenadoria Administrativa

CDRH – Coordenadoria de Desenvolvimento de Recursos Humanos

CEO – Centro de Especialidades Odontológicas

CMS – Conselho Municipal de Saúde

COAPS – Coordenadoria de Atenção e Promoção à Saúde

COSAM – Coordenadoria de Saúde Ambiental

DS – Distrito Sanitário

FMS – Fundo Municipal de Saúde

GPSM - Gestão Plena do Sistema Municipal

GT CES – Grupo de Trabalho de Comunicação e Educação em Saúde

GTSPN – Grupo de Trabalho de Saúde da População Negra

ISC – Instituto de Saúde Coletiva

MO – Módulos Operacionais

MP – Ministério Público

MS – Ministério da Saúde

NGI - Núcleo de Gestão de Informática

NOAS - Normas Operacionais da Assistência à Saúde

NOB - Normas Operacionais Básicas

NUD – Núcleo Dirigente

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PC do B – Partido Comunista do Brasil

PCCS - Plano de Cargos Carreiras e Salários

PDDU - Plano Diretor de Desenvolvimento Urbano

PDI - Plano Diretor de Investimentos

PDR - Plano Diretor de Regionalização

PEG - Plano Estratégico de Gestão Municipal
PlanejaSUS – Sistema de Planejamento do SUS
PMS 2006-2009 – Plano Municipal de Saúde 2006-2009
PPA - Plano Pluri Anual
PPLS - Planejamento e Programação Local em Saúde
PSF – Programa de Saúde da Família
PT – Partido dos Trabalhadores
SAMU 192 – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SEAD – Secretaria de Administração
SEFAZ – Secretaria da Fazenda
SEGOV - Secretaria de Governo
SEPLAN – Secretaria de Planejamento
SES – Secretaria Estadual de Saúde
SESAB – Secretaria de Estado da Saúde da Bahia
SIAM – Sistema de Informações de Ações Municipais
SMS – Secretaria Municipal de Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
UFBA – Universidade Federal da Bahia
VIII CMS – VIII Conferência Municipal de Saúde

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS

RESUMO

ABSTRACT

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

1.INTRODUÇÃO	11
2.QUADRO TEÓRICO E HIPÓTESE DO ESTUDO	17
2.1. Modelo Teórico	25
3.METODOLOGIA	26
3.1.Estratégia Metodológica	26
3.2. Descrição do local de pesquisa	26
3.3.Objeto da pesquisa	28
3.4. Técnicas de coleta de dados	31
3.5. Plano de Análise	33
3.6.Aspectos éticos da pesquisa	33
4. OS TRIÂNGULOS DE GOVERNO EM SALVADOR	34
4.1. Projeto de Governo da Secretaria Municipal de Saúde	34
4.2. Capacidade de governo da Secretaria Municipal de Saúde	48
4.3. Governabilidade da Secretaria Municipal de Saúde	55
5. PRINCIPAIS ELEMENTOS QUE INFLUÍRAM NA INCORPORAÇÃO DO PMS	61
5.1. Elementos facilitadores do processo de incorporação do PMS	61
5.2. Elementos dificultadores do processo de incorporação do PMS	68
6. O MODELO DE INCORPORAÇÃO DO PMS EM SALVADOR	73
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	82
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	86
APÊNDICES	
Apêndice A – Matriz de análise	89
Apêndice B – Ofício para solicitação de anuência da SMS	90
ANEXOS	
Anexo A – Estrutura organizacional da Secretaria Municipal de Saúde	91
Anexo B – Matriz de registro do acompanhamento da implantação do Plano Municipal de Saúde 2006-2009	94
Anexo C - Registro das entrevistas de acompanhamento da implantação do PMS 2006-2009 por etapa	95

1. INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, o desenvolvimento científico e tecnológico mostrou sua enorme capacidade para a transformação da natureza, operando mudanças radicais nas sociedades e na economia mundial. O uso crescente da tecnologia como instrumento de competição e dominação, não apenas entre empresas e mercados, mas também entre Estados e países, tem-se constituído numa das principais características das sociedades modernas (Caetano & Vianna, 2006). Por conta disso, o processo de incorporação de tecnologias tem sido objeto de investigação de diversos campos do conhecimento e práticas, sendo, particularmente, analisado pelos estudiosos da área de economia¹, engenharia e administração.

No campo da saúde, a produção de conhecimento é mais recente e parece ter sido estimulada pelas mudanças ocorridas no setor, a exemplo da expansão dos serviços de saúde, públicos e privados, e pela crescente proliferação e incorporação de inovações tecnológicas, principalmente daquelas de custo elevado, considerada uma das razões para o crescimento dos gastos nesta área (Trindade, 2008).

De um modo geral, a incorporação de tecnologias em saúde² tem-se dado de forma acrítica e desordenada (Brasil, 2008a), o que favorece a duplicidade de meios para fins idênticos, sem uma avaliação sistemática da eficácia e segurança dessas tecnologias, gerando ineficiência do sistema e riscos à saúde das populações.

Diante desse contexto, o Ministério da Saúde tem realizado algumas intervenções no sentido de estabelecer mecanismos de gestão das tecnologias

¹ A partir dos anos 80, ocorre uma importante modificação no pensamento econômico, com o desenvolvimento da corrente evolucionista, sendo produzidos diversos estudos sobre a inovação tecnológica e a análise de seus determinantes. Sobre os principais autores evolucionistas, consultar NELSON, R.R & WINTER, S.G. **Uma teoria evolucionária da mudança econômica**. Coleção Clássicos da Inovação. Editora da UNICAMP, Campinas, 2005.

² Segundo a Portaria nº 2.510/GM de 19 de dezembro de 2005, tecnologias em saúde são os *“medicamentos, materiais e procedimentos, sistemas organizacionais, informacionais, educacionais e de suporte, e os programas e protocolos assistenciais, por meio dos quais a atenção e os cuidados de saúde são prestados”*.

em saúde, entendida como *“um conjunto de atividades relacionadas aos processos de avaliação, incorporação, difusão, gerenciamento da utilização e retirada de tecnologias nos sistemas de saúde”* (BRASIL,2007,p.56), propondo a utilização da Avaliação Tecnológica em Saúde (ATS)³ como ferramenta de auxílio para os gestores do setor.

São considerados marcos para o fortalecimento institucional da ATS no âmbito do SUS: a instituição do Conselho de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde em 2003, com o objetivo de implantar a Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, *além de definir diretrizes e promover a avaliação de novos produtos e processos*; a criação da Coordenação-Geral de Avaliação de Tecnologias em Saúde em 2005, responsável por implementar, monitorar e difundir a ATS no SUS; a inclusão do Departamento de Ciência e Tecnologia – Decit como membro da Rede Internacional de Agências de Avaliação de Tecnologias em Saúde no ano de 2006; e a constituição, no mesmo ano, da Comissão para Incorporação de Tecnologias, responsável por gerenciar o processo de incorporação de tecnologias (Brasil,2008a).

A revisão da literatura nacional e internacional⁴ permitiu a identificação de uma variedade de relatos, estudos de casos e pesquisas avaliativas (Queiroz,2003; Trindade,2006; Perez,2006) que abordaram a incorporação de tecnologias materiais (Mendes-Gonçalves,1994) em unidades prestadoras de serviços de saúde, identificando os fatores relacionados neste processo. No entanto, o interesse do presente estudo concentra-se nos elementos que podem interferir na incorporação de tecnologias não-materiais nas organizações públicas de saúde, a exemplo do planejamento como tecnologia de gestão.

³ A Avaliação de Tecnologias de Saúde pode ser definida *“como uma forma abrangente de pesquisar as conseqüências técnicas (quase sempre clínicas), econômicas e sociais, de curto e longo prazo, da utilização das tecnologias em saúde, bem como de seus efeitos diretos e indiretos, tanto desejáveis quanto indesejáveis”* (BRASIL,2007), configurando-se portanto em um importante subsídio técnico para a tomada de decisão no âmbito da gestão do SUS (Silva,2003).

⁴ Realizada nas bases Lilacs e Medline com as palavras incorporação tecnológica, inovação tecnológica, tecnologia em saúde.

O processo de institucionalização do planejamento em saúde no Brasil tem sido estimulado, recentemente, por diversas intervenções realizadas pelo Ministério da Saúde. Durante a implantação do SUS nos anos 90, a edição das Normas Operacionais Básicas (NOBs) desempenhou papel importante na indução de processos formais de planejamento, na medida em que os Planos Estaduais e Municipais de Saúde passaram a ser requisitos para a habilitação em formas de gestão da saúde, e a Programação Pactuada Integrada - PPI foi tratada como um instrumento de gestão (Vilasboas,2006).

Na década seguinte, as Normas Operacionais da Assistência à Saúde (NOAS) 2001 e 2002 definiram um conjunto de ações e serviços a serem contemplados nos módulos assistenciais, além de destacarem o papel da instância estadual no processo de regionalização da assistência à saúde, nos aspectos relativos ao planejamento, programação e controle (Viana *et al.*, 2002). Instrumentos como o Plano Diretor de Regionalização – PDR e Plano Diretor de Investimentos – PDI representaram novas formas estruturadas de planejamento.

Mais recentemente, o Ministério da Saúde, ao publicar o Pacto pela Saúde 2006⁵, reiterou a necessidade de incorporação de práticas estruturadas de planejamento na gestão do SUS. Nesta direção, vem trabalhando no desenvolvimento do PlanejaSUS – Sistema de Planejamento do SUS⁶, com o objetivo de consolidar o processo de institucionalização do planejamento no SUS, sendo os principais pontos pactuados: a adoção de necessidades de saúde da população como critério para o planejamento; revisão e integração dos instrumentos de planejamento em cada esfera de gestão e no SUS como um todo; institucionalização do planejamento como instrumento de gestão do SUS, incluindo o monitoramento e a avaliação; e a cooperação das três esferas para o fortalecimento do processo de planejamento (Brasil,2006).

⁵ O documento das Diretrizes do Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do Sistema Único de Saúde, publicado na Portaria/GM nº399 de 22 de fevereiro de 2006, contempla o Pacto firmado entre os gestores do SUS, em suas três dimensões: pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão.

⁶ O PlanejaSUS é fruto de discussão entre dirigentes e técnicos que atuam na área de planejamento nas três esferas de gestão do SUS.

A questão da incorporação de tecnologias de gestão, a exemplo do planejamento, foi identificada em trabalhos referidos sob a terminologia *planejamento em saúde, práticas de planejamento, práticas de gestão em saúde*, que abordaram a questão de sua institucionalização em organizações públicas dos âmbitos estadual e municipal do SUS (Lotufo, 2003; Coelho & Paim, 2005; Vilasboas, 2006; Rocha, 2008).

Lotufo (2003), em seu estudo sobre a análise da capacidade de governo de uma Secretaria Estadual de Saúde, investigou as tecnologias de gestão utilizadas nessa organização, observando que apesar do reconhecimento da importância do planejamento para a prática da gestão, expressa numa certa *“preocupação com o planejamento”*, não houve a institucionalização dessa prática nos macrosistemas da alta direção da SES. As evidências apresentadas pela autora sugerem a existência de um *“comportamento ritualístico sem grandes preocupações com a solução de problemas”* (Paim, 2007, p.775) do planejamento normativo ou tradicional.

Coelho & Paim (2005) identificaram o mesmo procedimento ritualístico para a elaboração de instrumentos do planejamento no estudo realizado sobre o processo decisório e as práticas de gestão desenvolvidas numa Secretaria Estadual de Saúde. Os autores sinalizaram a incipiência da incorporação de práticas estruturadas de planejamento, expressa na tentativa de alguns setores institucionais em organizar o trabalho em função do que havia sido planejado, frente ao predomínio do atendimento das demandas e *“urgências”*.

O planejamento no cotidiano de outra Secretaria Estadual de Saúde foi analisado por Rocha (2008), sendo identificada a superação do *aspecto tradicional de elaboração de planos* a partir da responsabilização dos sujeitos no processo de planejamento desenvolvido na organização. Segundo a autora, *“o processo de planejamento aberto, comunicativo, acompanhado de um processo sistemático de avaliação-intervenção-reavaliação-formulação”* (p.132), ao favorecer a desalienação do trabalho pelo exercício da avaliação, teria contribuído para a institucionalização de novas práticas na Secretaria. Entretanto, as principais dificuldades resultaram *do desenho organizacional*

fragmentado, da ausência de propósitos comuns entre a SES e o Governo, e da escassez técnica, administrativa e política da Secretaria.

Vilasboas (2006), ao estudar as práticas de planejamento desenvolvidas numa Secretaria Municipal de Saúde, identificou a existência de distintos formatos do planejamento. O processo de elaboração de instrumentos como plano, programas e projetos aproximou-se da noção de práticas estruturadas, enquanto práticas mais flexíveis e informais, semelhantes a um “cálculo estratégico”, foram tratadas pela autora como “práticas não estruturadas de planejamento”. Apesar dessas expressões, foi constatada ausência da institucionalização de práticas estruturadas de planejamento, *“na medida em que não sustentou ações sistemáticas de programação, monitoramento e avaliação das atividades realizadas pela organização.”* (Vilasboas & Paim, 2008, p.1248).

Trindade (2008) identificou alguns fatores determinantes para a incorporação de novas tecnologias nos serviços de saúde, a exemplo daqueles relacionados à própria natureza da tecnologia ou do problema relevante, bem como dos determinados pelas ações e interesses dos diversos grupos envolvidos nesse processo. No entanto, esses fatores não estão bem definidos nos trabalhos consultados sobre as práticas de planejamento nas instâncias estaduais e municipais da gestão do SUS. Constata-se, portanto, a importância do desenvolvimento de estudos que resgatem experiências em curso e avancem na compreensão dos fatores facilitadores e dificultadores desse processo.

Considerando a Secretaria Municipal de Saúde de Salvador como lócus da investigação e o Plano Municipal de Saúde como expressão tecnológica de práticas estruturadas de planejamento, este estudo pretende então responder as seguintes questões:

- O que faz com que uma Secretaria Municipal de Saúde, submetida a determinadas relações políticas, econômicas e ideológicas, incorpore o Plano Municipal de Saúde como tecnologia de gestão?

- Quais elementos facilitam ou dificultam a incorporação desta tecnologia pela organização?

O objetivo geral do estudo, portanto, é analisar o processo de incorporação do Plano Municipal de Saúde enquanto uma tecnologia de gestão na Secretaria Municipal de Saúde de Salvador, sendo definidos os seguintes objetivos específicos:

- Descrever o processo de formulação do PMS 2006-2009 na Secretaria Municipal de Saúde;
- Descrever a conjuntura político-institucional do monitoramento da implantação do PMS 2006-2009;
- Identificar e analisar elementos que facilitam ou dificultam a incorporação desta tecnologia no âmbito das macropráticas de trabalho da Secretaria Municipal de Saúde.

2. QUADRO TEÓRICO E HIPÓTESE DO ESTUDO

A formulação do quadro teórico tem como objetivo expor de maneira sistemática as definições conceituais e as proposições diretamente relacionadas na compreensão do problema e elaboração das hipóteses (Samaja,1993). Constitui-se, portanto, no desafio de adotar uma dada perspectiva teórica para o estudo, definindo suas categorias e conceitos.

A Secretaria Municipal de Saúde de Salvador é assumida enquanto aparelho de Estado (no âmbito setorial), sendo reconhecida como uma instância onde são realizadas *práticas institucionais e práticas de saúde* (Paim, 2002a). A análise destas práticas deve considerar as relações estabelecidas entre o Estado e a sociedade em diferentes conjunturas, bem como suas contradições expressas nos propósitos de seus aparelhos. Este estudo não pretende discutir essas questões, embora leve em conta o papel do Estado na determinação dos propósitos de governo, conforme o Postulado da Coerência (Testa,2006).

Para esse autor, o papel desempenhado pelo Estado, em formações sociais como as latino-americanas, deve ser considerado em dois níveis de agregação: o primeiro enquanto garantidor da continuidade do sistema capitalista, portanto de caráter homogêneo; e o outro, apresentando elementos de heterogeneidade, a exemplo da existência de contradições dentro de suas instituições, que poderiam resultar em condições favoráveis ao aparecimento ou fortalecimento do conflito de classes.

Es através de la profundización de esas contradicciones que la planificación puede jugar un papel que le permita funcionar como mecanismo facilitador de situaciones que desencadenen o aceleren procesos de cambio social. (Testa, 2006,p.111)

Logo, o planejamento como método pode contribuir na criação de condições que favoreçam a realização de ações voltadas à mudança social, ao promover um deslocamento de poder dentro dos aparelhos do Estado. Nessas condições, o Postulado da Coerência aparece como um elemento básico desse pensamento estratégico (Rivera,1995), por assumir que a *eficácia* ou

viabilidade do método depende da existência de coerência entre os três elementos do postulado: os propósitos de governo, os métodos que utiliza e a organização. A relação de coerência se expressa em termos de determinação e condicionamento.

La primera es una fuerza positiva que establece los limites dentro de los cuales debe ocurrir un fenómeno...El condicionamiento, em cambio, es una fuerza negativa que fija los límites de los cuales no puede ocurrir un fenómeno.(Testa,2006,p.110)

Para o autor, os propósitos são determinados pelo papel do Estado e, portanto, podem servir tanto para legitimação e crescimento (caráter homogêneo), quanto para a mudança (caráter heterogêneo). Os propósitos por sua vez determinariam os métodos e a organização. Os métodos são determinados pela teoria, pela história e pelo papel do Estado, e podem determinar a organização, quando esta apresenta um alto grau de *labilidadade institucional* (Testa,1992). Por sua vez, a organização é determinada pela história e condiciona tanto os métodos como os propósitos institucionais.

Ao tomar como objeto de estudo o Plano Municipal de Saúde enquanto tecnologia passível de utilização no processo de gestão da Secretaria Municipal de Saúde de Salvador faz-se necessário explicitar quais elementos teóricos sustentaram a compreensão do modo de gestão desta organização pública de saúde. Nesse sentido, a pesquisa recuperou a contribuição de Carlos Matus, particularmente o Triângulo de Governo e o Triângulo de Ferro da Gestão.

Para Matus (2007) dirigir ou governar exige articular três variáveis: o *projeto de governo*, a *capacidade de governo* e a *governabilidade do sistema*, sintetizados em um modelo simples denominado Triângulo de Governo. O *projeto de governo* refere-se ao conteúdo propositivo dos projetos de ação que um ator propõe-se realizar para alcançar seus objetivos. O Plano Municipal de Saúde expressa o projeto de governo no âmbito do Sistema de Saúde Municipal, na medida em apresenta uma seleção de problemas e um conjunto de operações para enfrentá-los. Como chama atenção Matus (1997), o conteúdo propositivo

é produto não apenas das circunstâncias e interesses do ator que governa, mas também de sua capacidade de governo.

A *governabilidade* é uma relação entre as variáveis que o ator controla e não controla no processo de governo, logo expressa o poder de um ator para realizar seu projeto. Ela manifesta a capacidade de resistência que oferece o sistema político-social a um projeto de governo e ao ator desse projeto.

A *capacidade de governo* significa a capacidade de condução ou direção. É a manifestação da capacidade de direção, de gerência, de administração e controle.

(...) refere-se ao acervo de técnicas, métodos, destrezas, habilidades e experiências de um ator e sua equipe de governo, para conduzir o processo social a objetivos declarados, dados a governabilidade do sistema e o conteúdo propositivo do projeto de governo” (Matus,1997,p.61).

Para o autor, a capacidade de governo é a variável central, porém a menos valorizada, sendo sinônimo de *perícia* acumulada na pessoa do dirigente (capacidade pessoal de governo), em sua equipe e na própria organização que comanda (capacidade institucional). Mas além da perícia, a capacidade de governo é constituída pelos sistemas de trabalho e pela estrutura do desenho organizativo.

Os sistemas de trabalho de uma instituição configuram as práticas de gestão no aparato público (Matus,2007), na medida em que definem a atuação e os métodos ou procedimentos utilizados nas organizações públicas. Eles fazem referência aos modos de utilizar o tempo, analisar opções, calcular, decidir, avaliar, monitorar, dirigir e gerenciar. Matus faz ainda uma distinção entre os macrosistemas, denominados de sistemas de alta direção, que segundo ele são determinantes da capacidade institucional do governo, e os microsistemas de trabalho, que determinam o chamado coeficiente de fricção burocrática⁷ do aparato público.

⁷ “La fricción burocrática manifiesta el roce y la pérdida de energía y tiempo que exige cumplir una tarea burocrática...la fricción burocrática es muy determinante de la calidad de la dirección

Para o autor, os macrosistemas ou macropráticas⁸ configuram o sistema de direção estratégica, entendido como um conjunto de dispositivos que estruturam as práticas de trabalho de uma organização, e conduzem à *eficiência, eficácia, reflexão, criatividade, responsabilidade, apreciação situacional imediata e visão direcional em longo prazo* (Matus,2007a,p.305). O sistema de direção estratégica está alicerçado em três sistemas-chaves e que conformam o chamado Triângulo de Ferro: a conformação da agenda dos dirigentes, o sistema de petição e prestação de contas por desempenho e o sistema de gerência por operações.

A existência operacional de todos os demais sistemas componentes da direção estratégica depende das características deste triângulo, sendo que o vértice ocupado pelo sistema de petição e prestação de contas é o mais importante, na medida em que determina se o sistema organizativo é de baixa ou alta responsabilidade (Matus,2007a). O propósito deste sistema é definir e responsabilizar os sujeitos encarregados por um problema ou uma operação, independente de suas posições na organização, pelos seus compromissos declarados ou *formalizados em planos*, a exemplo daqueles sistematizados no Plano Municipal de Saúde de Salvador, daí a pertinência do triângulo de ferro na construção do modelo teórico desta pesquisa.

O triângulo de ferro funciona na seguinte lógica:

- a) O sistema de conformação da agenda do dirigente pode criar ou desviar o foco de atenção do dirigente sobre as questões importantes, sendo, portanto dominado pelo planejamento ou pela improvisação;

y la gestión pública, porque es muy consumidora de tiempo. Termina por invadir la agenda del dirigente y desplazar lo importante." Matus,2007a,p.138

⁸ As macropráticas de trabalho referem-se ao modo que a direção: *usa o tempo e define seu foco de atenção (agenda do dirigente); organiza sua assessoria para a tomada de decisões e pratica o processamento tecnopolítico; maneja as crises com sistemas especializados; processa os problemas com métodos potentes de planificação; estabelece uma bússola sistemática para condução; formula o orçamento em relação com os planos e metas gerenciais; usa bons sistemas de monitoramento da gestão pública; cobra e presta contas por desempenho de modo sistemático (sistema de petição e prestação de contas); gerencia seu dia a dia com criatividade e metas exigentes (gerência por operações); e forma seu pessoal com o propósito de criar uma massa crítica inovadora capaz de aprender da prática e desenvolver constantemente métodos e práticas de trabalho mais aperfeiçoadas.* (Matus,2007b)

- b) O sistema de petição e prestação de contas por desempenho constitui-se num sistema importante, pois é ele que define o domínio da responsabilidade sobre a irresponsabilidade. A existência desse sistema na organização pública estimula a inovação, a criatividade e a planificação, na medida em que os sujeitos são responsabilizados e cobrados pelos compromissos assumidos. No entanto, nas organizações em que predominam mecanismos frouxos de atribuição e inexistência de avaliação por desempenho, configuram-se sistemas de baixa responsabilidade;
- c) O sistema de gerência por operações, ao tempo em que se constitui espaço *“onde se operam os procedimentos e modos de cumprir tarefas (processos de trabalho, definição de objetivos terminais, descentralização e responsabilização)”* (Rocha,2008,p.), pode estabelecer as bases para a ação criativa e descentralizada de gestão e planejamento, ou ao contrário, impor o manejo rotineiro e medíocre da ação diária.

Esses três componentes guardam relação de coerência entre si (Matus,2007b). Logo, uma agenda pautada apenas pelas urgências, e nunca pelo conteúdo propositivo do Plano, é perfeitamente compatível com a ausência da avaliação por desempenho, bem como com um sistema de gerência rotineiro, sem criatividade nem esforço por alcançar resultados.

Para o autor, o Triângulo de Ferro cumpre a função de defesa das organizações contra as ameaças à sua “coerência medíocre”.

(...) observando a coerência intersistêmica dos seus sistemas de alta direção; determinando a qualidade ou a mediocridade das suas macropráticas de trabalho; resistindo à incorporação de inovações incompatíveis com sua coerência, impedindo que os sistemas reformados responsáveis pela introdução da incoerência operem na prática; exercendo seletivamente a expulsão das inovações incoerentes, protegendo a organização contra a invasão de sistemas estranhos ou danosos para a convivência das práticas de trabalho (Matus,2007b,p.176).

A incorporação do Plano Municipal de Saúde pode ser investigada enquanto um processo de inovação passível de ocorrer na Secretaria Municipal de

Saúde de Salvador, sendo oportuno o emprego de algumas proposições de Rogers (2003) a respeito da difusão de inovações, particularmente aquelas sucedidas nas organizações. O autor chama a atenção para a presença de muitas barreiras e resistências à mudança nas organizações, ao tempo em que adverte que a despeito da estabilidade desses sistemas, a inovação é um dos processos fundamentais em andamento em todas as organizações.

Para Rogers (2003), a inovação organizacional depende de certas variáveis relacionadas às características externas e internas da organização, bem como das características individuais da liderança, representadas pela atitude deste sujeito frente à mudança. O autor, entretanto, concentra-se na análise das variáveis internas da estrutura organizacional, identificadas como: centralização, complexidade, formalização, interconectividade, folga organizacional e tamanho.

A *centralização* representa o grau em que o poder e controle de um sistema concentram-se em poucos indivíduos, enquanto *complexidade* compreende o grau em que os membros de uma organização possuem um nível relativamente alto de conhecimento e *expertise*, expressa no treinamento formal. A *formalização* se expressa no grau em que a organização enfatiza o seguimento de regras e procedimentos, e a *interconectividade*, grau em que as unidades do sistema social estão conectadas por redes interpessoais. A *folga organizacional* consiste no grau em que os recursos estão disponíveis para a organização, e o *tamanho* da organização pode ser considerada uma medida substituta de várias dimensões, tais como recursos totais, recursos excedentes, *expertise* técnica dos empregados, estrutura organizacional, dentre outros.

Para o autor, cada um dessas variáveis pode relacionar-se com a inovação em direções diferentes, seja de forma positiva ou negativa, a depender da fase do seu processo numa organização: (1) **iniciação**, definida como a fase de levantamento de informação, conceitualização e planejamento que conduz à decisão pela adoção da inovação/tecnologia; e (2) **implementação**, que engloba os eventos, ações e decisões envolvidas na utilização da tecnologia pelos membros da organização.

Low centralization, high complexity, and low formalization facilitate initiation in the innovation process, but these structural characteristics make it difficult for an organization to implement an innovation. (Rogers, 2003, p. 413)⁹

A decisão de adotar a tecnologia separa os dois estágios da iniciação e os três estágios da implementação. A *Agenda-setting* ou formação da agenda é o primeiro estágio e consiste na identificação e priorização de necessidades e problemas, bem como a procura no ambiente organizacional de inovações potenciais não utilizadas para o enfrentamento desses problemas, podendo requerer um período extensivo de tempo, às vezes de anos. A *associação* pode ser definida como o estágio do processo em que um problema da agenda da organização ajusta-se numa inovação, e esta união é planejada e desenhada. O efetivo ajuste desta inovação às necessidades da organização é a chave com a qual a nova idéia será sustentada ao longo do tempo.

O estágio de *redefinição/reestruturação* ocorre quando a inovação/tecnologia é reinventada para adaptar-se estreitamente às necessidades e estrutura da organização, e quando a estrutura organizacional é modificada para ajustar-se à inovação. Espera-se que ambas a tecnologia e organização modifiquem-se ao menos em algum grau durante este estágio.

A *tradução* ocorre quando o uso da tecnologia amplia-se de tal maneira na organização, que seu significado gradualmente torna-se claro para os membros da organização. Na medida em que este estágio constitui-se numa construção social, a figura do *champion*, definido como “*indivíduo carismático que joga seu peso a favor da inovação, superando a resistência e indiferença que uma nova idéia pode provocar na organização*” (Rogers, 2003, p. 414) desempenha um importante papel nesse processo. Assim como o defensor estimula a mudança, pode existir também a figura do opositor capaz de impedir que a tecnologia chegue ao estágio de rotinização do processo.

⁹ “Pouca centralização, alta complexidade e pouca formalização facilitam a (fase de) iniciação do processo de inovação, mas essas características estruturais dificultam a (fase de) implementação da inovação na organização.” Tradução livre

O estágio de *rotinização* ocorre quando a tecnologia é incorporada às atividades regulares da organização, constituindo-se em prática rotineira, momento no qual o processo de inovação é completado. Um conceito próximo à *rotinização* é o de *sustentabilidade*, que consiste no grau no qual uma tecnologia continua a ser utilizada após os esforços iniciais de assegurar a sua completa adoção. Segundo o autor, a sustentabilidade é considerada, por alguns estudiosos, como sinônimo de institucionalização.

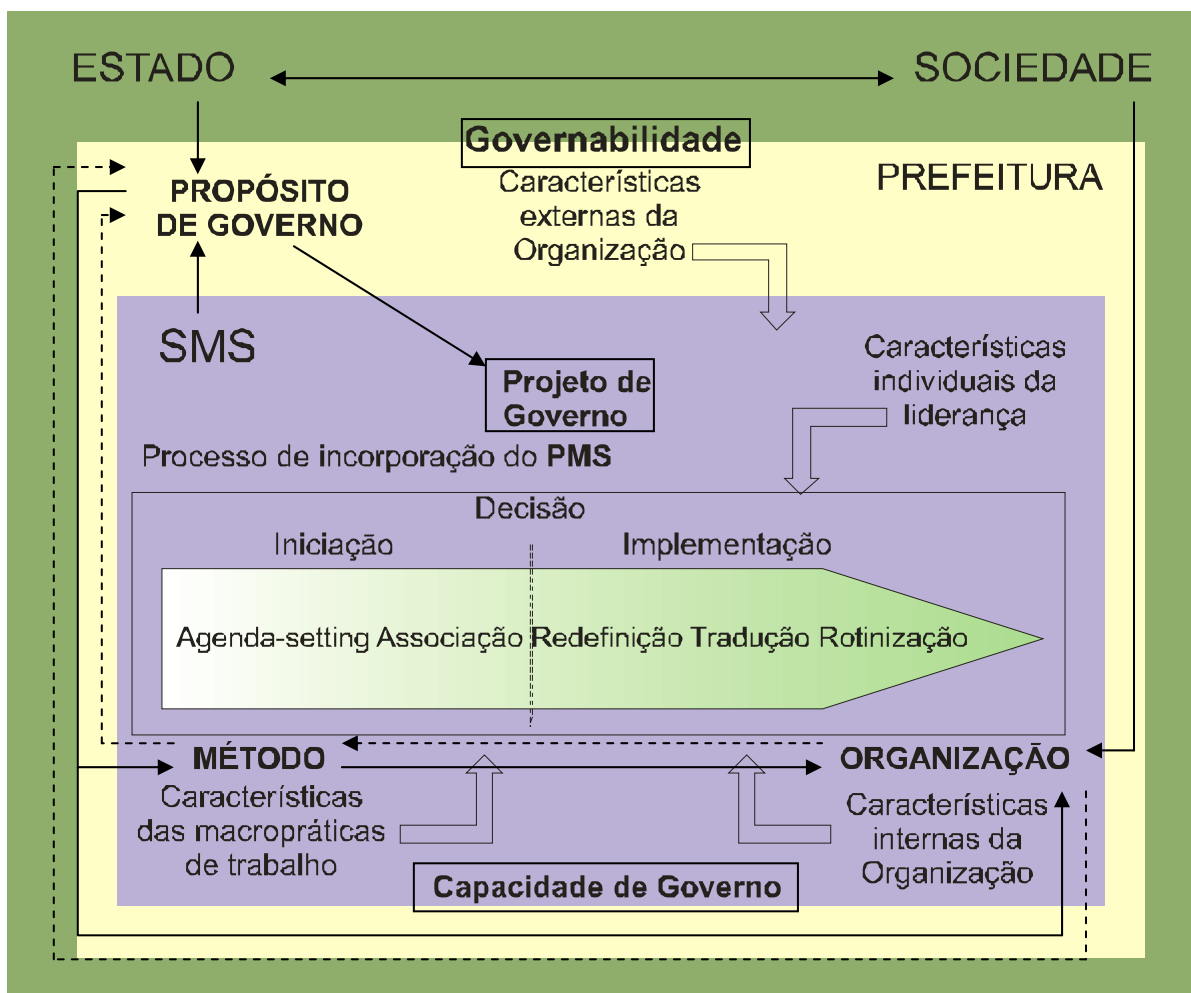
O modelo teórico desenhado para esta investigação recupera a discussão do Postulado da Coerência (Testa, 1992) como referência para o entendimento da conjuntura político-institucional e sua influência no processo de planejamento da Secretaria Municipal de Saúde de Salvador.

O projeto de governo desenvolvido pela gestão da SMS, e expresso no Plano Municipal de Saúde, é determinado pelos propósitos do governo, que podem ser de mudança, crescimento ou legitimação (Testa, 1992), cabendo o exame da existência ou não de coerência entre esses propósitos, a pertinência do método escolhido e a forma assumida pela organização. O método adotado traz em si as características das macropráticas de trabalho desenvolvidas na Secretaria Municipal de Saúde de Salvador, que parecem ser condicionadas pelo desenho organizacional.

O referido modelo considera também a possibilidade de integração entre os elementos do Triângulo de Governo e de Ferro da Gestão (Matus, 2007) e as variáveis envolvidas no processo de inovações em organizações (Rogers, 2003). A governabilidade da SMS, expressa em termos de apoio político ao seu projeto, autonomia administrativa-financeira e relação com outros gestores do sistema, assemelha-se ao sistema social aberto (características externas da organização) trazido por Rogers. Os componentes da capacidade de governo, como a perícia do dirigente e o desenho organizacional, guardam correspondência com as características individuais da liderança e as características internas da organização de Rogers (2003). Entretanto, a liderança considerada por Rogers é o sujeito na organização que contribui para

o sucesso do processo de inovação na organização, e por isso pode coincidir ou não com a figura do dirigente.

Modelo Teórico



Fonte: Adaptado de Rogers (2003, p.421) incluindo as contribuições de Matus (2007) e Testa (1992)

Com base no modelo teórico apresentado foi possível formular a seguinte hipótese de estudo: a incorporação do Plano Municipal de Saúde como tecnologia de gestão é influenciada pela conformação do Triângulo de Ferro da Gestão da Secretaria Municipal de Saúde, que protege a organização contra a *invasão de sistemas estranhos ou danosos* às suas práticas de trabalho, e pela atuação de certos *defensores* dessa tecnologia, na medida em que eles acionam recursos de poder a fim de superar as possíveis indiferenças ou resistências da organização.

3.METODOLOGIA

3.1.Estratégia Metodológica

A estratégia escolhida para a investigação foi o estudo de caso por permitir uma “*análise intensiva, empreendida numa única ou em algumas organizações reais*” (Bruyne, Herman & Schouette, 1977,p.224), no caso, a Secretaria Municipal de Saúde de Salvador. A pergunta da pesquisa requereu um desenho deste tipo, pois é necessário aprofundar um caso particular.

A pesquisa apresentou um caráter exploratório devido à insuficiência de estudos empíricos que abordassem a incorporação de planos de saúde, enquanto tecnologia de gestão, nos processos de trabalho de uma organização pública de saúde.

A escolha pela Secretaria Municipal de Saúde de Salvador ocorreu em função do desenvolvimento de um processo de acompanhamento da implantação do Plano Municipal de Saúde 2006-2009, a partir de um contrato de cooperação técnica com o ISC/UFBA, fato inédito dentro da organização. Além disso, a pesquisadora integra o quadro de servidores da SMS desde o ano de 2001, atuando na área de planejamento a partir de 2005.

3.2.Descrição do local da pesquisa

O município de Salvador, capital do estado da Bahia, ocupa uma extensão territorial de 707 km², e sua organização político-administrativa compreende 18 Regiões Administrativas (RA) e 12 Distritos Sanitários (DS)¹⁰. Apresenta população estimada em 2.714.977 habitantes em 2006 (IBGE), dentre os quais 53% de mulheres (1.436.727 hab.) e 47% de homens (1.278.250 hab.).

Segundo o Plano Diretor de Regionalização do Estado, Salvador é sede de uma macro-região de saúde. Em março de 2006, alcançou um novo patamar em termos do processo de descentralização, ao ser habilitado à Gestão Plena

¹⁰ SALVADOR. Secretaria de Saúde. Plano Municipal de Saúde 2006-2009. 139 pp.

do Sistema Municipal (GPSM), condição negociada com a Secretaria de Saúde do Estado e o Ministério da Saúde, após longo período em que permaneceu apenas como gestor da Atenção Básica prestada à população. Atualmente possui uma rede de 419 estabelecimentos de saúde, sendo 38% (160) públicos, 6% (25) filantrópicos e 56% (234) privados lucrativos¹¹. O município conta com 22,25% da população coberta pelo PACS e 10,17% pelo PSF (Brasil, 2008b).

A Secretaria Municipal de Saúde de Salvador, criada pela Lei 912 de 12/4/1959 e reorganizada pelas Leis 4.103 de 29/6/90, 4.278 de 28/12/1990, 5.045 de 17/8/1995, 5.845/2000, 6.085/2002 e 6.729/2005 e Decreto n.º 13.661/2002, encontra-se formalmente estruturada (Anexo A) em instâncias de âmbito central, distrital e local. Essa organização passou a se envolver no planejamento estadual e federal, sofrendo influências de procedimentos de planejamento e programação a partir da implantação das Ações Integradas de Saúde - AIS na Região Metropolitana, em 1985 (Paim, 2002a).

No entanto, foi com a gestão iniciada em 1993 que a SMS passou a definir as diretrizes centrais e as estratégias de intervenção expressas no Plano Municipal de Saúde 1994-1997. Naquele período, apesar do uso de metodologias de planejamento de caráter participativo, inspiradas no enfoque estratégico-situacional, a experiência restringiu-se ao desenho de planos (Paim, 2002a).

O Plano Municipal de Saúde 1998-2001 foi construído de forma participativa e contou com a parceria da Universidade Federal da Bahia. Apesar de documento bem elaborado tecnicamente e com propostas inovadoras, constituiu-se em mais um documento, aparentemente, sem incorporação pelas distintas estruturas técnico-operacionais da SMS. O Plano seguinte (2002-2005), também elaborado como produto de consultoria externa da UFBA, manteve a tradição de constituir-se como um “livro-plano”, isto é, restringindo-

¹¹ SALVADOR. Secretaria de Saúde. Relatório de Gestão 2006. 110pp.

se a um documento que não serviu como guia para as ações realizadas nos distintas instâncias da SMS (Paim,2002a).

O governo municipal iniciado em 2005, fruto de ampla coligação de partidos de oposição ao bloco hegemônico na condução política do Estado da Bahia, contemplou, na área de saúde, a retomada dos princípios e diretrizes que norteiam o processo de construção do SUS. Nesse contexto, a construção do Plano Municipal de Saúde 2006-2009 significou uma oportunidade de se avançar na operacionalização de um enfoque que privilegiasse o compromisso dos sujeitos em conjugar a racionalização de recursos com o processo de mudança das práticas de saúde, de modo a garantir o acesso, a qualidade, a efetividade dos serviços, a fim de incidir na melhoria das condições de vida e saúde da população de Salvador.

Dentre os vários processos iniciados na SMS - a exemplo do desenho de esboço institucional da *imagem-objetivo* da SMS, com a explicitação da missão e da visão; a proposta de reforma administrativa e, mais recentemente, a elaboração do Plano Diretor - cabe destacar a instituição dos colegiados de gestão (central e distrital), como espaços privilegiados para amparar as decisões técnicas e políticas da gestão, bem como de responsabilização das respectivas coordenadorias pela implantação das ações do PMS 2006-2009.

3.3. Objeto da pesquisa

A pesquisa toma como objeto o Plano Municipal de Saúde enquanto tecnologia passível de utilização no processo de gestão da Secretaria Municipal de Saúde de Salvador.

O processo de elaboração do Plano Municipal de Saúde 2006-2009¹² foi desencadeado a partir de junho de 2005 pela Secretaria de Saúde, e

¹² “Para a formulação do PMS-2006/2009 foram adotados os seguintes passos metodológicos: *Momento I - Revisão Documental:* a) Revisão do Plano Diretor de Desenvolvimento Urbano - PDDU; Revisão dos Planos Municipais de Saúde de Salvador 1998-2001 e 2002 – 2005; c) Revisão das propostas e atividades estratégicas incluídas no Plano PluriAnual - PPA 2006 – 2009 (elaborado pela Secretaria de Administração - SEAD/Secretaria Municipal de Saúde -

representou um momento de grande mobilização dos diversos atores sociais. A análise deste processo permite-nos destacar alguns aspectos importantes:

- a) O caráter participativo do processo, que envolveu gestores e trabalhadores de saúde dos diversos níveis da estrutura organizacional da SMS, bem como um conjunto heterogêneo de atores sociais, quer através dos debates ocorridos no âmbito do Conselho Municipal de Saúde, quer através do esforço realizado no seio da Conferência Municipal de Saúde, evento que tomou como eixo os Módulos Operacionais do PMS;
- b) A metodologia adotada tomou como referência o enfoque situacional, privilegiou a identificação, descrição e análise de problemas de saúde e do sistema de saúde, processo iniciado na base do sistema, os Distritos Sanitários, e completado no âmbito central da SMS e nas instâncias de gestão participativa do SUS municipal;

SMS em junho-julho de 2005); d) Elaboração da proposta metodológica e do cronograma de trabalho da equipe de planejamento (SMS/ISC); e) Apresentação da proposta metodológica e do cronograma de trabalho em reunião do Conselho Municipal de Saúde em 23.11.2005.

Momento II - Sistematização de informações para a análise da situação de saúde: a) Resgate dos produtos elaborados nas Oficinas de Planejamento dos Distritos Sanitários de Salvador, realizadas no período de abril a setembro de 2005 (levantamento e priorização de problemas de saúde da população de cada Distrito, árvores de problemas e árvores de objetivos) pela Assessoria Técnica - ASTEC; b) Revisão da informação demográfica, epidemiológica e sócio-econômica disponível para a cidade do Salvador e desagregada por Distrito Sanitário (dados epidemiológicos disponíveis na Coordenadoria de Saúde Ambiental - COSAM e na Coordenadoria de Regulação e Avaliação - CRA); c) Elaboração da versão preliminar da Análise da Situação atual e da Situação – Objetivo com base nos Objetivos estratégicos para a saúde (6 programas de ação) definidos no PPA 2006 – 2009, desagregados em função dos problemas e prioridades definidas pela SMS; d) Apresentação da versão preliminar da Análise da Situação atual e da Situação-Objetivo (S-O) ao Conselho Municipal de Saúde.

Momento III - Elaboração dos módulos operacionais do plano: a) Definição e organização dos grupos de trabalho da SMS em função da elaboração dos módulos operacionais (considerando que cada Objetivo da SO, seja com relação a problemas terminais, seja com relação a problemas intermediários, demanda uma discussão específica na SMS com os setores diretamente responsáveis; b) Estabelecimento de prazos para o encaminhamento à ASTEC, da versão preliminar de cada Módulo Operacional a ser trabalhado por cada grupo operativo da SMS envolvido no processo de elaboração do Plano; c) Revisão técnica da versão preliminar dos módulos operacionais encaminhados à ASTEC; d) Realização de uma Oficina de Trabalho para conclusão da redação dos módulos operacionais do PMS; e) Apresentação dos módulos operacionais (síntese) ao Conselho Municipal de Saúde.

Momento IV - Revisão final, editoração, discussão dos Módulos Operacionais do Plano na 8ª Conferência Municipal de Saúde e aprovação no Conselho Municipal de Saúde: a) Revisão final e editoração do Plano Municipal de Saúde 2006-2009; b) Discussão dos Módulos Operacionais do PMS 2006-2009 na 8ª Conferência Municipal de Saúde (maio de 2006); c) Aprovação do Plano no Conselho Municipal de Saúde em 02 de agosto de 2006". (Salvador, 2006)

- c) O estabelecimento de cooperação técnica com a Universidade, permitindo que processo de elaboração do PMS se beneficiasse do aporte conceitual e metodológico propiciado pela academia no momento da definição da metodologia de elaboração do Plano, bem como nas sucessivas revisões dos diversos capítulos, especialmente o relativo à análise da situação de saúde e os Módulos Operacionais;
- d) A busca de coerência externa e interna das propostas de ação do PMS com as prioridades definidas ao nível nacional e estadual (Pacto de Gestão e Agenda Estadual de Saúde), bem como o desdobramento do processo de elaboração do PMS no âmbito do planejamento municipal como um todo, expressa na articulação do PMS com o Plano Pluri Anual (PPA), o Plano Diretor de Desenvolvimento Urbano (PDDU) e o Plano Estratégico de Gestão (PEG);
- e) A adequação das políticas adotadas no PMS à especificidade da situação demográfica e epidemiológica de Salvador, com ênfase na formulação da política de saúde para a população negra, a qual representa cerca de 80% dos habitantes do município.

O PMS 2006-2009 está estruturado em sete capítulos, que contemplam: 1. Introdução; 2. Aspectos demográficos e sócio-econômicos da população do município 3. Análise da Situação de Saúde (ASIS); 4. Concepções, princípios e diretrizes; 5. Módulos Operacionais; 6. Plano Plurianual; 7. Anexos.

O centro do Plano é composto pela caracterização da Análise da Situação de Saúde da população e pela apresentação dos Objetivos e Ações que compõem cada um dos sete módulos operacionais. Isto porque a ASIS, além de apresentar as tendências da morbi-mortalidade da população do município, sistematiza os principais problemas de saúde e do sistema de saúde, segundo a percepção dos diversos atores envolvidos, particularmente os coordenadores dos Distritos Sanitários e do âmbito central da SMS.

Os módulos operacionais, por sua vez, foram definidos em função das áreas-problema consideradas como eixos do processo de construção do SUS no município. Em cada um deles se tratou de estabelecer os objetivos gerais e

específicos que conduzem à definição de linhas de ação voltadas para o enfrentamento dos problemas identificados no momento anterior. Os módulos operacionais são: I - Promoção e Vigilância em Saúde; II - Atenção Básica à Saúde; III – SADT, ações de média e alta complexidade e atenção às urgências e emergências; IV - Fortalecimento da capacidade de gestão (plena) do SUS municipal; V - Valorização dos profissionais e trabalhadores de saúde; VI - Qualificação do Controle Social; VII - Política de Atenção à Saúde da População Negra.

Como se pode constatar, os três primeiros dizem respeito aos eixos estruturantes do modelo de atenção integral à saúde no âmbito do SUS municipal, os três seguintes dizem respeito à estruturação da Gestão Plena do Sistema no município, com ênfase na valorização de pessoal e consolidação das instâncias de controle social. O conjunto dos módulos é completado com um especificamente voltado a apresentar a Política de Atenção à Saúde da População Negra, cujas ações recortam tanto o processo de reorganização do modelo de atenção quanto do processo de gestão do sistema municipal de saúde.

3.4. Técnicas de coleta de dados

A pesquisa aproveitou os momentos de monitoramento da implantação/implementação das ações do Plano Municipal de Saúde 2006-2009 desenvolvido pela Secretaria Municipal de Saúde, em cooperação técnica com ISC/UFBA, e assim investigou a incorporação dessa tecnologia como meio de trabalho da gestão. Logo, utilizou os dados produzidos durante esse processo e sistematizados nos relatórios e documentos da cooperação técnica.

A coleta desses dados foi realizada por duas profissionais integrantes da equipe do ISC/UFBA, responsáveis por sistematizar as informações levantadas a respeito da situação de implantação das ações, sendo identificado o número da ação, o grau de implantação da ação, e os elementos facilitadores e inibidores da implantação numa matriz (Anexo B). O período de coleta

compreendeu quatro etapas distintas: a 1ª etapa ocorreu nos meses de setembro a novembro de 2006; a 2ª etapa foi realizada em maio e junho de 2007; a 3ª etapa nos meses de novembro e dezembro de 2007; e a 4ª etapa em abril, maio e junho de 2008.

Além da utilização desses materiais como fonte de evidências, foi realizada análise documental considerando o horizonte temporal de 2005 a 2008, sendo consultados o Plano Municipal de Saúde 2006-2009, o anteprojeto do Plano Diretor da Secretaria Municipal de Saúde (2007-2016), os Relatórios de Gestão (2005, 2006 e 2007), Relatório final da consultoria individual contrato nº16/2005¹³, registro das reuniões do colegiado de gestão do âmbito central dentre outros documentos institucionais. Para descrição da conjuntura político-institucional da implantação do Plano foram examinadas as reportagens cujos temas tivessem relação com o governo municipal, em particular o setor saúde, e veiculados pelo Jornal A Tarde. A opção por este jornal em particular deu-se pelo fato do mesmo constituir-se naquele que apresenta a maior tiragem no Estado.

A pesquisa empregou ainda a técnica de observação participante, pois a pesquisadora registrou no diário de campo aquilo que observou ou participou e que tinha relação com o processo de incorporação do Plano. A escolha desta técnica possibilitou valorizar a experiência da pesquisadora na organização estudada, já que a mesma integra a equipe da Assessoria Técnica – ASTEC, e desta forma participou de todo o processo de elaboração e implementação do Plano.

Becker (1994) orienta que a reprodução cuidadosa do relato completo de todos os eventos observados, a formulação de hipóteses tentativas durante o trabalho de campo e a busca deliberada de casos negativos ajuda a evitar os vieses. Na tentativa de reduzir esses vieses, a pesquisadora não participou diretamente dos momentos de entrevistas às coordenadorias sobre a

¹³ Contrato de Consultoria Individual nº16/2005 firmado em 08/08/2005, cujo objeto era o processo de redimensionamento estrutural e organizacional da SMS de Salvador, financiado com recursos do Projeto Saúde Bahia.

implantação das ações do plano, com exceção da entrevista feita ao grupo da ASTEC durante a primeira etapa de coleta (2006), ocasião em que contribuiu na resposta coletiva, quando não havia ainda ingressado na pós-graduação. Além disso, utilizou o procedimento de triangulação das evidências, realizada através da comparação entre os discursos dos documentos oficiais, das entrevistas de acompanhamento do plano e das observações registradas no diário de campo.

3.5.Plano de Análise

Para análise e interpretação dos dados produzidos, procedeu-se à elaboração da matriz (Apêndice A) contendo as dimensões e subdimensões extraídas do modelo teórico desenvolvido para a pesquisa, bem como os critérios a serem observados no plano empírico.

3.6. Aspectos éticos da pesquisa

O presente projeto foi cadastrado no Sistema Nacional de Informações sobre Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos - SISNEP sob o registro CAAE - 0022.0.069.000-08 e submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia para apreciação. O projeto foi aprovado sem restrições, e atende à Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

A pesquisadora enviou ofício em setembro de 2008 (Apêndice B) ao gabinete do Secretário de Saúde de Salvador a fim de obter autorização para consulta aos documentos produzidos no âmbito da cooperação técnica SMS/ISC/UFBA, particularmente os relatórios das entrevistas e oficinas de acompanhamento da implantação das ações do PMS 2006-2009. Após o recebimento da anuência institucional, a pesquisadora iniciou o processo de levantamento, sistematização e análise do material.

A pesquisadora apresentará o projeto final sob a forma de relatório de pesquisa a ser enviado à Secretaria Municipal de Saúde de Salvador.

4. OS TRIÂNGULOS DE GOVERNO EM SALVADOR

4.1. Projeto de Governo da Secretaria Municipal de Saúde

O projeto de governo da SMS foi construído a partir de 2004, quando o secretário de saúde e sua equipe de transição estabeleceram as principais diretrizes que deveriam nortear a gestão a ser iniciada em 2005, sendo aperfeiçoado ao longo do primeiro ano, e expresso no Plano Municipal de Saúde 2006-2009.

Durante o período analisado pelo estudo, a SMS sofreu mudanças na sua condução, com substituição de secretários e integrantes da equipe dirigente. Apesar disso, não foram identificadas evidências que apontassem para a modificação do projeto de governo ou mesmo o abandono do seu conteúdo propositivo, mas o que parece ter ocorrido foi a priorização de determinados objetivos do PMS em detrimento de outros a depender da conjuntura político-institucional.

4.1.1. Construindo o Plano Municipal de Saúde 2006-2009

O processo de construção do Plano Municipal de Saúde pode ser sistematizado em dois momentos: o primeiro desenvolveu-se logo nos primeiros meses da nova gestão municipal sob a condução da Assessoria Técnica¹⁴, que procurou articular as iniciativas produzidas no âmbito da SMS com o planejamento do conjunto do poder municipal; enquanto o segundo momento contou com o apoio da equipe de planejamento da Cooperação Técnica ISC/UFBA, a partir do segundo semestre do ano de 2005.

¹⁴ A ASTEC inicialmente estruturou suas ações em duas direções paralelas: a primeira dirigida ao fortalecimento e estímulo ao desenvolvimento das equipes que constituíam as coordenadorias do âmbito central, e a segunda na construção do planejamento da SMS, com destaque para a participação dos Distritos Sanitários neste processo.

Em abril de 2005, a ASTEC elaborou uma proposta¹⁵ de oficinas de planejamento e programação local em saúde nos Distritos Sanitários, que dentre outros objetivos pretendia promover a aproximação da direção central da Secretaria Municipal de Saúde com as equipes dos DS e destas com a comunidade; caracterizar os DS quanto às condições socioeconômicas e demográficas; promover um espaço participativo de discussão dos problemas de saúde levantados em cada Distrito Sanitário; e identificar a importância do Planejamento e Programação Local em Saúde - PPLS¹⁶, compreendendo-o como um instrumento de gestão no âmbito local e como prática cotidiana dos profissionais da equipe de coordenação dos distritos.

Neste ínterim, a realização das Oficinas se configura como o primeiro passo para a elaboração do diagnóstico da situação de saúde dos Distritos Sanitários de Salvador. Na medida em que cria um espaço de interlocução entre a gestão, profissionais dos serviços e comunidade, valoriza o caráter da participação popular nos processos consultivos, deliberativos e decisórios do Município, conferindo maiores possibilidades de intervenção sobre os problemas identificados.¹⁷

No período de junho a agosto de 2005 foram realizadas as oficinas em todos os Distritos Sanitários, constituindo-se em momentos de grande mobilização das equipes distritais e lideranças comunitárias desses territórios.

(...) a SMS realizou oficinas de planejamento participativo nos 12 Distritos Sanitários, com um total de 771 participantes entre profissionais de saúde, gerentes de unidades, lideranças comunitárias, representantes de movimentos religiosos, polícia militar, defensoria pública, e outros, reunidos a fim de discutir os problemas de saúde e traçar objetivos para a gestão.¹⁸

As oficinas representaram também a oportunidade para que os novos

¹⁵ “A proposta de realização das Oficinas é uma iniciativa da Assessoria Técnica – ASTEC em parceria com a Coordenação de Atenção e Promoção à Saúde – COAPS da Secretaria Municipal de Saúde, e conta com o apoio dos Residentes em Medicina Social do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia. O produto das Oficinas subsidiará a formulação do Planejamento e Programação das ações a serem implementadas, tendo como referencial as peculiaridades de cada Distrito Sanitário.” (Salvador,2005)

¹⁶ TEIXEIRA, C. F. & VILASBOAS, A .L.Q. Orientações metodológicas para o Planejamento e Programação das ações de vigilância da saúde nas áreas de abrangência do PACS-Bahia. In: BAHIA. SESAB.UFBA.ISC. Manual para treinamento introdutório das Equipes de Saúde da Família (texto de apoio 6) Salvador:2005.

¹⁷ SALVADOR. Secretaria de Saúde. Assessoria Técnica. Coordenadoria de Atenção e Promoção à Saúde. Proposta de Oficinas de Planejamento e Programação Local em Saúde nos Distritos Sanitários no Município de Salvador – Bahia, Salvador, 2005,07p.

¹⁸ SALVADOR. Secretaria de Saúde. Relatório de Gestão 2005.105pp

integrantes da gestão conhecessem os problemas de saúde e do sistema de serviços nos DS, além de possibilitar a integração com as equipes do âmbito distrital. No entanto, apenas alguns técnicos e dirigentes do âmbito central participaram dos encontros, apesar da ASTEC ter discutido a proposta no colegiado de gestão do nível central, e pautado em outras ocasiões os resultados das primeiras oficinas.

Dentre os participantes do âmbito central estavam técnicos da COAPS, CDRH, e da assessoria de gestão participativa. Cabe destacar o envolvimento à época do recém criado Grupo de Trabalho de Saúde da População Negra que foi um dos primeiros a aderir à proposta, participando ativamente das oficinas no papel de facilitador nos subgrupos destinados à discussão da saúde da população negra.

Paralelo a este movimento junto aos Distritos Sanitários, a SMS vinha participando do chamado “planejamento estratégico” da Prefeitura desencadeado pela SEAD no primeiro semestre daquele ano, e realizado com o apoio de consultoria externa. O Plano Estratégico de Gestão Municipal – PEG¹⁹ se propunha a *viabilizar os objetivos estratégicos e programas definidos pelos dirigentes municipais e aprovados pelo Fórum Popular, utilizando a metodologia de planejamento definida pela Coordenadoria Central de Inovação da Gestão - CIG/SEAD*. Como produtos desse processo foram destacados o *detalhamento da Missão, Visão, Análise Interna (Pontos Fortes e Pontos Fracos), Ações Específicas, Ações Estratégicas e Metas Globais dos Órgãos e Entidades da PMS - Prefeitura Municipal de Salvador*, que comporiam o Plano

¹⁹ “Nesse processo foram seguidos os seguintes passos: 1º) elaboração, pela SEAD, de proposta de estratégia para a PMS (horizonte 2009), tendo como base o PDDU, o Plano de Governo, o PPA do Governo Federal / PPA do Governo Estadual e Contribuições dos Órgãos e Entidades; 2º) discussão e aprovação da estratégia pelo Fórum de Dirigentes Municipais tendo como produtos os Objetivos Estratégicos e Programas; 3º) discussão da estratégia com a sociedade, no Fórum Popular, coordenado pela SEMAP; 4º) estabelecimento das Ações Estratégicas que viabilizam os Programas, por área de atuação da PMS; 5º) fórum de Dirigentes Municipais - Validação das Ações Estratégicas e definição das Ações prioritárias, que nortearam os Planos Estratégicos dos Órgãos e Entidades; 6º) elaboração dos Planos Estratégicos de cada Órgão e Entidade, com base nas ações prioritizadas no Fórum de Dirigentes Municipais. (Horizonte 2009): subsídio para o PPA - Plano Plurianual. Metas para 2006; subsídio para a LOA - Lei Orçamentária Anual”. Ante-projeto do Plano Diretor da Secretaria Municipal de Saúde de Salvador (2006-2015). Salvador, 2007.117pp.

Plurianual, referente ao período de 2006 / 2009.

Portanto, a SMS tinha o desafio de construir o Plano de Saúde em consonância com todos esses instrumentos de planejamento municipal, assim como àqueles referentes ao próprio setor saúde nas outras esferas do SUS. Nesse sentido a participação dos dirigentes e técnicos da Secretaria no processo de elaboração do *Plano Pluri Anual (PPA)* garantiu a compatibilização, do ponto de vista metodológico e orçamentário, com os módulos operacionais do PMS.

Durante o processo de elaboração do PMS tomou-se como referência o Plano Nacional de Saúde e a Agenda Estadual de Saúde, buscando-se identificar convergências de propósitos na perspectiva de implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) em Salvador. Além disso, buscou-se articular o processo de elaboração do PMS com o processo de planejamento municipal de um modo geral, o que implicou a busca de compatibilização do conteúdo do PMS com o *Plano PluriAnual (PPA)* da Prefeitura, o que resultou na incorporação dos principais eixos definidos no PMS ao *Plano Estratégico da Gestão Municipal (PEG)*. (Carmo,2006)

Em julho de 2005 foi firmado o contrato²⁰ de cooperação técnica com o ISC\UFBA, e desta forma a SMS passou a contar com o apoio de pesquisadores da área de planejamento e gestão, que elaboraram a proposta metodológica do Plano Municipal de Saúde bem como o cronograma de trabalho, submetendo-os à discussão no Conselho Municipal de Saúde.

A partir do mês de agosto, essa equipe trabalhou na sistematização das informações para construção da análise da situação de saúde (ASIS), resgatando os produtos elaborados nas Oficinas de Planejamento dos Distritos Sanitários de Salvador, e fazendo a revisão da informação demográfica, epidemiológica e sócio-econômica disponível para a cidade do Salvador e desagregada por Distrito Sanitário. Cabe destacar a elaboração de um capítulo específico onde foram expressos as concepções, princípios e diretrizes que nortearam toda a construção do Plano, demonstrando a possibilidade do conhecimento construído orientar o projeto de gestão.

²⁰ Contrato nº057 firmado em 01 de julho de 2005, cujo objeto consistia na prestação de serviços de consultoria técnica especializada visando à reorganização e fortalecimento da SMS de Salvador, mediante apoio técnico e científico, composto por quatro módulos operacionais: 1.Planejamento e Gestão em Saúde; 2. Fortalecimento do Sistema de Vigilância Epidemiológica; 3. Sistemas de Informações em Saúde; e 4. Acolhimento e melhoria da acessibilidade à rede básica de saúde de Salvador.

Após este trabalho, a versão preliminar da ASIS e o desenho dos módulos operacionais do plano, elaborados com base nos objetivos estratégicos para a saúde (6 programas de ação) definidos no PPA 2006-2009 e desagregados em função dos problemas e prioridades estabelecidas pela SMS, foram apresentados e aprovados no Conselho Municipal de Saúde.

A proposta preliminar para a elaboração do *Plano Municipal de Saúde* correspondente ao período 2006-2009 (PMS-2006/2009) foi aprovada pelo Conselho Municipal de Saúde na sua reunião ordinária de novembro de 2005, designando uma comissão para acompanhar o desenvolvimento dos trabalhos técnicos de formulação até a elaboração da versão final a ser apresentada na Conferência Municipal de Saúde em 2006.²¹

A elaboração dos módulos operacionais (MO) requereu a definição e organização de grupos de trabalho da SMS, compostos por técnicos dos setores diretamente responsáveis por cada situação – objetivo desenhada. A ASTEC estabeleceu prazos (considerando o cronograma de trabalho aprovado) para o recebimento da versão preliminar de cada MO a ser trabalhado pelos grupos. Assim como já havia acontecido nas oficinas distritais, o envolvimento das diversas coordenadorias do âmbito central na construção dos módulos não foi homogêneo.

Após revisão técnica dos módulos operacionais recebidos, e considerando a dificuldade de algumas equipes na elaboração das propostas, a ASTEC promoveu a realização de oficinas de trabalho para conclusão da redação dos módulos operacionais do PMS. Este momento foi bastante interessante por permitir um espaço de reflexão sobre os desafios para a gestão diante dos problemas do estado de saúde e do sistema referidos na ASIS, além de ter possibilitado indiretamente a discussão das práticas de trabalho das equipes.

Foi elaborada nova versão do Plano após a inclusão das propostas destas oficinas, e com a proximidade da VIII Conferência Municipal de Saúde, optou-se por adiar a finalização do documento a fim de submeter o capítulo dos módulos operacionais aos participantes da conferência. A idéia inicial era de que fossem formados sete grupos de discussão na VIII CMS, em concordância

²¹ SALVADOR. Secretaria de Saúde. Relatório de Gestão 2005b. 105pp.

com os módulos do plano, mas como a comissão organizadora aderiu à outra formatação dos grupos, a opção foi incluir o capítulo nos documentos da conferência²².

Finalmente, a equipe de planejamento procedeu à revisão final e editoração do Plano Municipal de Saúde, que foi aprovado por unanimidade na reunião ordinária do Conselho Municipal de Saúde em agosto de 2006.

Após um período de centralismo²³ vivenciado na SMS (gestões 1998-2001 e 2002-2004), o processo de construção do Plano Municipal de Saúde 2006-2009, com duração de cerca de um ano e participação de diferentes autores e atores, mais do que uma...

(...) oportunidade de se estabelecer um conjunto de proposições que contribuíssem na mudança de direcionalidade na política municipal de saúde, tanto em termos da gestão do sistema quanto, principalmente, em termos da reorganização do modelo de atenção (...) (Carmo et al., 2006)

...sinalizou a mudança na forma da organização se relacionar com seus trabalhadores e usuários de saúde.

Considerando a experiência anterior de ritualização do processo de planejamento na Secretaria Municipal de Saúde, o movimento desencadeado na organização com a construção do PMS 2006-2009 exigiu a implantação de um processo permanente de monitoramento da implantação das ações

²² A ASTEC participou da elaboração dos documentos da VIII CMS e incluiu o capítulo dos módulos operacionais do Plano, garantindo desta forma que os participantes conhecessem as propostas do PMS e pudessem acrescentar suas reivindicações. Posteriormente, verificou-se que esta foi uma estratégia acertada, pois desta maneira as propostas do PMS foram divulgadas e validadas nesta importante instância do controle social.

²³ A consulta ao documento Avaliação do Plano Municipal de Saúde 1998-2001: propostas e recomendações, elaborado pelo ISC/UFBA, apresenta algumas evidências do aspecto centralizador daquela gestão: *“Inversamente ao que propunha o Plano Municipal de Saúde 1998-2001, foram concentradas no nível central da SMS diversas funções e responsabilidades que deveriam ser descentralizadas para os Distritos Sanitários... (p.14)”* No Relatório de Gestão 2000 não se faz registro acerca das atividades desenvolvidas pelo CMS ou pelos Conselhos Locais. No final do ano, entretanto, houve uma modificação na composição e funcionamento do Conselho Municipal de Saúde, mediante projeto de lei apresentado à Câmara de Vereadores pelo Prefeito de Salvador, que reduziu o número de membros do CMS (de 32 para 16) e alterou o artigo do regimento interno do CMS que franqueava a presidência do mesmo a qualquer um dos seus membros, definindo como obrigatória a ocupação dessa função pelo Secretário Municipal de Saúde” (p.14)

previstas, assim como a avaliação do grau de cumprimento dos objetivos definidos em cada linha de ação dos módulos do Plano. Nesse sentido, a SMS em cooperação técnica com o ISC/UFBA, elaborou uma proposta que permitiu o acompanhamento do Plano²⁴.

A proposta estruturou-se a partir da identificação de três “pólos” ou eixos, quais sejam: pólo da intervenção, pólo avaliativo/formativo e o pólo de investigação. O eixo central da proposta se traduziu no *pólo da intervenção*, sendo desenvolvido na perspectiva da análise da implantação do Plano Municipal de Saúde e a concomitante descrição das condições encontradas no âmbito da SMS em termos dos mecanismos que facilitaram ou inibiram este processo.

O *pólo avaliativo/formativo* deu-se por meio de encontros coletivos com os coordenadores do nível central e dos distritos sanitários, previamente agendados, cuja função foi “favorecer uma regulação das aprendizagens requeridas pelo Plano” (p.7). O *pólo da investigação* foi desenvolvido pela presente pesquisa na medida em que buscou responder quais os elementos que facilitaram ou dificultaram a incorporação do Plano Municipal de Saúde como meio de trabalho da organização.

4.1.2.A conjuntura político-institucional da implantação do PMS

Os primeiros passos no monitoramento da implantação do Plano foram dados com a apresentação e discussão da proposta no colegiado de gestão do nível central em setembro de 2006, seguido da formação de grupos de trabalho por afinidade de ações a fim de serem acompanhados durante a 1ª etapa de visitas. O monitoramento do Plano entre 2006 e 2008 foi marcado por mudanças na condução da Secretaria Municipal de Saúde, com substituição de secretários e coordenadores do âmbito central e distrital.

As 1ª e 2ª etapas foram realizadas ainda na gestão do secretário Dr. Luis

²⁴ PAIM, J.S. & VIANA, S.V. Proposta de metodologia de apoio à implantação do Plano Municipal de Saúde (2006-2009). Salvador, 2006, p.45.

Eugênio Portela Fernandes de Souza²⁵, que permaneceu no cargo de janeiro de 2005 a junho de 2007. A primeira etapa foi realizada nos meses de outubro e novembro de 2006, e foi marcada por diversas paralisações dos agentes de endemias e de saúde, suspensão de atendimento das Unidades de Saúde da Família, problemas no abastecimento e manutenção da rede municipal, além de diversos processos movidos pelo Ministério Público contra a Secretaria decorrentes de medida executada na gestão anterior. Vale ressaltar, que a maioria dos informantes (coordenadores e técnicos) contactados neste período tinha acompanhado o processo de formulação do PMS, estando envolvidos na implantação do mesmo.

Em dezembro de 2006 foi realizada a primeira oficina prevista na metodologia de monitoramento do plano cujo tema principal foi o “desenvolvimento e fortalecimento de equipes”. A primeira construção coletiva apontava recomendações para a implantação do PMS²⁶, enquanto a segunda consistiu no desenho de estratégias para implementá-lo. O secretário assinalou no encerramento desse encontro os obstáculos que estava enfrentando para a condução da SMS, deixando a impressão entre os participantes de que se tratava de um discurso de despedida²⁷.

²⁵ Médico, especialista em Medicina Social e Mestre em Saúde Comunitária pela Universidade Federal da Bahia e doutor em Saúde Pública pela Universidade de Montreal, Canadá. Professor Adjunto do Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da UFBA, foi professor da Universidade Estadual de Feira de Santana e atuou, também, como sanitarista na Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (Sesab).

²⁶ Dentre as recomendações listadas, algumas merecem destaque: *publicização do PMS para acompanhamento pela sociedade e formação/fortalecimento de parcerias, tendo em vista o processo de comunicação interna e externa, favorecendo o envolvimento dos sujeitos; envolver os trabalhadores no processo de implementação do PMS (autonomia, criatividade, valorização); criação de mecanismos efetivos de acompanhamento do PMS, tendo em vista os setores da SMS (nível central, Distritos Sanitários, Gestor municipal, unidades de saúde); realização de oficinas para fortalecimento dos instrumentos de gestão/ processos pedagógicos para constituição de sujeitos; manter reuniões periódicas para discussão e acompanhamento das ações previstas no PMS; trabalhar de forma articulada no cumprimento das metas previstas no PMS; garantia de condições estruturais mínimas para execução da SMS (recursos humanos, recursos materiais e recursos financeiros); e utilizar o PMS como guia no processo de trabalho.*

²⁷ No dia 25.11.2006 foi realizada reunião no gabinete do Secretário, com a presença de coordenadores e assessores do âmbito central e membros da cooperação técnica ISC/UFBA, com o objetivo de apresentar a versão preliminar do Plano Diretor da SMS, assim como os primeiros resultados do acompanhamento do PMS. Na ocasião, também foi discutida a proposta para a primeira oficina, mas o Secretário sugeriu o adiamento do encontro por entender que a instabilidade nas relações dos partidos que compunham a base do governo municipal apontava para um possível rompimento do grupo ao qual estava ligado com o prefeito. Diante dos argumentos apresentados pelo Secretário e de sua decisão de não

Em janeiro de 2007, a morte de um servidor ocorrida nas dependências da Secretaria abalou a organização e este fato teria repercussões durante o ano inteiro²⁸. Foi neste clima de consternação que se efetuou a 2ª etapa (abril e maio) de visitas às equipes da SMS, sendo finalizada com a realização da segunda oficina no mês de junho.

Esta oficina contou com a participação de dirigentes e técnicos da Secretaria, sendo programada também a discussão do plano diretor da SMS, documento também construído em cooperação técnica com a Universidade²⁹. Neste encontro foi possível traçar um panorama dos trabalhos de acompanhamento do plano, sendo discutidos os principais inibidores de sua implantação. Foi ainda feita uma análise da conjuntura municipal propiciada pelo exercício de construção de viabilidade das macro-proposições do plano diretor. A realização desta oficina propiciou um momento de reflexão para a equipe de gestão, sendo avaliada de forma muito positiva pelos participantes.

Depois de um longo processo de desgaste da gestão³⁰, Dr. Luis Eugênio deixou

realização da oficina, a ASTEC propôs a reformulação do conteúdo da mesma, mas insistiu na importância de sua realização, contando com o apoio de alguns coordenadores presentes. Ao final, o Secretário concordou com a nova proposta, ficando sob a responsabilidade da assessoria técnica os encaminhamentos necessários.

²⁸ “Completam-se hoje cinco meses que foi encontrado morto, dentro da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), o servidor público (...) Apesar do Ministério Público ter denunciado quatro pessoas à Justiça, a motivação do crime não foi desvendada, e o processo segue com os acusados negando participação.” *Continua o mistério na morte do servidor*, reportagem do Jornal A Tarde, 06.06.2007.

²⁹ O Plano Diretor da SMS “pode ser considerado em duas perspectivas articuladas. A primeira permite o desenho de um esboço de futuro institucional através do qual os integrantes da organização explicitam os desejos e valores que constituirão a sua *imagem-objetivo*. A segunda aponta para uma análise dos problemas atuais de uma organização pública como a SMS, particularmente os seus *nós críticos*, cuja superação precisa ser encaminhada, tanto para cumprir suas responsabilidades institucionais quanto no sentido de criar as condições para uma aproximação à *imagem-objetivo* delineada” (Salvador, 2007).

³⁰ A partir de 2006, o secretário de saúde além das pressões decorrentes da reorganização do sistema de saúde de Salvador, enfrentou diversas dificuldades na gestão relacionadas à crise político-administrativa da prefeitura. Em junho de 2007, após ter sido desautorizado pelo prefeito na questão da retenção dos 25% dos repasses de abril ao setor de ortopedia, fez um balanço de sua administração na saúde em entrevista ao Jornal A Tarde. Na ocasião, declarou: “Há uma série de dificuldades referentes à situação financeira da prefeitura que tem me exposto como gestor. Temos obras paradas, dívidas com diversos fornecedores e a minha capacidade de negociação, seja com as comunidades que reivindicam e merecem estes serviços, seja com os credores, diminuiu...” *Revisão de contratos na Saúde contrariou muitos interesses*, reportagem do Jornal A Tarde de 10.06.2007.

a SMS³¹ sendo substituído de forma interina pelo então Secretário de Governo Dr. João Cavalcante³². Este secretário permaneceu à frente da SMS cerca de um mês, e este período foi analisado pelo relatório de gestão da seguinte forma:

O caráter provisório da substituição gerou insegurança na equipe técnica da SMS. Nesta conjuntura, dois espaços de gestão formados exerceram um papel muito importante para a condução do sistema: o colegiado de gestão central e distrital e o Conselho Municipal de Saúde - CMS. A manutenção da periodicidade das reuniões do colegiado de gestão, coordenadas pela Assessoria Técnica, garantiu a unicidade da equipe em torno dos objetivos definidos no PMS e das estratégias pactuadas na programação anual da SMS.³³

A realização da 3ª etapa ocorreu na gestão de Dr. Carlos Alberto Trindade³⁴ (agosto de 2007 a abril de 2008), período em que o processo de finalização das relações terceirizadas do Programa de Saúde da Família e do Programa de Controle de Endemias pautou a agenda da SMS.

O enfrentamento, em todo país, da situação de precarização dos vínculos de trabalhos dos profissionais que atuam nestas estratégias, em concomitância com o processo de auditoria do contrato nº 34/2002 estabelecido com a Real Sociedade Espanhola de Beneficência no Município, demandaram a definição de um posicionamento da SMS acerca da terceirização dos serviços de saúde. Este foi um desafio enfrentado pelo novo gestor, assumir o rompimento do contrato para a prestação de serviços com a Real Sociedade Espanhola de Beneficência efetivado em agosto para o gerenciamento do Programa de Saúde da Família e do Programa de Combate às Endemias na cidade de Salvador.

A ruptura deste contrato, fruto de várias auditorias estadual e federal, trouxe inúmeros transtornos a rotina da SMS, sendo necessário a mediação externa, a cargo do Ministério Público do Trabalho, para o exame das responsabilidades institucionais quanto a correta finalização dos contratos, diante da indefinição entre a Prefeitura

³¹ Segundo registro do colegiado de gestão da SMS, no dia 11.06.2007, na reunião do colegiado de gestão do nível central, o secretário explicou as dificuldades relativas à sua gestão, o posicionamento partidário frente a essas questões e sua decisão de se afastar da pasta da saúde em função do desgaste técnico e político. Na ocasião agradeceu aos presentes, a parceria e o apoio dispensado durante sua gestão. No dia 20.06 os servidores reuniram-se no auditório da secretaria para assistir à saída do secretário e posse de João Cavalcante. O clima era de tristeza, com muitas pessoas emocionadas. A sensação era de impotência, sendo estampadas na expressão dos colegas a tristeza e desilusão. Poucos foram os que conseguiram declarar alguma coisa na reunião e ao término dos discursos, as pessoas fizeram fila para cumprimentar a Luis Eugênio. "A gestão termina aqui!" foi a expressão usada por alguns dos participantes.

³² Advogado, procurador do município de Salvador.

³³ SALVADOR. Secretaria de Saúde. Relatório de Gestão 2007. 117pp.

³⁴ Médico sanitário com mestrado em Gestão Pública, militante da Reforma Sanitária Brasileira, foi secretário de saúde dos municípios de Cachoeiras de Macacu (RJ) e Camaçari (Ba), além de ter atuado como coordenador da COAPS/SMS no período 2005-2006.

Municipal de Salvador (SMS) e a Real Sociedade Espanhola quanto à responsabilização financeira para o pagamento das parcelas indenizatórias na rescisão dos vínculos empregatícios dos trabalhadores contratados em regime de “terceirização”.³⁵

Frente à necessidade de coordenar as ações da SMS para o enfrentamento dos problemas colocados diante da equipe dirigente, *particularmente no que se referia à construção da governabilidade do sistema*, o secretário determinou a realização de uma oficina de trabalho interna, ficando sob responsabilidade da ASTEC a elaboração e operacionalização da proposta. Portanto, no mês de outubro foi realizada a denominada *oficina de desenho estratégico*³⁶, sendo construídas estratégias de ação da equipe dirigente para o período 2007/2008.

Em dezembro de 2007 ocorreu nova mudança na condução da SMS com a saída da Subsecretária de Saúde e outros integrantes da gestão indicados pelo PC do B³⁷. Nesse contexto realizou-se a 3ª oficina do Plano, que contemplou a apresentação dos resultados do monitoramento das ações do PMS, com a explicitação dos mecanismos facilitadores, assim como a construção de estratégias para superação dos mecanismos inibidores. Conforme programação, o período da tarde foi destinado ao exame do Plano Diretor³⁸, particularmente a macro-proposição que tratava das alternativas de modelo

³⁵ SALVADOR. Secretaria de Saúde. Relatório de Gestão 2007. 117pp.

³⁶ A oficina foi realizada no dia 10 de outubro de 2007 (sábado) no Auditório da COSAM, com a participação do secretário, subsecretária, assessores e coordenadores do âmbito central, e a dinâmica do trabalho observou os seguintes passos: *apresentação da metodologia da oficina; discussão dos macro-problemas da Secretaria de Saúde; apresentação das macro-proposições definidas no Plano Diretor da SMS; desenho das estratégias da SMS para o período 2007/2008, considerando as macro-proposições do Plano Diretor; apresentação do trabalho final com definição de cronograma de encontros do colegiado de gestão para monitoramento das estratégias*. Conforme definição do encontro, as estratégias foram monitoradas nas reuniões do Núcleo Dirigente – NUD sob coordenação da subsecretária.

³⁷ “O prefeito João Henrique Carneiro (PMDB) pediu ontem que o PC do B, partido de sua base aliada, entregasse todos os cargos que ocupa na administração municipal de Salvador. “Não temos mais os mesmos projetos para a cidade” disse o prefeito em nota, reafirmando que a candidatura da vereadora Olívia Santana pelo PC do B à prefeitura ilustra a não mais convergência de projetos entre o PC do B e o prefeito. A nota da prefeitura causou indignação no PC do B, que desmentiu as informações do prefeito de que o pedido dos cargos havia sido feito por telefone ao deputado federal Daniel Almeida (PCdoB). “É uma versão falsa. Em nenhum contato que tive com o prefeito ele pediu os cargos, ao contrário, no telefonema apelou para que o PCdoB se mantivesse na gestão e no seu projeto para 2008”, disse. “*Prefeito rompe com o PC do B e pede cargos*, reportagem do Jornal A Tarde de 01.12.2007.

³⁸ A atividade da tarde foi orientada pelas seguintes questões: *Que alternativas jurídicas de gestão se aproxima (m) mais do contexto atual da Secretaria Municipal de Saúde analisando vantagens e desvantagens? Que ações técnicas institucionais poderiam ser realizadas e prazos? Que ações político-institucionais e legislativas deveriam ser acionadas e prazos? O grupo tem outra (s) proposta (s) ou sugestão (ões) que possa (m) dar seqüência às demais macro proposições do Plano Diretor?*

jurídico-institucionais de gestão, contando com a participação apenas dos integrantes do NUD³⁹. A participação do secretário durante todo o encontro foi um diferencial desta oficina em relação às anteriores, e, ao final, todos os presentes foram convidados para a posse da nova subsecretária programada para o dia seguinte.

Enquanto ainda estavam sendo realizadas as visitas às equipes, referente à 4ª etapa de acompanhamento do plano, ocorreu nova substituição de secretário, passando a SMS por outro período de transição. Este momento foi de grande turbulência devido à forma de condução do processo, pois antes mesmo do secretário ter conhecimento de sua exoneração, um grupo foi designado para assumir a gestão, sendo feita uma intervenção na SMS supostamente por ordem do prefeito⁴⁰.

Em abril de 2008 deu-se a nomeação de Dr. José Carlos Raimundo Brito⁴¹ ao cargo de secretário de saúde, sendo que esta última substituição representou a maior mudança até então ocorrida na secretaria, pois a partir daí a equipe de coordenação de âmbito central foi praticamente toda recomposta.

Cerca de um mês após a posse do novo secretário, o prefeito decretou estado de emergência no âmbito da saúde⁴², sendo iniciados na SMS vários

³⁹ Na oficina de desenho estratégico foi pactuada a reformulação da composição do colegiado do âmbito central que passou a ser conhecido como Núcleo Dirigente – NUD da SMS.

⁴⁰ “Informada em um telefonema de Cavalcanti de que seria exonerada, a ex-subsecretaria da Saúde, Gleide Góis, foi impedida por quatro policiais militares de retirar livros e pertences pessoais da sala que ocupava na secretaria. A determinação partiu da coordenadora administrativa da Secretaria da Saúde, Leila Vieira, que cumpria ordens do gabinete do prefeito. O material foi retido nas dependências da representação da Procuradoria do Município e só liberado no início da noite. O gabinete do ex-secretário Carlos Trindade também foi vistoriado pelos PMs.” *PT abandona o governo João Henrique*, reportagem do Jornal A Tarde do dia 09.04.2008.

⁴¹ Médico, formado pela Escola Baiana de Medicina, com especialização em cardiologia clínica e cardiologia intervencionista realizadas no Hospital Santa Izabel-BA, participou de diretorias da Sociedade Brasileira de Cardiologia - BA, tendo presidido o Clube dos Médicos da Bahia, e posteriormente, a Associação Bahiana de Medicina.

⁴² “A Prefeitura de Salvador decretou, ontem, estado de emergência no âmbito da saúde e poderá, por exemplo, contratar profissionais sem a necessidade de concurso público e realizar contratos sem licitação, na área, enquanto dure a medida. Publicado no Diário Oficial do Município, o decreto soou para o PT como uma provocação e uma medida “eleitoreira” para desgastar o partido, que comandou a pasta desde o início da gestão João Henrique até o mês passado” *João Henrique decreta emergência na Saúde*, reportagem do Jornal A Tarde do dia 28.05.2008.

processos visando à contratação de profissionais para a rede municipal, particularmente a resolução do impasse envolvendo o Programa de Saúde da Família.

Em julho de 2008 foi realizada a 4ª oficina⁴³ de acompanhamento do Plano, ficando sob responsabilidade da ASTEC a elaboração da proposta e condução do encontro. Foi feita uma apresentação do processo de formulação e monitoramento da implantação do PMS, “*buscando desta forma possibilitar aos novos integrantes da equipe da SMS acompanhar o processo de construção do plano e a metodologia de acompanhamento de sua implantação*” (p.), além da elaboração de estratégias para superação dos inibidores por módulo do plano.

Em relação à questão da utilização do PMS, a maioria dos participantes declarou usá-lo como guia para organização das atividades de sua coordenadoria. Um dos grupos de trabalho admitiu certo distanciamento do Plano, por considerar que trabalhavam com muitas ações que não foram encaminhadas pelo próprio grupo a fim de serem contempladas no texto final do PMS, além de atenderem a muitas demandas externas. Entretanto, uma

“Na câmara de vereadores ainda é grande a repercussão quanto à medida tomada pelo prefeito. Para o presidente da Casa, Valdenor Cardoso (PTC), a medida não deve ser encarada como se feita para atingir alguém... falou que a saúde é um caos no Brasil todo e que, em Salvador, o quadro foi agravado porque a justiça limitou a terceirização no setor, além da adoção da gestão plena ter sido feita sem que o município estivesse preparado”. José Temporão oferece apoio do ministério, reportagem do Jornal A Tarde de 29.05.2008.

“O secretário de Saúde de Salvador, José Carlos Brito, negou qualquer tipo de motivação político-eleitoral na decretação, pelo prefeito João Henrique, do estado de emergência na saúde municipal. Questionado por que só agora, a cinco meses da eleição – dias depois de o PT oficializar seu candidato a prefeito e havendo um decreto pronto para ser assinado desde o ano passado – o prefeito decidiu tomar a medida em relação a problemas que se arrastam desde o início da administração, o secretário disse: “Estou há 30 dias na pasta, então só posso responder por minha gestão”. Segundo Brito, o decreto deve durar cerca de 120 dias.”
Emergência na Saúde vai durar 120 dias, reportagem do Jornal A Tarde de 29.05.2008

⁴³ A metodologia adotada privilegiou o trabalho em grupo, que foram organizados segundo os módulos operacionais (sete) do Plano, com o objetivo de trabalhar as seguintes questões norteadoras: 1. *a partir da relação de inibidores identificados nas etapas anteriores de acompanhamento do PMS, priorize os inibidores elencados no módulo e construa a matriz de análise de viabilidade;* e 2. *você utiliza o PMS 2006-2009 no cotidiano do seu trabalho? Em caso positivo, que uso você faz do plano?* Dentre os inibidores priorizados, foram destacados alguns que pareciam ter relação com a incorporação do Plano: *fragmentação do processo de trabalho da COAPS e SMS; fragilidade técnica das equipes expressa na falta de experiência, de formação e de perfil para implementação da ação; falta de acompanhamento dos processos pelas áreas; cultura institucional organizada em torno da fragmentação, atomização dos processos e não incorporação do planejamento como ferramenta de gestão; e insuficiente capacitação das lideranças e Conselheiros para acompanhamento sistemático da ação.*

parte significativa informou a utilização do Plano no momento da elaboração da programação anual, na confecção dos relatórios da SMS, auxiliando nas respostas às notificações do controle externo, a exemplo das auditorias, na elaboração do orçamento, dentre outras.

Outro registro que mereceu destaque foi a posição de alguns integrantes do Conselho Municipal de Saúde presentes no encontro e que afirmaram certa obrigatoriedade na utilização do Plano, por conta da análise que eles devem fazer tanto dos indicadores quanto do relatório de gestão da SMS. Além do Conselho, alguns Distritos Sanitários afirmaram usar o plano como ferramenta de gestão, orientando suas atividades a partir deste instrumento, o que foi bastante interessante se considerarmos que o processo de monitoramento da implantação do PMS privilegiou as coordenadorias do âmbito central da Secretaria. Parece que a experiência da utilização do Plano na orientação dos módulos do Curso de Especialização em Gestão de Sistemas de Saúde, funcionou de forma semelhante ao monitoramento do Plano com as equipes distritais.

Esta oficina foi marcada pela participação de todas as coordenações da Secretaria durante todo o dia, com destaque para a coordenação administrativa (CAD), e contou também com a presença de conselheiros de saúde. A nova realidade da Secretaria, com a descontinuidade do funcionamento dos colegiados de gestão⁴⁴, pareceu ter contribuído para a disposição e envolvimento dos participantes nas atividades propostas, pois esta oficina foi o primeiro momento coletivo após assunção da nova equipe dirigente.

Com o início da disputa eleitoral para a prefeitura de Salvador, optou-se por adiar a realização da 5ª etapa de acompanhamento do Plano para depois das eleições.

⁴⁴ Na avaliação da oficina apareceram elementos que refletiram essa realidade, a saber: “Após um longo período nos reencontramos; Momentos como esses são fundamentais. É preciso manter a continuidade; Programação de outros encontros que possibilitem trocas entre as áreas técnicas e coordenações centrais e distritais. Volta das reuniões do colegiado; Manter esses encontros periódicos e o monitoramento do PMS.” Relatório da 4ª Oficina de Acompanhamento do PMS 2006-2009, Salvador, Julho de 2008.

4.2. Capacidade da Gestão da Secretaria Municipal de Saúde

4.2.1. Perícia dos dirigentes

Os secretários de saúde que atuaram na SMS no período analisado, com exceção do pro-tempore, tinham em comum a formação em medicina. Dois possuíam formação na área de saúde coletiva, militando politicamente seja no movimento sanitário ou em partidos de esquerda, compartilhando o compromisso político de construção do SUS. O último secretário apresentava especialização em cardiologia, tendo trilhado sua trajetória profissional nos setores privado e filantrópico.

O primeiro secretário, apesar de formação em saúde coletiva e em gestão, não possuía experiência na administração pública, tendo atuado durante oito anos como sanitarista de um Distrito Sanitário de Salvador. Apresentava maior experiência na docência, tendo trabalhado por quatro anos na Universidade Estadual de Feira de Santana, iniciando suas atividades de professor adjunto na Universidade Federal da Bahia quando foi convidado a assumir a SMS.

O outro secretário médico possuía especialização em saúde pública e mestrado em gestão pública, tendo sido secretário de saúde em um município do Rio de Janeiro no período de transição das Ações Integradas em Saúde para o SUS. Além disso, tinha feito parte da equipe dirigente (COAPS) durante a gestão do primeiro secretário, tendo saído para ocupar a Secretaria de Saúde em um município da Região Metropolitana de Salvador, e retornando a SMS como secretário de saúde.

O último secretário a tomar posse na SMS corresponde a profissional bem conceituado na área de cardiologia, cuja relação com o SUS até então se limitava à prestação de serviços.

4.2.2. A configuração do Triângulo de Ferro da gestão

Os sistemas de direção e gestão analisados consistiram na agenda do

dirigente, no sistema de petição e prestação de contas e na gerência por operações da Secretaria Municipal de Saúde de Salvador. A **agenda dos dirigentes**, apesar de constantemente pressionada pelas urgências e demandas oriundas do ambiente externo, bem como da rotina da SMS, apresentou diferenças em sua constituição ao longo do tempo.

No primeiro ano da gestão foi possível a formação de uma agenda cuja concentração do tempo e foco do dirigente estava na operacionalização do projeto de governo da SMS, e na mobilização dos diversos recursos disponíveis para a construção de sua viabilidade, havendo, portanto, demanda pelo planejamento. Nesse período, o gabinete do gestor contava com alguns assessores formais (e outros assumidos como tais) que auxiliavam no *processamento técnico-político* dos problemas da organização, e que contribuíram para a definição da agenda. A Assessoria Técnica exerceu um papel estratégico na gestão na medida em que era identificada como articuladora interna das ações da SMS, procurando integrar as diversas coordenadorias no processo de planejamento.

A implantação dos colegiados de gestão sob a condução do secretário de saúde funcionou como espaços de mediação dos conflitos e criação de consenso entre as diversas coordenadorias da SMS, sendo importantes também para a formação da agenda ao definir prioridades para a gestão. Entretanto, no segundo ano do governo municipal, a gestão da saúde começou a sentir os reflexos da crise administrativa e financeira da prefeitura, e desta forma o projeto de governo foi aos poucos perdendo espaço na agenda, sendo sufocado pelas demandas decorrentes dessa situação de constrangimento.

A diminuição da participação do gestor nas reuniões resultou no esvaziamento desses espaços, na medida em que coordenadorias-chave passaram a disputar o tempo do gabinete, e se ausentaram dos colegiados. Desta maneira, o gabinete do dirigente exerceu uma forma de concorrência com o colegiado de gestão, favorecendo o acirramento das disputas internas de poder e problemas na interação da equipe dirigente. Essas questões demandaram tempo do dirigente, desviando o foco de atenção do projeto para a organização.

A mudança de gestor da SMS em 2007 resultou na reconfiguração do seu gabinete, sendo constituídos novos assessores, que não demonstraram a habilidade necessária para a realização do processamento técnico-político dos problemas ou o manejo da crise estabelecida. Nesse período, foi constituído um conselho político por iniciativa do próprio gestor com o objetivo de *discutir algumas estratégias políticas para a secretaria de saúde*, participando também da construção da agenda do dirigente, porém a demanda externa exerceu uma pressão expressiva sobre o gabinete.

Apesar da vontade explícita do gestor e de tentativas empreendidas por alguns membros da equipe dirigente⁴⁵, no sentido de retomar o projeto de governo, a exemplo da realização da oficina de desenho estratégico e da discussão sobre formas alternativas de contenção dos interesses particulares e partidários, a agenda do dirigente foi dominada pelo clima de tensão situacional.

A ruptura política que se operou no governo municipal com a saída do PT colocou em risco o projeto de governo construído pela SMS. Após nova substituição de secretário e recomposição da equipe dirigente, restaram na organização alguns defensores do projeto expresso no Plano Municipal de Saúde. A agenda do dirigente nesse período assumiu as seguintes características (Matus,2007): predominância da improvisação, das rotinas e emergências; concentração de todos os problemas, não havendo distinção no tratamento daqueles de alto valor dos problemas de baixo valor; realização de inúmeras reuniões de gabinete sem resultados visíveis.

O sistema de **gerência por operações** pode ser entendido como um sistema particular cujas características seriam: a descentralização do cumprimento da missão organizacional; a transformação dos módulos do plano em módulos da gerência; a articulação com um orçamento-programa; a utilização de sistemas de informação como suporte para monitoramento dos problemas e operações

⁴⁵ Neste particular, cabe destacar a atuação do Coordenador da COAPS como importante liderança na defesa do projeto político expresso no Plano Municipal de Saúde, constituindo-se em um aliado da equipe de planejamento da SMS. Este coordenador, médico com pós-graduação em saúde coletiva, possuía experiência em funções de gestão/gerência em outros municípios do Nordeste, e trabalhava na coordenação da atenção básica em Aracaju/SE antes de assumir a direção da COAPS.

desenhadas; e a possibilidade de prestar contas dos problemas, operações e resultados alcançados (Rivera,1996). Diante de tais características, é possível afirmar que a Secretaria Municipal de Saúde não apresentou tal sistema estruturado.

Durante o período analisado, algumas iniciativas desenvolvidas na organização aproximaram-se da gerência por operações. A formação de grupos de trabalho, a exemplo daqueles criados no intuito de levar o município à habilitação na gestão plena, possibilitou a superação do caráter fragmentado da organização por um período determinado, ao integrar as várias coordenadorias da SMS em torno de objetivos comuns. Outra experiência bem sucedida de grupo de trabalho foi o GT de Saúde da População Negra, formado por técnicos da Secretaria de Saúde e representante da Secretaria Municipal da Reparação – SEMUR, que conseguiu operar durante algum tempo de forma matricial e assim favoreceu a transversalidade desta Política na SMS.

Outro estímulo para a organização da gerência operacional na SMS foi a estruturação do Plano Municipal de Saúde em módulos operacionais, que continham as operações e ações por área problemática assim como a atribuição de responsabilidades institucionais bem definidas. Na concepção do planejamento estratégico situacional, os módulos operacionais transformam o plano *numa distribuição de missões ou compromissos que devem ser cumpridos* (Matus,1997,p.289) e, portanto, num instrumento de organização descentralizada para a ação. Porém, apenas algumas coordenadorias conseguiram operar desta maneira, prevalecendo nas demais as características do desenho organizativo da SMS.

O sistema **de petição e prestação de contas** era formado por mecanismos frouxos de atribuição de responsabilidades, agravado pela ausência de cobrança sistemática do desempenho das diversas coordenadorias da SMS. A referência a esse sistema torna-se necessária, pois na medida em que as coordenações e suas respectivas equipes normalmente não eram responsabilizadas e/ou cobradas pelos compromissos assumidos, seja pelo superior hierárquico ou mesmo por um coletivo, permaneciam em suas práticas

antigas, marcadas pelo imprevisto e outras características presentes na cultura organizacional.

O que acontece em geral nas estruturas verticais é a substituição da articulação pelas relações autocentradas, pela polaridade de interesses pessoais/setoriais/grupais com os objetivos e a missão da Organização, pelo autogoverno de determinados grupos... o exercício do autogoverno em algumas funções foi discutido em praticamente todos os GT, como uma questão que traz dificuldades na organização do trabalho e na avaliação e controle do desempenho das unidades do sistema, inclusive, na efetivação de ações planejadas. Foi referido como algo que permeia todos os processos desenvolvidos pela SMS-Salvador em todos os âmbitos (...)⁴⁶

Apesar disso, foram identificadas algumas ações no âmbito da organização de maneira a alterar essa situação, sendo uma delas a formação dos colegiados de gestão. Todos os movimentos coletivos desenvolvidos na Secretaria foram discutidos e trabalhados neste espaço, a exemplo da construção da missão e visão da SMS, elaboração e monitoramento do PMS 2006-2009, discussão da proposta de nova estrutura organizacional da Secretaria, da construção do Plano Diretor, dentre outros.

A formação do colegiado foi uma iniciativa para fortalecer a gestão participativa. Buscava garantir objetividade e praticidade ao funcionamento da organização, criando um espaço efetivo de tomada de decisões coletivas e negociação de conflitos, a ser utilizado com maior eficiência e eficácia possível com pautas definidas, com um grau de análise que possibilitasse a construção de estratégias de ação. Constituiu-se num espaço de interação dos diferentes atores, de articulação das ações de planejamento, execução, e monitoramento, assim como espaço de negociação e consensos para definição de prioridades.⁴⁷

Mas apesar de todo o esforço empreendido na construção daqueles espaços, a instituição dos mesmos como processo inovador na visão de alguns de seus integrantes *deu-se confrontando com uma estrutura organizacional vertical, departamentalizada*, não conseguindo vencer as limitações impostas pela cultura organizacional.

As dificuldades do processo de decisão do colegiado de gestão foram sistematizadas a seguir: as decisões estratégicas às vezes foram tomadas em outros fóruns paralelos, caracterizando a distribuição de

⁴⁶ CHRISTÓFARO, M. A. C. Relatório final da consultoria individual contrato nº 16/2005. Salvador, 2006, 142p

⁴⁷ SALVADOR. Secretaria de Saúde. Relatório de Gestão 2007.117pp.

poder na SMS; muitas vezes os processos de negociação eram lentos, desmobilizando os atores envolvidos; não reconhecimento das decisões, fruto de consenso, por parte da gestão; as metas compartilhadas não garantiam a eficácia no cumprimento das ações; a dinâmica do funcionamento do colegiado afastou alguns atores em momentos importantes na tomada de decisão. (Carmo, 2007)

Outro exemplo foi o processo de acompanhamento da implantação do PMS. A metodologia escolhida para este processo representou um estímulo ao desenvolvimento do sistema de petição e prestação de contas, devido a dois aspectos a serem considerados: primeiro, as equipes dirigentes eram convidadas periodicamente a prestar contas das ações sob sua responsabilidade, durante as visitas realizadas por integrantes da cooperação técnica; segundo, após cada etapa de realização das entrevistas, essas equipes participavam de oficinas de trabalho que tinham como finalidade socializar os resultados alcançados e discutir estratégias de superação das dificuldades.

4.2.3. O desenho organizativo da SMS

A consulta ao regimento da Secretaria Municipal de Saúde de Salvador e ao relatório final da consultoria financiada pelo Projeto Saúde Bahia contribuiu para a identificação de determinadas características do desenho organizativo.

A análise das finalidades das coordenadorias da SMS no regimento reafirmou o caráter de centralização e de pouca integração entre elas.

Como se vê, as finalidades das unidades do âmbito central fazem referências muito sutis à articulação “para fora” e à interrelação das coordenadorias e setores. O comportamento autocentrado das coordenadorias e setores desde o âmbito central até a unidade do âmbito local, portanto, reflete bem a concepção consagrada no regimento: cada qual “responde pelo seu pedaço e os ocupantes de cargos da mesma linha têm relação de “mando” de acordo com o degrau em que se organiza o setor – é a expressão da relação de verticalidade.⁴⁸

Além disso, o relatório da consultoria identificou no desenho organizativo da SMS o princípio da “regulação por cima”, do “governo do centro para a base”,

⁴⁸ CHRISTÓFARO, M. A. C. Relatório final da consultoria individual contrato nº 16/2005. Salvador, 2006, 142p

sendo merecido o destaque a alguns aspectos do regimento.

(...) a forte distinção entre a dimensão operacional e a decisória; a existência de coordenadorias com competências verticalmente definidas e o não estabelecimento de instâncias colegiadas como espaços de articulação das coordenadorias dos órgãos do âmbito central; a presença de competências e atribuições polares para um mesmo órgão, constituindo-se num fator de banalização do significado do regimento como referência político-administrativa; e estrutura organizacional nucleada nos organismos e setores de âmbito central.(p.35)⁴⁹

A SMS pode ser caracterizada como uma organização que apresenta um grau de complexidade em virtude das suas atribuições enquanto gestora do SUS no âmbito municipal, porém com uma estrutura incompatível com suas responsabilidades. Muito da fragilidade da organização pareceu se concentrar nas áreas meio da Secretaria, que contavam com quadro de pessoal bastante reduzido, a grande maioria de nível médio, sendo boa parte dos profissionais terceirizados, a exemplo do que ocorria na Coordenadoria Administrativa.

A equipe dirigente envidou esforços no sentido de promover o redimensionamento estrutural e organizacional da SMS, de modo a que esta refletisse os novos objetos e objetivos do trabalho realizado pela instituição. Um aspecto relevante da nova estrutura organizacional dizia respeito à concepção que fundamentava a estruturação das várias Diretorias propostas, cabendo destacar o esforço de criação da Diretoria de Atenção Integral à Saúde, refletindo a questão da mudança na organização dos serviços expressa no Plano Municipal de Saúde, de modo a se garantir a integralidade das ações – de promoção, vigilância e assistência à saúde.

Ao mesmo tempo, a criação de uma Diretoria de Regulação, Controle e Avaliação expressava a incorporação da responsabilidade de gestão da rede contratada e conveniada, e a busca de articulação desta com a rede própria da SMS. Por outro lado é oportuno enfatizar a importância concedida à Informação e Comunicação em saúde, expressa na criação de uma Diretoria específica, que, juntamente com a de Atenção e Regulação, constituiriam os

⁴⁹ CHRISTÓFARO, M. A. C. Relatório final da consultoria individual contrato nº 16/2005. Salvador, 2006, 142p

eixos da concepção inovadora em termos da gestão das práticas de saúde no ambiente interno e externo ao SUS municipal.

Dessa forma, buscava-se envolver, no processo de reorganização do modelo de atenção à saúde, os vários prestadores de serviços, públicos e privados, e a própria população, entendida não somente como usuária, senão como sujeito das ações de promoção da saúde, prevenção de riscos e reorientação da assistência ambulatorial, laboratorial e hospitalar. Para a criação das condições institucionais necessárias a esse processo, foram mantidas e aperfeiçoadas as estruturas internas das Diretorias de Administração e de Gestão de Pessoas, com ampliação e redefinição de suas funções e competências.

Apesar de todo investimento na SMS na estruturação desta proposta, a mesma não chegou a ser operacionalizada. A concretização da reestruturação administrativa da SMS passava por alguns estágios: realização do estudo do impacto financeiro da proposta; discussão com a Secretaria Municipal de Administração (SEAD) para realização de ajustes necessários; envio para a Secretaria de Governo (SEGOV); elaboração de minuta e encaminhamento do projeto de lei a ser votado na Câmara de Vereadores. A equipe da SMS realizou o estudo de impacto financeiro, elaborou a minuta do projeto de lei bem como as justificativas do pleito, encaminhando o material para a SEAD no ano de 2006. No entanto, até o momento da finalização da pesquisa, essa secretaria não havia se pronunciado a respeito da questão, estando a proposta parada.

4.3. Governabilidade da Secretaria Municipal de Saúde

4.3.1. Apoio político ao projeto da SMS

A Secretaria Municipal de Saúde apresentou uma baixa governabilidade em relação ao seu projeto de governo ao considerarmos a oposição política que enfrentou dentro do próprio governo municipal, na relação com a Câmara de Vereadores, com os meios de comunicação e mesmo no Conselho Municipal de Saúde.

A gestão da SMS nos primeiros anos do governo orientou seu projeto no sentido de fortalecer a constituição de um Sistema Municipal de Saúde em consonância com os princípios e diretrizes do SUS, indicação expressa no Plano Municipal de Saúde, o que implicava a saúde ser assumida como prioridade do governo municipal.

Os resultados positivos apresentados pela SMS logo no primeiro ano de gestão garantiram durante certo período o **apoio do prefeito** ao projeto da Saúde. Entretanto, com o decorrer do tempo e do processo político, as evidências apontaram uma mudança nessa posição, na medida em que esse apoio não teve concretude nas ações do governo municipal, apresentando-se muito mais como elemento de discurso. O uso dos projetos da saúde como discurso político do prefeito também foi identificado no estudo de Soares (2007). Essa situação foi uma das motivações que levaram a saída do primeiro gestor, e apesar de todo o processo de repactuação com o prefeito por ocasião da indicação do novo secretário de saúde, a mesma persistiu.

O projeto da SMS desde o início sofreu também a oposição da **Câmara de Vereadores**, ao tempo em que contrariou os diversos interesses ligados à Saúde e que encontravam representação no legislativo municipal. A própria composição da Câmara, particularmente da maioria dos vereadores que formavam a bancada dos empresários da saúde, contribuiu para a postura negativa em relação ao projeto da SMS. Essa relação sofreu uma mudança após nova reconfiguração da SMS em abril de 2008.

O **Conselho Municipal de Saúde** apresentou posições divergentes em relação ao apoio político ao projeto da SMS durante o período analisado. Durante os primeiros anos da gestão, determinados grupos do Conselho atuaram como oposição a algumas estratégias desenhadas pela SMS, principalmente na questão da terceirização da saúde.

A grande contradição foi que o grupo de oposição dentro do Conselho representava os interesses de partidos de esquerda que compunham na ocasião a própria base de sustentação da gestão, constituindo antes de tudo

em uma disputa política que trouxe mais desgaste à concretização do projeto da SMS. Apesar desta posição, outra parte do Conselho desempenhou um papel importante na defesa da gestão, mas de modo geral o seu desempenho foi limitado.

Outro componente a ser considerado no que diz respeito ao projeto da SMS foi a **relação com a mídia**. Apesar de todos os esforços empreendidos pela gestão da SMS no sentido de apresentar uma agenda de saúde positiva para a cidade, a mídia exerceu uma oposição importante a esse projeto. A disputa em torno do fim do processo de terceirização dos serviços de saúde ocupou um grande espaço na mídia.

4.3.2. Autonomia administrativa-financeira da SMS

A SMS possuía em sua estrutura formal a Coordenadoria Administrativa, a Coordenadoria de Recursos Humanos e a Coordenadoria Executiva do Fundo Municipal de Saúde, além de contar com a Comissão Permanente de Licitação. Entretanto, a autonomia era restrita, pois apresentava limitações por compartilhar procedimentos administrativos e financeiros com a Secretaria Municipal de Administração e a Secretaria de Fazenda.

Apesar de a SMS ser a gestora do Fundo Municipal de Saúde, ela detinha apenas o controle dos recursos repassados pelo Ministério da Saúde fundo a fundo (fonte 05) ou através dos convênios firmados com outras instâncias do SUS (fonte 01), enquanto a gestão dos recursos oriundos do tesouro municipal era feita pela Secretaria Municipal de Fazenda.

Salvador, ao contrário de outras cidades que já entraram na gestão plena, ainda não detém o controle do caixa dos recursos municipais. Exceto os recursos federais, que são carimbados e têm destinações específicas, todos os pagamentos provenientes dos recursos municipais, que são 15% do orçamento do município como prevê a lei, ainda estão centralizados na Secretaria da Fazenda, é um caixa único e os pagamentos saem desse caixa único.⁵⁰

⁵⁰ Ver entrevista de Luis Eugênio Portela Fernandes de Souza ao Jornal A Tarde, 10/6/2007, p.18

Esta centralização dos recursos combinada à crise financeira da prefeitura acarretou sérios problemas para a gestão da SMS, na medida em que não permitiu o cumprimento dos compromissos assumidos pela Saúde junto aos seus fornecedores, resultando no desabastecimento da rede.

Do ponto de vista da administração financeira, somos absolutamente disciplinados (...) a Secretaria Municipal de Saúde nunca extrapolou seu orçamento. Pelo contrário. Todas as despesas contratadas estão plenamente dentro do orçado e do autorizado pela Secretaria da Fazenda. Mas ainda assim não conseguimos ter fluxo de pagamentos que nos permita gerir com tranquilidade as questões da saúde. Por conta disso acabamos sendo obrigados a dedicar um tempo enorme à negociação e renegociação de dívidas, o que compromete a rotina da administração.⁵¹

Aliada a pouca autonomia financeira, a SMS sofreu também com limitações à sua autonomia administrativa. Vários processos desencadeados por esta Secretaria, a exemplo da proposta de reestruturação administrativa discutida anteriormente, a revisão do Plano de Cargos Carreiras e Salários - PCCS e a realização do Concurso Público não foram adiante, em parte por questões relacionadas à limitação da capacidade de governo da própria SMS, mas também por constrangimentos criados pela Secretaria de Administração⁵².

4.3.3. Relação com outras esferas de gestão do sistema

O Ministério da Saúde atuou como importante aliado da gestão municipal durante o período analisado, garantindo recursos financeiros para implantação de diversos projetos como o SAMU 192, a expansão do Programa de Saúde da Família, os Centros de Especialidades Odontológicas – CEO, dentre outros programas nacionais. No entanto, a relação com a Secretaria Estadual de Saúde apresentou mudanças ao longo do tempo. Nos primeiros anos da

⁵¹ Idem

⁵² A SEAD concentra a gestão dos serviços e contratos da Prefeitura, sendo responsável pela normatização das contratações, licitações e dos bens móveis do município, além da gestão de pessoas, conforme finalidade expressa em seu regimento: *“formular a política de recursos humanos, planejar, coordenar e controlar as atividades relacionadas com a gestão pública municipal, de forma a garantir a qualidade dos serviços prestados ao cidadão, bem como formular e controlar a execução da política de tecnologia da informação e da comunicação, e de previdência e assistência aos servidores públicos municipais”*. Regimento da Secretaria Municipal de Administração disponível no endereço eletrônico http://www.sead.salvador.ba.gov.br/sead2/doc_pdf/estrutura_pms/sead.doc

gestão, a relação entre a SMS e a SESAB foi dificultada pela divergência política entre governo estadual e municipal, com repercussões no relacionamento técnico de suas equipes.

Apesar do discurso de colaboração do gestor estadual, o mesmo não tinha concretude na prática institucional, a exemplo da negociação em torno dos recursos do Projeto Saúde Bahia. A equipe da SMS não teve acesso aos resultados das consultorias financiadas por este Projeto, nem mesmo aos protocolos que foram desenvolvidos para aplicação na atenção básica, logo de interesse do âmbito municipal.

Como resultado do intercâmbio de informação entre a SESAB, a SMS-Sa e o Banco, concordou-se na necessidade de fortalecer o conhecimento que a SMS-Sa tem dos objetivos e planos de atividades e investimento do projeto, assim como de algumas consultorias relevantes para o fortalecimento da capacidade institucional da SMS-Sa, como a consultoria de gestão hospitalar e o estudo de regulação e avaliação. Ressaltou-se a importância de inserir a SMS – Sa no processo de trabalho destas consultorias, dado que a SMS-Sa tem previsto assumir a Gestão Plena dos serviços no ano de 2005, e muitas destas funções serão repassadas ao Município no futuro. A SESAB deverá incorporar também nessas consultorias atividades para que sejam disseminados os resultados e ferramentas desenvolvidas pelas mesmas, e assegurar a transferência de tecnologia para outras secretarias municipais de saúde envolvidas.⁵³

Embora o relatório da supervisão do Banco Mundial determinasse a inclusão do município nas atividades do Projeto Saúde Bahia, enfatizando a necessidade de cooperação da SESAB com a equipe da SMS, além da formação de grupos de trabalho a fim de viabilizar *a transferência de tecnologia*, não foi o que ocorreu. A cooperação ficou resumida à aprovação de dois termos de referência a serem financiados com recursos do Projeto, chegando a ser concretizada apenas a consultoria individual, cujo objeto era a proposta de reestruturação administrativa da SMS.

Frente à essa realidade, a mudança na gestão da SESAB em 2007 foi considerada positiva tanto pela equipe dirigente como pelos técnicos da SMS, aparecendo com bastante frequência nos registros do acompanhamento da

⁵³ Trecho extraído do anexo do Relatório da missão de supervisão (22 de fevereiro a 10 de março) do Banco Mundial ao Projeto de Reforma de Saúde da Bahia, março de 2005.

implantação do PMS: convergência de interesses políticos entre Estado (SESAB), Ministério da Saúde e Prefeitura Municipal de Salvador; ambiência criada entre SMS e SESAB para discussão de questões específicas; apoio da SESAB enquanto suporte estratégico; fortalecimento e integração com a SESAB; maior diálogo com a SESAB.⁵⁴

⁵⁴ Registro dos facilitadores e inibidores por Módulo Operacional do Plano Municipal de Saúde 2006-2009 em quatro etapas de acompanhamento.

5. PRINCIPAIS ELEMENTOS QUE INFLUÍRAM NA INCORPORAÇÃO DO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE

5.1. Elementos facilitadores do processo de incorporação do PMS

A análise dos registros das entrevistas de acompanhamento da implantação do Plano (Anexo C) permite-nos elaborar um quadro síntese com os elementos identificados como facilitadores, e que pareceram ter relação com a incorporação do PMS como tecnologia de gestão.

Quadro síntese dos elementos facilitadores identificados nos registros de acompanhamento da implantação do PMS 2006-2009

Clareza da missão da SMS.
Apoio e compromisso do gestor (Secretário de Saúde)
Gestores com formação em Saúde Coletiva.
Existência de alguns dirigentes e quadros técnicos com formação em Saúde Coletiva.
Mobilização e compromisso das equipes.
Acúmulo do conhecimento sobre planejamento, adquirido durante a gestão.
Incentivo aos técnicos por meio da implantação da gratificação de incentivo à qualidade da SMS.
Entendimento da gestão sobre a importância do planejamento descentralizado.
Processo participativo e descentralizado de elaboração dos instrumentos de planejamento (programação operativa e relatórios de gestão)
Desenvolvimento de processo de monitoramento da implantação do PMS.
Articulação da ASTEC com as coordenações no acompanhamento dos instrumentos de planejamento da SMS, com destaque para o processo de elaboração do relatório de Gestão.
Adesão de algumas coordenações ao planejamento estratégico.
Valorização dos espaços colegiados como espaço de decisão e de monitoramento da implementação das ações planejadas.
Cooperação técnica ISC/UFBA/SMS
Desenvolvimento de processos de educação permanente para a equipe dirigente da SMS, a exemplo do Curso de Especialização em Gestão de Sistemas Locais de Saúde realizado em cooperação técnica com a Universidade.
Disponibilidade de canais de comunicação (intranet e internet) na SMS.

A *clareza da missão da SMS* foi apresentada como facilitador apenas na 1ª etapa de acompanhamento do plano, sendo identificada pela equipe da coordenação de recursos humanos. A missão foi construída no ano de 2005 durante o processo de “planejamento estratégico” desencadeado pela SEAD, e se expressava em “*cuidar de forma integral da saúde do cidadão em Salvador, assegurando seus direitos e respeitando as diversidades*”. Para a equipe, o conhecimento da missão pelos membros da organização foi uma questão

estratégica, na medida em que ela orientava em que direção deveriam ser organizadas as ações da Secretaria, e desta forma podemos entendê-la como a própria finalidade da organização.

Mais do que intervir, produzir serviços e prestar assistência, o que a missão valoriza é a dimensão do cuidar da saúde, ou seja, favorecê-la, promovê-la, preservá-la, protegê-la e, quando for o caso, recuperá-la e reabilitá-la...Além de ser uma diretriz do SUS no que tange a ênfase nas ações preventivas, sem prejuízo da assistência, bem como na garantia da continuidade da atenção em todos os níveis do sistema de saúde, a integralidade como princípio tende a ter a sua concepção enriquecida na medida em que novos aportes teóricos e práticos sejam agregados ao trabalho em saúde (...)

A missão não faz referência a indivíduos, mas ao *cidadão em Salvador*. Isto para sublinhar a condição de cidadania, ou seja, do sujeito em relação ao Estado enquanto ser de direitos. E ao mencionar o *cidadão em Salvador*, em vez de acionar a preposição *de*, insinua um compromisso generoso de cuidar, também, dos cidadãos que visitem a cidade...Respeitar as diversidades, por sua vez, significa o reconhecimento do direito à diferença. No caso da saúde, significa considerar no cuidado integral as diferenças de gênero, raça, etnia, orientação sexual, religião, entre outras.⁵⁵

Outro facilitador freqüente nas quatro etapas de acompanhamento do Plano, bem como em todos os módulos, foi o *apoio e compromisso do gestor*. Mesmo nos momentos de maior dificuldade, as equipes da SMS identificavam a figura do gestor como seu aliado, reconhecendo-o como dotado de compromisso. Entretanto, não está claro nos documentos consultados a que tipo de apoio os informantes estavam se referindo, considerando que este pode manifestar-se de diversas formas: na escuta dos problemas levados pelas equipes até o gabinete; na priorização de determinadas ações/projetos sob a coordenação dos sujeitos informantes; dentre outras.

A *formação em Saúde Coletiva* dos primeiros gestores (médicos sanitaristas) bem como de *alguns dirigentes e técnicos da equipe* apareceu como facilitador da incorporação do Plano como tecnologia de gestão, na medida em que esta formação assenta-se nos conhecimentos da epidemiologia, ciências sociais em saúde e na planificação e gestão, estando esses sujeitos supostamente mais qualificados para atuar na condução do sistema de saúde. Porém, esses dirigentes e técnicos não chegaram a constituir uma massa crítica capaz de

⁵⁵ SALVADOR. Cooperação Técnica ISC/UFBA/SMS. Ante-projeto do Plano Diretor da Secretaria Municipal de Saúde de Salvador (2006-2015). Salvador, 2007.117pp.

redefinir a organização dos diversos processos de trabalho desenvolvidos na SMS.

A *mobilização e compromisso da equipe* estavam presentes em todas as etapas do monitoramento, mesmo naquelas marcadas pela intensificação da crise financeira e política da prefeitura. No entanto, no diário de campo é possível verificar registros sobre a diminuição do entusiasmo das equipes com o passar do tempo. Enquanto o ano de 2005 foi marcado por grande mobilização dos sujeitos da organização, datando deste período a implantação da *gratificação de incentivo à qualidade para os trabalhadores da SMS*, citada por algumas equipes como elemento facilitador, os anos seguintes foram caracterizados por crise financeira, perplexidade, *desânimo e cansaço*, sendo melhor trabalhados nos inibidores.

A *capacidade de tradução dos técnicos da ASTEC, com o apoio da cooperação técnica, dos instrumentos de planejamento municipal* coordenados pela Secretaria de Administração – SEAD, apareceu como um elemento facilitador nas três primeiras etapas de acompanhamento do Plano. O envolvimento nos diversos processos desenvolvidos na SMS, seja participando das iniciativas conduzidas pela SEAD, SEFAZ e SEPLAN, ou desencadeadas na própria Secretaria, permitiu o *acúmulo do conhecimento sobre planejamento adquirido durante a gestão*, particularmente dos integrantes da Assessoria Técnica.

Conforme foi referido anteriormente, com o início da gestão municipal em 2005, a SEAD liderou um processo de desenvolvimento de Planejamento Estratégico da Gestão (PEG), nos moldes do “planejamento corporativo”⁵⁶, que consistia na realização de encontros anuais das diversas secretarias para definição de metas globais e setoriais a serem acompanhadas periodicamente pela secretaria de administração, além da constituição dos chamados

⁵⁶ Termo comumente utilizado em empresas do setor privado como sinônimo de ferramentas desenvolvidas em razão das necessidades apresentadas pelas empresas *de se administrar com maior eficácia a qualidade e os custos, implicando o planejamento formal e a busca de congruência entre diversas Unidades Estratégicas de Negócios*. Consultar Oliveira, B. *O Planejamento Estratégico como Fator-Chave para o Sucesso de Empreendimentos*. www.contentos.com.br

“internalizadores do PEG”, que na SMS era composto por membros da ASTEC. Após um longo processo de sensibilização das diversas coordenadorias da SMS, foi possível verificar adesão de algumas delas ao PEG, conforme identificação no relato das equipes nas 2ª e 3ª etapas.

Outra iniciativa que pareceu ter contribuído para a incorporação do Plano, sendo inclusive identificada como facilitadora em três etapas de monitoramento, foi o desenvolvimento de oficinas de planejamento, de caráter participativo. Estas iniciativas constituíram-se em estratégias no sentido de reforçar o *planejamento participativo e ascendente na SMS*, e envolveram além de coordenadores e equipes do âmbito central, distrital e local, conselheiros de saúde convidados a contribuir com a definição de prioridades para a gestão. Na 4ª etapa, o *entendimento da gestão sobre a importância do planejamento descentralizado* aparece como facilitador, indicando que a existência desta diretriz favoreceu iniciativas como essas.

Para o desenvolvimento de todos esses processos, bem como o acompanhamento dos instrumentos de planejamento da SMS, com destaque para a elaboração do relatório de Gestão, foi necessária a *articulação da ASTEC com as diversas coordenações da Secretaria*. Esta articulação foi reconhecida como mais um facilitador da incorporação do Plano.

Os *espaços colegiados de gestão*, a exemplo dos colegiados do âmbito central e distrital, foram apresentados como facilitadores para incorporação do Plano por constituírem-se nos lugares privilegiados para a construção do planejamento da gestão da SMS. *Valorizar os espaços colegiados como espaço de decisão e de monitoramento* possibilitaria o fortalecimento de uma gestão participativa, responsabilizando as diversas coordenadorias para a consecução das atividades planejadas, e desta forma constitui-se num facilitador da incorporação do Plano como tecnologia de gestão.

Outro espaço colegiado importante foi o Conselho Municipal de Saúde. A recomposição deste Conselho foi identificada como facilitadora nas segunda e

terceira etapas, sendo agregados a ampliação de sua participação (3ª) e a sua qualificação e fortalecimento (4ª).

O CMS referido pelos informantes foi eleito na VIII Conferência Municipal de Saúde e teve sua gestão iniciada em agosto de 2006 permanecendo até agosto de 2008. Este conselho teve atuação muito importante nos períodos de transição da gestão, sendo responsável inclusive pela realização da IX Conferência Municipal de Saúde.

Destaca-se a atuação protagonista do CMS, sob a presidência do representante do segmento dos usuários de saúde neste período. Apesar de todas as dificuldades de infra-estrutura e recursos financeiros foi realizada a IX Conferência Municipal de Saúde (...) Esta conferência contou com a participação de 228 delegados, 210 observadores e 60 convidados, e foi caracterizada por grande mobilização dos usuários, com efetiva presença em todas as plenárias.⁵⁷

O Conselho pode constituir-se num facilitador da incorporação do Plano como tecnologia de gestão, na medida em que atuar como legítima instância de controle social, exercendo seu papel no acompanhamento e definição das políticas públicas de saúde. Isso obrigaria à SMS repensar seus processos de trabalho de forma a melhorar a efetividade e eficiência das ações sob sua responsabilidade, e o planejamento como instrumento/atividade do processo de gestão possibilita a construção de *procedimentos capazes de otimizar os meios de trabalho* (Merhy, 1997).

A *cooperação técnica com o ISC/UFBA* foi apontada como facilitador em todos os momentos de acompanhamento e pela maioria das equipes consultadas, sendo particularmente importante no desenvolvimento da proposta e realização do monitoramento da implantação do PMS. Uma das linhas de atuação prevista no contrato de cooperação técnica, conhecido como módulo de planejamento e gestão, apresentava uma série de produtos a exemplo do próprio Plano Municipal de Saúde 2006-2009 e do Plano Diretor da SMS. Um desses produtos, apontado em vários módulos como facilitador, foi a realização do *curso de especialização em gestão de sistemas locais de saúde* (1ª, 2ª e 3ª)

⁵⁷ SALVADOR. Secretaria de Saúde. Relatório de Gestão 2007.117pp.

oferecido para as equipes de coordenação dos distritos sanitários, assim como alguns técnicos do âmbito central.

Outros informantes identificaram como elemento facilitador a *disponibilidade de canais de comunicação (intranet e internet) na SMS*. Em 2005 ocorreu a formação do GT-CES, com o objetivo de

(...) planejar, implantar, acompanhar e avaliar, de forma compartilhada e descentralizada, uma política de comunicação e educação, consoante com o princípio do direito à informação, preconizado pelo SUS; da participação popular, preconizada pela Prefeitura Municipal de Salvador, e com a missão da SMS de “cuidar de forma integral da saúde do cidadão em Salvador, assegurando seus direitos e respeitando as diversidades”⁵⁸.

Em 2006, o GT-CES formulou a Política de Comunicação e Educação, incorporada no texto do Plano Municipal de Saúde, sendo apontados no relatório de gestão alguns desafios nessa área.

É de fundamental importância para a implementação da Política de Comunicação e Educação em Saúde desta Secretaria, a consolidação e sustentabilidade do setor, o que passa pela aprovação do novo organograma; os investimentos em infra-estrutura e equipamentos; a manutenção dos profissionais que estão sendo qualificados em serviço; a contratação de profissionais das áreas de publicidade e propaganda, relações públicas, web design, jornalismo, biblioteconomia e design gráfico; o estabelecimento de convênios com a biblioteca do Ministério da Saúde e com a Fiocruz. Mas, em especial (...) a apropriação e incorporação do planejamento estratégico da comunicação no processo de trabalho das coordenações, cujo produto será a ampliação da demanda organizada, diminuição da espontânea e qualificação das ações da SMS.⁵⁹

A Política previa entre seus objetivos a implantação da comunicação interna da SMS, e a partir do ano de 2006, a gestão da intranet ficou sob responsabilidade do GT - CES, pois anteriormente era feita pelo Núcleo de Gestão de Informática – NGI. A nova reformulação da página possibilitou *maior participação dos diferentes atores, maior diversidade de formas discursivas, e descentralização/territorialização das informações*, sendo o veículo preferencial para a divulgação do Plano Municipal de Saúde na SMS.

⁵⁸ SALVADOR. Secretaria de Saúde. Relatório de Gestão 2005.105pp.

⁵⁹ Idem

Apesar do GT-CES ter passado por mudanças na sua composição, com a saída de alguns integrantes, após um ano de implantação da Política já era possível identificar alguns resultados referentes ao uso da intranet.

Em 2007 o GT-CES realizou 308 inserções na Intranet, configurando um aumento de 234,78% em relação a 2006 quando foram realizadas 92 inserções. Este aumento pode indicar um reconhecimento crescente deste veículo de informação entre os técnicos da SMS. Ainda assim, as ações de incentivo ao uso da intranet devem continuar, principalmente, no que se refere à consulta regular às informações veiculadas.⁶⁰

Em 2008 foi inaugurada a página da SMS na internet, tornando possível à sociedade o acesso às informações da Secretaria, favorecendo a divulgação do PMS 2006-2009 para fora da organização, que até então era feita através de apresentações do mesmo em outros espaços (a exemplo das Universidades e algumas organizações do movimento social). Vale ressaltar, que apesar do esforço da ASTEC no sentido de viabilizar a reprodução de cópias do Plano através de gráfica, a SMS não conseguiu garantir sua distribuição nem mesmo de uma versão resumida.

⁶⁰ SALVADOR. Secretaria de Saúde. Relatório de Gestão 2007.117pp.

5.2. Elementos dificultadores do processo de incorporação do PMS

Assim como nos elementos facilitadores, foi elaborado quadro síntese para sistematização dos elementos apontados como dificultadores da incorporação do Plano (Anexo C).

Quadro síntese dos elementos dificultadores identificados nos registros de acompanhamento da implantação do PMS 2006-2009

Mudança na gestão da SMS, técnicos e coordenadores.
Ausência de Plano de Cargos Carreiras e Salários.
Insuficiência de recursos humanos e carência de pessoal para atender aos novos processos de trabalho demandados com a gestão plena.
Fragilidade na articulação interna da SMS.
Desarticulação das coordenações do nível central e distrital para condução da gestão do sistema.
Desenho da estrutura administrativa da SMS.
Cultura institucional organizada em torno da fragmentação, atomização dos processos e não incorporação do planejamento como ferramenta de gestão.
Cultura institucional baseada na centralização e na comunicação insuficiente.
Fragilidade nos processos de comunicação na SMS.
Fragilidade técnica das equipes expressa na falta de experiência, de formação e de perfil para implementação da ação.
Ausência de política de educação continuada na própria SMS.
Baixo grau de adesão das coordenações ao planejamento estratégico.
Falta de identificação de pessoas de referência para as atividades de planejamento.
Fragilidade na capacidade das coordenações para utilização do planejamento como ferramenta de gestão.
Baixa incorporação dos instrumentos de planejamento e avaliação na cultura institucional.
Baixa institucionalização técnica e política dos processos de acompanhamento.
Déficit de tecnologias adequadas para a realização de monitoramento das ações.
Insuficiente capacitação das lideranças e conselheiros para acompanhamento sistemático da ação.

A *mudança na gestão da SMS*, com substituição de técnicos e coordenadores, foi apresentada como elemento dificultador da incorporação do Plano, por interferir na dinâmica de trabalho da Secretaria. Alguns desses coordenadores e técnicos haviam participado das iniciativas desenvolvidas na gestão para a institucionalização do planejamento, a exemplo das oficinas de planejamento participativo, dos encontros do PEG, entre outros. Portanto, foram aprendendo de forma processual a trabalhar com esses instrumentos, mas no momento em que foram substituídos ocorreu a descontinuidade do processo, sendo necessários novos investimentos.

Agrega-se a aquele elemento a *ausência de Plano de Cargos Carreira e Salários* para a SMS. Vale ressaltar, que a Prefeitura possui um plano de cargos e vencimentos dos profissionais de saúde⁶¹, porém muito deficiente e incompatível com as necessidades da Secretaria. Não tem conseguido, portanto atrair profissionais na quantidade necessária nem mesmo fixar aqueles mais qualificados pela ausência de uma política de gestão do trabalho.

(...) no plano formal constatou-se uma séria de restrições à dimensão formal das relações de trabalho (...)

a multiplicidade de vínculos, as diferenças significativas de salários em um mesmo grupo técnico-profissional pelos mais diferentes motivos, salários baixos, jornadas de trabalho diversas, carência quanti-qualitativa de trabalhadores, dentre outros tantos(...)

A função gratificada, por exemplo, além do que significa em termos de traduzir certa competência do servidor e a correspondente necessidade do setor, cumpre, também, o papel de assegurar mais trabalhadores com jornada de 40 horas...e uma forma de “melhorar” a remuneração.⁶²

A *insuficiência de recursos humanos ou carência de pessoal*, apresentada no quadro síntese, ficou ainda mais evidente com a habilitação do município à gestão plena. Diferente do que normalmente acontece com os municípios que assumem toda a gestão do sistema, quando ocorre um aumento do quadro de pessoal no sentido de *atender aos novos processos de trabalho demandados com a gestão plena*, a SMS sofreu um esvaziamento com a saída de técnicos para o âmbito estadual, inclusive com o retorno ao Estado de servidores que encontravam-se em cooperação técnica no município.

A *fragilidade na articulação interna da SMS* pode ser expressa enquanto *desarticulação das coordenações do nível central e distrital para condução da gestão do sistema*, agravada pela *fragilidade nos processos de comunicação na SMS*. A consulta ao relatório da consultoria individual, acima mencionada, particularmente o capítulo que se refere ao diagnóstico da Secretaria,

⁶¹ Lei nº 6.150/2002 que normatiza o ingresso (concurso público/provimento de cargos), a remoção, a progressão, a jornada de trabalho (30 ou 40 horas/semanais e outras – 20 e 24 horas – conforme regulamentações de profissões específicas), o vencimento e remuneração, não estando prevista carreira pública municipal para os profissionais de saúde.

⁶² CHRISTÓFARO, M. A. C. Relatório final da consultoria individual contrato nº 16/2005. Salvador, 2006, 142p

possibilitou a confirmação destas características da gestão.

Ficou marcada a desarticulação e falta de comunicação entre os setores do âmbito central e entre este e o âmbito distrital e local (...)

As sinalizações e discussões dos GT apontam para essa “não articulação institucional da produção da atenção à saúde” como um forte traço na dinâmica da SMS-Salvador. Para alguns que trabalham nos DS e nas UBS, tal situação gera uma “percepção de não pertencimento” aos espaços de decisões e encaminhamentos, que ao fim impactam e interferem no cotidiano exatamente dos que “ficam sempre de fora” quando da decisão.⁶³

Outro elemento identificado foi o *desenho da estrutura administrativa da SMS*, confirmando as evidências já apresentadas anteriormente.

A cultura organizacional foi referida várias vezes no material produzido durante o acompanhamento do Plano, sendo identificada como outro elemento dificultador para a sua incorporação nos processos de trabalho da gestão. O quadro síntese faz referência ao depoimento de um dos entrevistados, quando identificou a cultura da organização representada pela *fragmentação, atomização dos processos e não incorporação do planejamento como ferramenta de gestão*, porém outros informantes não chegaram a essa mesma conclusão, preferindo caracterizá-la pela *centralização e comunicação insuficiente*.

A síntese do diagnóstico da SMS permitiu identificar alguns aspectos aparentemente relacionados à sua cultura.

(...) articulações frágeis e pontuais entre as coordenadorias e setores do âmbito central, desses com os DS e também dos DS com as respectivas Unidades de Saúde; concentração de informações e comandos verticais; fragmentação/bloqueios de comunicação entre os âmbitos central, distrital e local; e fragmentação de ações em tarefas repartidas entre as pessoas de cada setor criando “especializações e poderes autocentrados (p.57)⁶⁴.

A *fragilidade técnica das equipes expressa na falta de experiência, de formação e de perfil para implementação da ação* foi apontada como outro

⁶³ CHRISTÓFARO, M. A. C. Relatório final da consultoria individual contrato nº 16/2005. Salvador, 2006, 142p

⁶⁴ Idem

elemento que dificulta a incorporação do Plano como tecnologia. Os componentes apresentados podem ser traduzidos como a *perícia* da equipe, ou seja a capacidade de condução ou direção que se acumula, no caso, na equipe de governo. Esta dificuldade foi potencializada na medida em que se identifica a *ausência de uma política de educação continuada na própria SMS*, portanto não existindo investimento na formação sistemática das equipes de trabalho, particularmente daquelas envolvidas nos processos de gestão do sistema.

O *baixo grau de adesão das coordenações ao planejamento estratégico*, desencadeado pela SEAD, foi referido nas três primeiras etapas de acompanhamento do Plano. Neste processo foram formados “internalizadores” em cada Secretaria responsáveis pelo acompanhamento das metas globais e setoriais definidas em oficinas de trabalho, além da capacitação de todos os coordenadores do órgão para alimentação do Sistema de Informações das Ações Municipais - SIAM. Apesar de algumas coordenações terem aderido à proposta, e neste particular cabe destaque a COSAM e posteriormente o GTSPN e CDRH, a maioria não assumiu a responsabilidade pela elaboração dos planos de ação e acompanhamento do SIAM, e desta forma a ASTEC tomou para si mais esta atividade.

A *falta de identificação de pessoas de referência para as atividades de planejamento*, para atuar de forma permanente, parece um elemento capaz de interferir no processo de incorporação do Plano, por conseguinte elas poderiam atuar como “internalizadores” em suas respectivas coordenações. Nos momentos em que existiram essas pessoas de referência, houve maior avanço na prática do planejamento e melhor qualidade dos documentos produzidos, a exemplo de alguns relatórios de gestão.

Um elemento importante para a não incorporação do Plano como tecnologia se expressa na *fragilidade na capacidade das coordenações para utilização do planejamento como ferramenta de gestão*. A capacidade técnica foi um fator decisivo para a utilização do planejamento na SMS, pois quanto mais conhecimento e experiência as equipes desenvolveram na elaboração de planos, projetos, programas e relatórios, mais facilmente usavam essas

ferramentas. As coordenadorias compostas por técnicos com mais qualificação (principalmente em saúde coletiva) e experiência acumulada no serviço público foram aquelas que mais incorporaram o Plano, enquanto aquelas que concentraram técnicos com insuficiente formação e/ou inexperientes apresentaram maiores dificuldades na utilização do PMS.

A fragilidade acima apontada pode se constituir num descritor de outros elementos dificultadores, como a *baixa incorporação dos instrumentos de planejamento e avaliação na cultura institucional* e a *baixa institucionalização técnica e política dos processos de acompanhamento*, porém não é o único, pois a inexistência de um *sistema de petição e prestação de contas* na SMS parece ser mais determinante nesta questão.

A SMS fazia pouco uso das formas estruturadas de planejamento, e desta forma regia-se pelo sistema de “rotina e crise” (Matus, 1997), podendo este fato ser uma explicação para o referido *déficit de tecnologias adequadas para a realização de monitoramento das ações*. O acompanhamento da implantação do Plano foi uma das iniciativas no sentido de institucionalizar o planejamento e a avaliação na SMS, mas funcionou também como um sistema de petição e prestação de contas ao possibilitar a análise do desempenho das coordenações responsabilizadas no Plano.

A *insuficiente capacitação das lideranças e conselheiros* representou um importante dificultador na medida em que comprometeu o *acompanhamento sistemático* das ações desenvolvidas pela SMS. Um conselho de saúde bem capacitado poderia fazer o papel daquele sistema de petição e prestação de contas tão necessário a aquela organização.

6. O MODELO DE INCORPORAÇÃO DO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE OBSERVADO NA SMS DE SALVADOR

Os resultados apresentados apontaram variáveis que exerceram de alguma maneira influência no processo de incorporação do Plano Municipal de Saúde, e que são identificadas por Rogers (2003) como características estruturais relacionadas ao processo de inovação nas organizações. Entretanto, elas podem constituir-se como elementos facilitadores ou dificultadores do processo (de inovação) a depender do estágio em que este se encontra na organização. Portanto, os resultados foram discutidos considerando os estágios de iniciação e implementação do processo de incorporação do Plano Municipal de Saúde, conforme sistematização do quadro teórico.

As características do desenho organizacional interferiram de maneira diferente nas fases de iniciação e implementação do processo de incorporação do Plano, configurando certo paradoxo da SMS, na medida em que as mesmas facilitaram a iniciação, porém dificultaram a implantação (Rogers,2003). A fase de iniciação foi favorecida pela pouca centralização do processo decisório nos primeiros anos da gestão, pela alta complexidade da organização e pela pouca formalização dos processos de gestão da SMS. Por conseguinte, neste período foi possível avançar com algum grau de liberdade na construção do Plano Municipal de Saúde, conforme os resultados apresentados, e no desenvolvimento da proposta para a sua implantação. Entretanto, a fase de implementação do processo foi dificultada por elas não garantirem as condições necessárias à sua consolidação.

A fase de **iniciação** do processo de incorporação do Plano Municipal de Saúde começou antes mesmo da elaboração desse documento pela SMS, a partir do momento que a organização passou a elaborar seus planos de saúde em conformidade com a legislação do SUS. A exigência formal dos planos de saúde como requisito para habilitação dos municípios e estados às diversas formas de gestão do sistema, embora tenha exercido um papel importante de indução do planejamento enquanto instrumento estratégico de gestão, não garantiu per si a utilização do Plano como tecnologia de gestão na SMS.

Exigir das unidades federadas planos de saúde em nada assegura a institucionalização do processo de planejamento. (Barros *et al*, 1996, p.38)

Refletindo sobre a iniciação, Rogers (2003) afirma a importância deste estágio ao preparar a organização para a decisão pela inovação ou, no caso particular desta pesquisa, para a incorporação da tecnologia. Ao se referir ao processo de inovação nas organizações, o autor aponta para três tipos possíveis de decisão: opcional, coletiva ou autoridade. A decisão pelo uso do Plano Municipal de Saúde na SMS apresentou tanto componentes da decisão pela autoridade quanto da decisão coletiva, já que o tipo opcional não é compatível com o requerimento legal do SUS.

A decisão a favor da utilização do Plano como tecnologia de gestão foi influenciada pela própria autoridade do Ministério da Saúde enquanto agente externo de indução do planejamento, principalmente quando este incentivo manifestou-se sob a forma de recursos financeiros. Em uma situação de dependência dos recursos federais, como foi o caso da Secretaria Municipal de Saúde de Salvador e confirmado pelos resultados apresentados, fica claro o peso do Ministério nessa decisão. Além disso, a decisão do secretário de saúde em favor do planejamento das ações da SMS e sua participação nas oficinas de elaboração do PMS conferiram o caráter de autoridade pela decisão do uso do Plano como instrumento de gestão.

A decisão coletiva aconteceu estimulada pelo processo participativo de elaboração do PMS 2006-2009, e posteriormente pela pactuação da proposta de acompanhamento da implantação do Plano no colegiado de gestão do âmbito central da SMS. Os participantes deste colegiado desempenharam papéis importantes, porém divergentes em relação ao processo: alguns atuaram no sentido de estimular junto à suas equipes a utilização do Plano como instrumento de gestão, enquanto outros mantiveram uma postura de indiferença e/ou resistência ao processo.

Os resultados apontaram para a existência na organização de defensores da proposta de utilização do Plano como tecnologia de gestão. A principal liderança deste processo estava representada pela equipe da ASTEC, que garantiu a continuidade do processo de acompanhamento do Plano na SMS mesmo nos momentos de maior instabilidade da organização. Desta forma, a equipe atuou na perspectiva apontada pela proposta de monitoramento do plano.

(...) o papel de *facilitador* da aprendizagem, cabendo a mesma a função de analisar e, em parte, neutralizar os fenômenos de poder, de competição, de luta pela distinção, diferença ou classificação, buscando dentro do possível, antecipar, canalizar e integrar o seu procedimento. (p.7)⁶⁵.

O papel da ASTEC foi reconhecido como um facilitador do processo de incorporação do Plano bem como a existência da *cooperação técnica ISC/UFBA/SMS*. A atuação desses defensores sustentou a introdução da prática de utilização do Plano como tecnologia de gestão, confirmando a hipótese deste estudo de que a presença de tal figura na organização facilitaria o processo na medida em que mobilizaria recursos de poder de forma a vencer as resistências e indiferenças dos sujeitos.

O poder pode ser assumido enquanto relação e/ou capacidade (Testa,2006) e em ambos os casos, deve ser acionado para poder cumprir seu papel mobilizador. Os poderes políticos e técnicos⁶⁶ dos defensores contribuíram para o processo desenvolvido na SMS, pois no papel de facilitadores fizeram uso do seu conhecimento técnico na área de planejamento e gestão e de sua capacidade de mobilização dos sujeitos da organização.

Ainda que os defensores identificados tenham apresentado determinado poder decorrente da função exercida na organização, Rogers (2003) chama a

⁶⁵ PAIM,J.S. & VIANA,S.V. Proposta de metodologia de apoio à implantação do Plano Municipal de Saúde (2006-2009). Salvador, 2006, p.45.

⁶⁶ Testa (1995) identifica três tipos de poder nas organizações do setor saúde: o poder técnico, definido a partir dos conhecimentos que se utilizam em qualquer dos níveis do setor saúde; o poder administrativo, que corresponde às atividades enquanto processo que maneja recursos, principalmente o financiamento; e o poder político, enquanto capacidade de mobilizar grupos sociais, funcionando para a defesa dos interesses dos diversos grupos interessados no setor.

atenção de que as habilidades pessoais podem ser mais importantes do que o poder⁶⁷. Certas qualidades das lideranças são importantes para aqueles que pretendem atuar como defensores da inovação ou, no caso estudado, da incorporação da tecnologia, conforme apresentado pelo autor após a análise de estudos envolvendo a adoção de inovação em organizações de saúde.

The important qualities of champions were that they (1) occupied a key linking position in their organization, (2) possessed analytical and intuitive skills in understanding various individuals' aspirations, and (3) demonstrated well-honed interpersonal and negotiating skills in working with other people in their organization. (Rogers,2003,p.415)⁶⁸

Essas qualidades estiveram presentes nos defensores identificados na SMS, e facilitaram o seu trabalho de iniciar o processo de incorporação do Plano e orientá-lo pelas fases da implementação (reestruturação, tradução e rotinização).

Apesar da posição estratégica dos defensores para a incorporação de tecnologias, a participação dos demais sujeitos da organização não pode ser desprezada, pois afinal de contas os defensores têm antes de tudo um papel de facilitadores e disparadores do processo. Rogers (2003) traz alguns elementos que reforçam a importância da participação para a sustentabilidade da inovação na organização:

One important factor in explaining the degree to which an innovation is SUSTained by an organization is *participation*, defined as the degree to which members of the organization are involved in the innovations process. If many of an organization's members participate in designing, discussing, and implementing an innovation, its SUSTainability over time is more likely. If the innovation-decision is an authority decision, with only one or few powerful individuals involved, and if these authorities happen to leave the organization, SUSTainability of the innovation is at risk. (Rogers,2003,p.429)⁶⁹

⁶⁷ Rogers (2003) entende o poder enquanto atributo relacionado ao cargo ou função ocupada por um sujeito dentro da organização, diferenciando-se desta maneira da definição de Testa (1995).

⁶⁸ “As qualidades importantes dos defensores foram que eles (1) ocuparam uma posição estratégica em suas organizações, (2) possuíram habilidades analíticas e intuitivas para entender as diversas aspirações individuais, e (3) demonstraram bom desenvolvimento de habilidades interpessoais e de negociação trabalhando com outras pessoas em suas organizações.”

⁶⁹ “Um importante fator de explicação do grau no qual uma inovação é sustentada por uma organização é a participação, definida como o grau com que os membros da organização foram envolvidos no processo de inovação. Se muitos membros da organização participam

Portanto, quando o processo não é assumido pelo coletivo da organização, mas somente por algumas lideranças, a saída desses indivíduos traz sérias ameaças à manutenção do mesmo. Considerando a ausência de Plano de Cargos Carreira e Salários da SMS de Salvador, o que dificulta a estabilidade do quadro de servidores capacitados, e a frequência com que ocorreram mudanças na gestão durante o período analisado, foi possível concluir que esses elementos identificados no material produzido realmente atuaram como dificultadores do processo de incorporação do Plano.

A participação ocorrida durante a fase de elaboração do Plano pode ter garantido o apoio das equipes ao processo de acompanhamento de sua implantação. A manutenção deste apoio coube às respectivas coordenadorias da SMS, que deveriam continuar envolvendo suas equipes nesse processo, porém nem todas cumpriram esta determinação, o que pode explicar o pouco envolvimento de determinadas equipes durante a fase de implementação. A saída de determinadas lideranças capacitadas durante o acompanhamento do Plano bem como de alguns defensores da tecnologia colocou sob risco o processo de incorporação do Plano.

A fase de **implementação** compreendeu os estágios consecutivos a decisão de acompanhar o processo de implantação das ações do Plano. A metodologia desenvolvida neste processo possibilitou que a área de planejamento da SMS realizasse de alguma maneira a gestão do Plano, pautando nas reuniões do colegiado a discussão dos inibidores da implantação das ações, bem como o acompanhamento das estratégias pactuadas em grupo.

Cecílio (1997) defende a gestão do Plano como estratégia para garantir a sua implementação, o que requer a criação de um sistema de alta responsabilidade no sentido desenvolvido por Matus. Para ele, alguns rearranjos institucionais seriam necessários para a execução do Plano.

desenhando, discutindo, e implementando a inovação, sua sustentabilidade ao longo do tempo será melhor. Se a decisão pela inovação é uma decisão da autoridade, com apenas um ou poucos indivíduos com poder envolvidos, e se aquelas autoridades deixam a organização, a sustentabilidade da inovação encontra-se sob risco.”

(...) a) Gestão colegiada do plano com a participação da direção superior e das gerências intermediárias; b) Organização das pautas das reuniões do colegiado, de forma que apenas as importâncias sejam trabalhadas, ou seja, não haja uma distração com problemas emergenciais; c) Envolver as gerências formais com as operações que lhes são pertinentes (...) (Cecílio, 1997, p.167)

Ainda que a SMS tenha trabalhado nessa perspectiva apontada pelo autor, a organização operava sob um sistema de baixa responsabilidade dada às características do seu Triângulo de Ferro.

Os resultados referentes à configuração do Triângulo de Ferro da SMS apontaram para a importância da agenda do dirigente na configuração da demanda pelo planejamento na fase de iniciação do processo. Os problemas identificados e os objetivos definidos no Plano Municipal de Saúde freqüentaram a agenda do dirigente nos primeiros anos da gestão, o que facilitou o desenvolvimento da proposta de monitoramento da implantação do Plano. Entretanto, por ocasião da fase de implementação, o foco e o tempo do dirigente estavam concentrados nos problemas da gestão, a exemplo daqueles decorrentes do processo de finalização do contrato com a Real Sociedade Espanhola e da crise financeira da Prefeitura, bem como na resposta às pressões externas sofridas pela SMS. Desta maneira, houve a redução da demanda pelo planejamento das ações.

A análise do referido Triângulo apontou também para a fragilidade do sistema de petição e prestação de contas, comprometendo desta forma o desempenho dos demais sistemas de trabalho na medida em que a SMS operava sob baixa responsabilidade. Conforme os resultados apresentados, as discussões do colegiado de gestão estimulavam a responsabilização das coordenadorias e suas equipes, porém numa organização caracterizada por forte verticalização e grande fragmentação, a cobrança do dirigente seria de fundamental importância. No entanto, não havia cobrança sistemática por desempenho por

parte do gestor, logo a grande maioria das equipes sentia-se desobrigada a cumprir com suas responsabilidades⁷⁰.

No hay demanda por creatividad, reformas organizativas y planificación si no hay demanda por evaluación del desempeño.(Matus,2007b,p.179)

As características do Triângulo de Ferro da organização são importantes, pois a fase de implementação do processo de incorporação requer a existência de um sistema de direção estratégica de alta responsabilidade (Matus,2007b), o que não foi verificado no caso em estudo. Além disso, Matus (2007a) considera que a despeito da capacidade pessoal do dirigente, a ausência do sistema de petição e prestação de contas pode trazer sérios prejuízos a qualidade da gestão.

(...) Buenos y calificados dirigentes pueden fracasar em um juego com reglas de baja responsabilidad. Em cambio, dirigentes mediocres pueden tener êxito relativo em um juego macroorganizativo de alta responsabilidad. (Matus,2007a,p.331)

A perícia dos dirigentes da SMS ficou limitada pelas práticas de trabalho da organização. Caso eles tivessem apoiado mais as iniciativas desenvolvidas na SMS e que apresentavam a potência de responsabilizar as equipes de trabalho, a exemplo dos colegiados de gestão e do processo de acompanhamento do Plano, as mudanças operadas na organização teriam maior visibilidade.

Os resultados apontaram para baixa governabilidade da SMS, expressa na fragilidade do apoio político ao seu projeto de governo e na dificuldade de relação da gestão, seja com a câmara de vereadores, com a mídia, assim como parte do conselho municipal de saúde. O próprio executivo municipal criou certos estrangulamentos para a gestão da saúde, na medida em que a SMS não controlava os recursos da fonte do tesouro, o que dificultava o cumprimento dos compromissos assumidos, resultando em paralisações dos

⁷⁰ Uma das evidências que corroboram esta afirmação era a dificuldade que a equipe de monitoramento tinha em agendar os encontros com determinados técnicos e/ou coordenações para discussão dos facilitadores e inibidores das ações sob sua responsabilidade, sendo necessários inúmeros contatos para o agendamento das visitas.

profissionais terceirizados motivadas pelos atrasos de pagamentos, a ausência de manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos da rede e abastecimento irregular de materiais e insumos.

Esta situação deixou a SMS vulnerável às pressões externas, exercendo certa influência no processo de incorporação do Plano, ao determinar a agenda do dirigente. O contexto de baixa governabilidade da SMS também foi apontado no estudo de Soares (2007), sendo atribuído em parte à ausência de autonomia financeira, identificada pela autora como um dos obstáculos à implantação da Política Nacional de Saúde Bucal no município de Salvador.

O processo de incorporação do Plano não se deu de forma homogênea na SMS, pois as diversas coordenadorias se apresentavam em fases distintas do processo. A diferença no desempenho das equipes parece ter tido relação com a postura do (a) coordenador (a) frente à utilização do Plano como tecnologia de gestão. Em algumas áreas havia demanda por planejamento das ações enquanto em outras predominava o atendimento às demandas. Coelho & Paim (2002) identificaram situação semelhante na SESAB, onde alguns setores tiveram uma atuação contra-hegemônica ao operarem orientados pelo que havia sido planejado.

Por ocasião da quarta etapa de acompanhamento do Plano, algumas coordenadorias da SMS encontravam-se na fase de tradução, quando o uso do Plano havia se difundido de tal maneira que seu significado gradualmente havia se tornado claro para as equipes de trabalho, a exemplo do ocorrido na ASTEC, na ASPERS, na COSAM e em parte no CDRH. No entanto, outras coordenadorias encontravam-se mais atrasadas, a exemplo da CAD e também da COAPS.

A CAD foi identificada pelo conjunto dos atores da SMS como a coordenadoria que apresentou mais resistência em relação ao acompanhamento do PMS, comprovada na dificuldade de agendar as visitas de verificação assim como na ausência de seus integrantes durante as oficinas de trabalho. Entretanto, com a mudança na condução tanto da CAD quanto do NGI, foram feitos avanços

importantes no sentido de valorizar o planejamento das ações e, particularmente a incorporação do Plano.

Apesar das questões apresentadas, os resultados indicaram que no período do estudo o processo não chegou à fase de rotinização, também conhecida como institucionalização, quando o Plano Municipal de Saúde seria incorporado nas atividades regulares da organização. O processo não chegou a essa fase, embora não se possa concluir que o investimento feito pela organização para incorporação do Plano como tecnologia de gestão tenha sido perdido. Os esforços empreendidos nos últimos anos voltados para tornar a SMS “uma organização que aprende” poderiam resultar num período de observação maior, numa incorporação mais orgânica do planejamento nas atividades regulares dessa organização.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O caso analisado por este estudo resultou da experiência coletiva dos sujeitos da Secretaria Municipal de Saúde de Salvador, e nesse sentido, o processo de incorporação do Plano também foi vivenciado pela pesquisadora enquanto integrante do quadro de servidores da SMS. Esta inserção, ao tempo em que se constituiu em um elemento facilitador para o desenvolvimento do estudo, também requereu maior vigilância dada a possibilidade de vieses.

O observador tem o problema de tentar evitar ver apenas as coisas que estão de acordo com suas hipóteses implícitas ou explícitas (...) interagindo com aqueles que estuda em bases de longo prazo, acaba por conhecê-los como companheiros (...) além de como objeto de pesquisa; portanto, é difícil para ele evitar sentimentos de amizade, lealdade e obrigação, os quais o fazem querer proteger alguns membros do grupo, e assim não ver aqueles eventos que os tornariam passíveis de crítica. (Becker, 1994, p.121)

Uma das dificuldades encontradas durante o estudo foi o fato da função participante da pesquisadora exigir, muitas vezes, mais atenção em relação à função de observadora, dificultando o registro de algumas anotações ou mesmo a análise de situações vivenciadas sob perspectivas diferentes, como poderia fazer um observador distante⁷¹ (Yin, 2005).

A experiência da SMS de Salvador permitiu a identificação dos seguintes facilitadores da incorporação do Plano como tecnologia de gestão:

- a) Existência de defensores da tecnologia, sendo responsáveis pela divulgação do Plano Municipal de Saúde e mobilização das equipes de trabalho em torno do planejamento das ações da SMS;
- b) Existência de um processo sistemático de acompanhamento da implantação do PMS, reunindo na proposta metodológica o *pólo de intervenção ao pólo de avaliação formativa* dos sujeitos envolvidos neste processo, constituindo-se assim em uma ação de educação permanente;

⁷¹ Foi necessário grande esforço de distanciamento a fim de evitar as noções preconcebidas, e nesse sentido procuraram-se sempre evidências de provas contraditórias aos achados iniciais. Os momentos de discussão com o professor orientador foram muito importantes nesta busca pela objetividade.

c) Realização de cooperação técnica com a Universidade, permitindo desta forma que o processo de elaboração e acompanhamento do PMS se beneficiasse do aporte conceitual e metodológico propiciado pelos consultores durante o período analisado.

Igualmente, foi possível a identificação de alguns elementos dificultadores deste processo na SMS:

- a) A existência de um triângulo de ferro da gestão caracterizado pela fragilidade do sistema de petição e prestação de contas por desempenho, a agenda do dirigente que ora valorizava o planejamento das ações ora era marcada pela improvisação e domínio da crise, e uma gerência que não pode ser definida por operações e sim pelo manejo rotineiro e com pouca criatividade dos processos de trabalho da SMS;
- b) Fragilidade na capacidade das coordenadorias para utilização do planejamento como tecnologia de gestão, sendo agravada pela inserção de novos integrantes na equipe de gestão sem experiência prévia no setor público e desconhecimento dos princípios e diretrizes do SUS;
- c) Falta de constituição de técnicos de referência nas diversas coordenadorias da SMS para as atividades de planejamento e avaliação, o que garantiria a formação de parceiros estratégicos para a equipe da Assessoria Técnica;
- d) Concentração do processo de acompanhamento do PMS nas coordenadorias do âmbito central da SMS, reproduzindo desta maneira o caráter verticalizado da organização.

Desta forma, foi verificada a hipótese do estudo de que a conformação do triângulo de ferro da SMS dificultou a incorporação do Plano como tecnologia de gestão, na medida em que trouxe obstáculos ao desenvolvimento de novas práticas, a exemplo da institucionalização do planejamento. Por outro lado, a atuação dos defensores da tecnologia contribuiu para a conquista dos diferentes estágios do processo de incorporação alcançados pela organização.

A SMS, enquanto aparelho de Estado, sofre a determinação da história, recolhendo em sua forma concreta, outras determinações sociais, culturais, políticas e econômicas (Testa,2006).

Em consecuencia, el análisis de las organizaciones que existen en un momento histórico dado nos habla, indirectamente, de esas otras determinaciones procedentes del pasado, junto a las que devienen del momento presente. Esa doble determinación, histórica y actual, da cuenta de la forma permanente o estructura organizacional estable, al mismo tiempo que su funcionalidad, su adecuación a necesidades del momento, su permanente requisito de legitimación y, em consecuencia, su posible variabilidad. (Testa,2006,p.112)

Para o autor, o enfoque estratégico do planejamento pode cumprir o objetivo de promover um deslocamento de poder, ou seja, o método pode ajudar a constituir organizações capazes de intervir na história, equilibrando as relações entre a história e a organização. Desta maneira, haveria a produção de relações de determinação recíproca, implicando finalmente na possibilidade da organização determinar os propósitos de governo na direção da mudança.

A incorporação do Plano como tecnologia de gestão aponta na direção da mudança das práticas de trabalho, assim como da constituição de sujeitos implicados técnica e politicamente no trabalho da gestão, e, portanto, capazes não apenas de mudar a organização como construir a própria história.

Cambiar las organizaciones es cambiar a los hombres, em sus conocimientos, em sus valores y em sus prácticas. Reformar o revolucionar el aparato público es um cambio cultural de grandes proporciones. No obstante, es posible. Exige combinar valores, entrenamiento sobre nuevos conocimientos y prácticas de trabajo contradictorias com el pasado. Para que sea posible, es necesario crear um nuevo marco teórico capaz de darle rigor y estímulo a las nuevas ideas y las nuevas prácticas. El primer paso es proponérselo. (Matus,2007b, p. 62)

Logo, para que a utilização do Plano constitua-se em prática rotineira em uma organização, ou seja, alcance o estágio de institucionalização, faz-se necessário investir nos sujeitos operadores desta mudança. Nesse sentido, recomenda-se a promoção de espaços de educação permanente dos profissionais e trabalhadores da saúde e a definição de Plano de Cargos, Carreiras e Vencimentos.

As evidências encontradas nesta pesquisa apontam também para a importância da cooperação técnica com a Universidade, que além de favorecer a capacitação dos sujeitos, permitiu a transferência de tecnologia entre as organizações. A experiência de Salvador indica que a existência do processo sistemático de acompanhamento da implantação do Plano, resultou em benefícios para o aprendizado organizacional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARROS, M.E.; PIOLA, S.F. & VIANNA, S.M., 1996. **Políticas de Saúde no Brasil, Diagnóstico e Perspectivas**. In: Textos para Discussão, n. 401. Brasília: IPEA.

BECKER, H. **Evidências de trabalho de campo**. In: Métodos de pesquisa em ciências sociais. São Paulo: HUCITEC, 1994, p.65-99.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Organização e funcionamento do Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS)**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Ciência e Tecnologia em Saúde**. Brasília: CONASS, 2007. 166p (Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, 4).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Ciência, tecnologia e inovação em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008a. 24 p. : il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

BRASIL. Ministério da Saúde. SAS – Departamento de Atenção Básica. **Evolução do credenciamento e implantação da Estratégia Saúde da Família**. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/localiza/localiza_cadastro_ret.php Acesso em dezembro 2008 b

BRUYNE, HERMAN & SCHOUETTE. **Dinâmica da Pesquisa em Ciências Sociais: os pólos da prática metodológica**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1977. Cap.7 e 8. pp.201-251

CAETANO, R. & VIANNA, C.M. de M. **Processo de incorporação tecnológica em saúde: uma análise a partir da organização industrial**. Cadernos Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 14 (1):95-112, 2006

CARMO, D. A *et al.* **Planejamento Municipal de Saúde: A Experiência de Salvador em 2005-2006**. In: 8º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva e 11º Congresso Mundial de Saúde Pública, 2006, Rio de Janeiro. Anais do 8º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva e 11º Congresso Mundial de Saúde Pública, 2006.

CARMO, D. A. do. **Gestão colegiada do SUS municipal: a experiência da SMS de Salvador 2005-2006**. Relato de experiência no XX Congresso Brasileira de Enfermagem, Brasília, 2007.

COELHO,T.C.B & PAIM, J.S. **Processo decisório e praticas de gestão: dirigindo a Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, Brasil**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 21 (5): 1373 – 1382, setembro-outubro, 2005

LOTUFO, M. **Gestão Pública em Saúde: Análise da Capacidade de Governo da Alta Direção da SES – Mato Grosso em 2001**. Salvador, 2003. 151 p.Tese (Doutorado) -Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia.

MATUS,C. **Adiós, Señor Persidente**.1ªed. Remedios de Escalada: Universidad Nacional de Lanús, 2007a,368p.

MATUS,C. **Los três cinturones del gobierno**. 1ª ed. San Justo: Universidad Nacional de La Matanza, 2007b,220p.

MATUS,C. **Política, planejamento & governo**. 3ª ed. Brasília:IPEA, 1997

MENDES GONÇALVES, R.B. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo**. Editora HUCITEC,São Paulo,1994,279p.

MERHY, E.E. **Planejamento como tecnologia de gestão: tendências e debates do planejamento em saúde no Brasil**. In MERHY, E.E.& ONOCKO,R. Agir em saúde: um desafio para o público. Editora Hucitec-Lugar Editorial, 1997, p.385.

PAIM,J.S.**Aspectos críticos da institucionalização da planificação em organizações públicas de saúde**. In PAIM,J.S. Saúde, Política e Reforma Sanitária. CEPS-ISC,Salvador, 2002a,p.447.

PAIM,J.S.**Burocracia e aparato estatal: implicações para a planificação e implementação de políticas de saúde**. In PAIM,J.S. Saúde, Política e Reforma Sanitária. CEPS-ISC,Salvador, 2002b,p.447.

PAIM, J.S. **Planejamento em saúde para não especialistas**. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; MINAYO, Maria Cecília de Souza; AKERMAN, Marco; DRUMOND Júnior, Marcos; CARVALHO, Yara Maria de. Tratado de saúde coletiva. Rio de Janeiro, Hucitec;Fiocruz, 2006., 871p.

PEREZ,G. **Adoção de inovações tecnológicas:um estudo sobre o uso de sistemas de informação na área de saúde**.Tese de doutorado apresentada ao Departamento de Administração da Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade da USP,São Paulo,2006,227p.

QUEIROZ,A C S.**Novas tecnologias e inovação organizacional:estudos de caso para analisar a relevância da variável confiança nos processos de implementação de tecnologia em um hospital privado**. Tese de doutorado apresentada ao Curso de Pós-Graduação da EAESP/FGV, São Paulo,2003,290p.

RIVERA, F.J.U. **A gestão situacional (em saúde) e a organização comunicante.** Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 12(3):357-372, julho-setembro, 1996

ROCHA, A.A.R. de M. **O planejamento no cotidiano de uma instituição hipercomplexa: o caso da SES Sergipe.** Salvador, 2008. 156 p. Tese (Doutorado) - Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia.

ROGERS, E.M. **Diffusion of innovations.** 5th edition. The Free Press, New York, 2003, 551p.

TESTA, M. **Pensar em salud.** 1ed. 3 reimp. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2006, 240p.

TRINDADE, E. **A incorporação de novas tecnologias nos serviços de saúde: o desafio da análise dos fatores em jogo.** Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24(5):951-964, mai, 2008

TRINDADE, E. **Incorporação e avaliação de novas tecnologias no sistema de serviços de saúde brasileiro: estudo de caso na área de cardiologia.** Tese de doutorado apresentada à Faculdade de Medicina da USP, São Paulo, 2006, 315p.

SILVA, L.K. **Avaliação tecnológica e análise custo-efetividade em saúde: a incorporação de tecnologias e a produção de diretrizes clínicas para o SUS.** Revista Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 501-520, 2003

SOARES, C.L.M. **A Política Nacional de Saúde Bucal no âmbito local.** Salvador, 2007, 150p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia.

VIANA, A L D, *et al.*, **Mudanças significativas no processo de descentralização do sistema de saúde no Brasil.** Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 18 (Suplemento):139-151, 2002

VILASBOAS, A .L.Q. **Prática de planejamento e implementação de Políticas de Saúde no âmbito municipal.** Salvador, 2006. 129 p. Tese (Doutorado em Saúde Pública)-Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia.

VILASBOAS, A .L.Q. & PAIM, J.S. **Prática de planejamento e implementação de políticas no âmbito municipal.** Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24 (6): 1239-1250, junho, 2008.

YIN, R.K. **Estudos de caso: planejamento e métodos.** 3^aed. Porto Alegre: Bookman, 2005

Apêndice A – Matriz de análise

Dimensão	Subdimensão	Critérios			
Projeto de Governo	Abrangência do Plano Municipal de Saúde	Identificação dos problemas do Estado de Saúde da população e do Sistema de Saúde.			
		Coerência interna entre os problemas identificados e as operações desenhadas (objetivos e ações).			
		Coerência interna do PMS com os princípios do SUS e com as propostas do governo municipal.			
Capacidade de Governo	Perícia do dirigente = características individuais da liderança	Formação na área de saúde coletiva do dirigente.			
		Participação do dirigente em partidos políticos, sindicatos, conselhos de classe, movimentos sociais, etc.			
		Experiência do dirigente em função de gestão/gerência.			
	Macropráticas de trabalho (Triângulo de ferro)	Uso do tempo e foco de atenção do dirigente.			
		Cumprimento dos compromissos assumidos e validamente declarados.			
		Conversão dos módulos do plano em módulos de gerência.			
	Desenho organizacional = características internas da organização	Centralização			
		Complexidade			
		Formalização			
		Interconectividade			
Folga organizacional					
Governabilidade (características externas organização) da	Apoio político ao projeto de governo da SMS.	Apoio do poder executivo municipal.			
		Apoio do poder legislativo			
		Apoio do Conselho Municipal de Saúde			
		Apoio da mídia			
	Autonomia administrativa e financeira da Secretaria Municipal de Saúde	Gestão dos recursos materiais			
		Gestão dos recursos humanos em saúde			
		Gestão dos recursos financeiros do FMS			
	Relação com outros gestores (municipal, estadual, federal)	Projetos aprovados e financiados pelo Ministério da Saúde.			
		Projetos aprovados e financiados pela SESAB.			
	Agenda-setting	Associação	Redefinição	Tradução	Rotinização



Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Rua Basílio da Gama, s/nº, Campus Universitário
Canela - Salvador - Bahia, Brasil 40110-040
Tel (071)3263.7400 - FAX (071) 3263.7460

Apêndice B – Ofício para solicitação de anuência da SMS

Salvador, 17 de outubro de 2008

Senhor Secretário,

Venho através deste solicitar autorização de VS^a para utilizar os documentos produzidos nesta Secretaria Municipal de Saúde, em cooperação técnica com o Instituto de Saúde Coletiva/UFBA, no projeto de pesquisa de mestrado em Saúde Coletiva de minha autoria, sob orientação do prof. Jairnilson Silva Paim.

O referido projeto tem por objetivo analisar o processo de incorporação do Plano Municipal de Saúde como tecnologia de gestão na Secretaria Municipal de Saúde de Salvador e constituiu-se no *pólo investigativo* da proposta de metodologia de apoio à implementação do PMS 2006-2009, produto de cooperação técnica SMS/ISC/UFBA. A coleta de dados implicará na realização de análise dos documentos institucionais da SMS, particularmente os relatórios da consultoria, e do registro em diário de campo da pesquisadora.

Vale ressaltar, que sou servidora municipal e integro a equipe da Assessoria Técnica – ASTEC desta SMS desde o ano de 2005, e desta forma participei de todo o processo de elaboração e implementação do Plano Municipal de Saúde 2006-2009. Certa de contar com vossa compreensão, desde já agradeço a atenção dispensada e coloco-me à disposição de VS^a para esclarecimento de eventuais dúvidas.

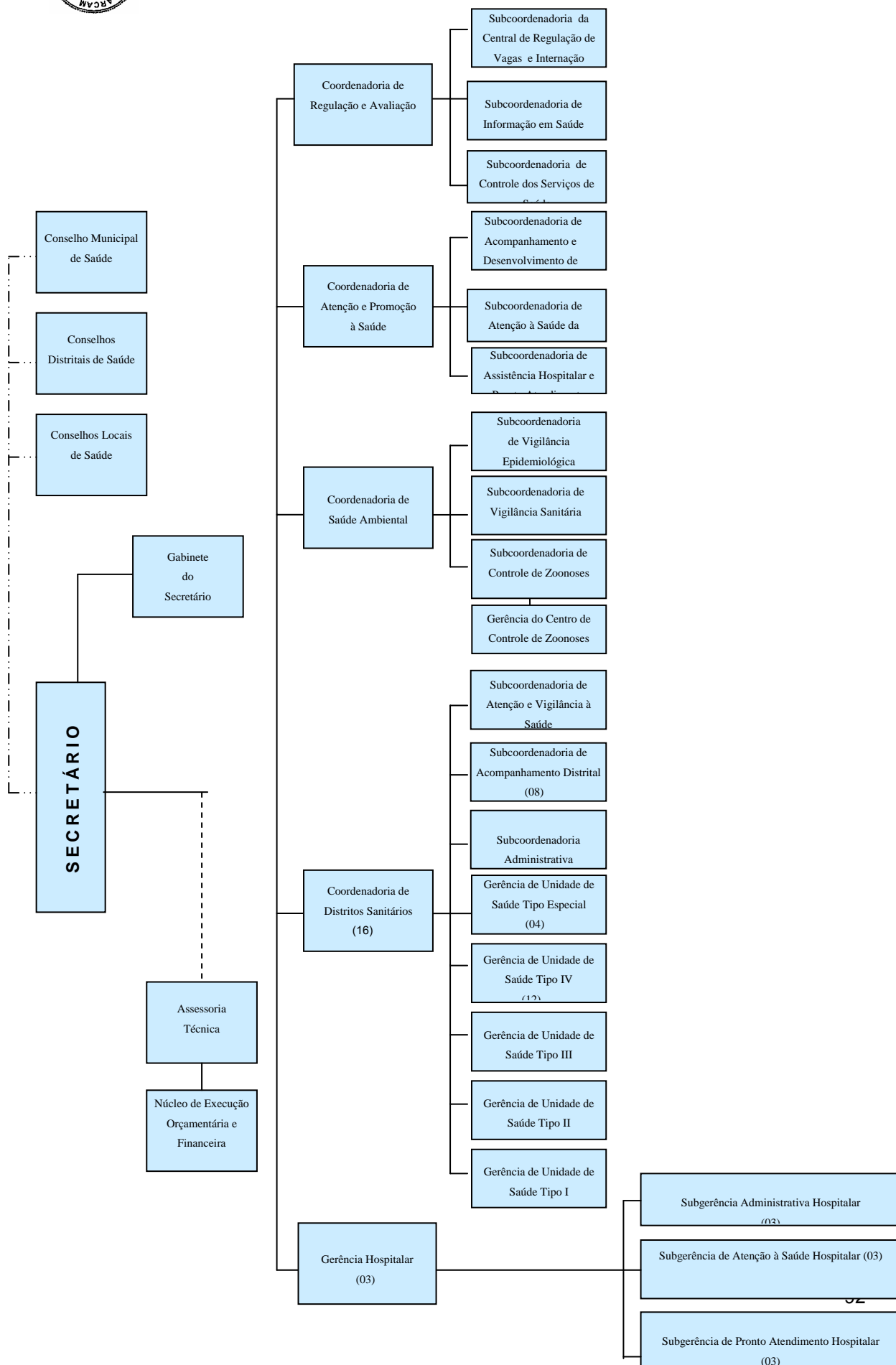
Atenciosamente,

Sara Cristina Carvalho Cerqueira



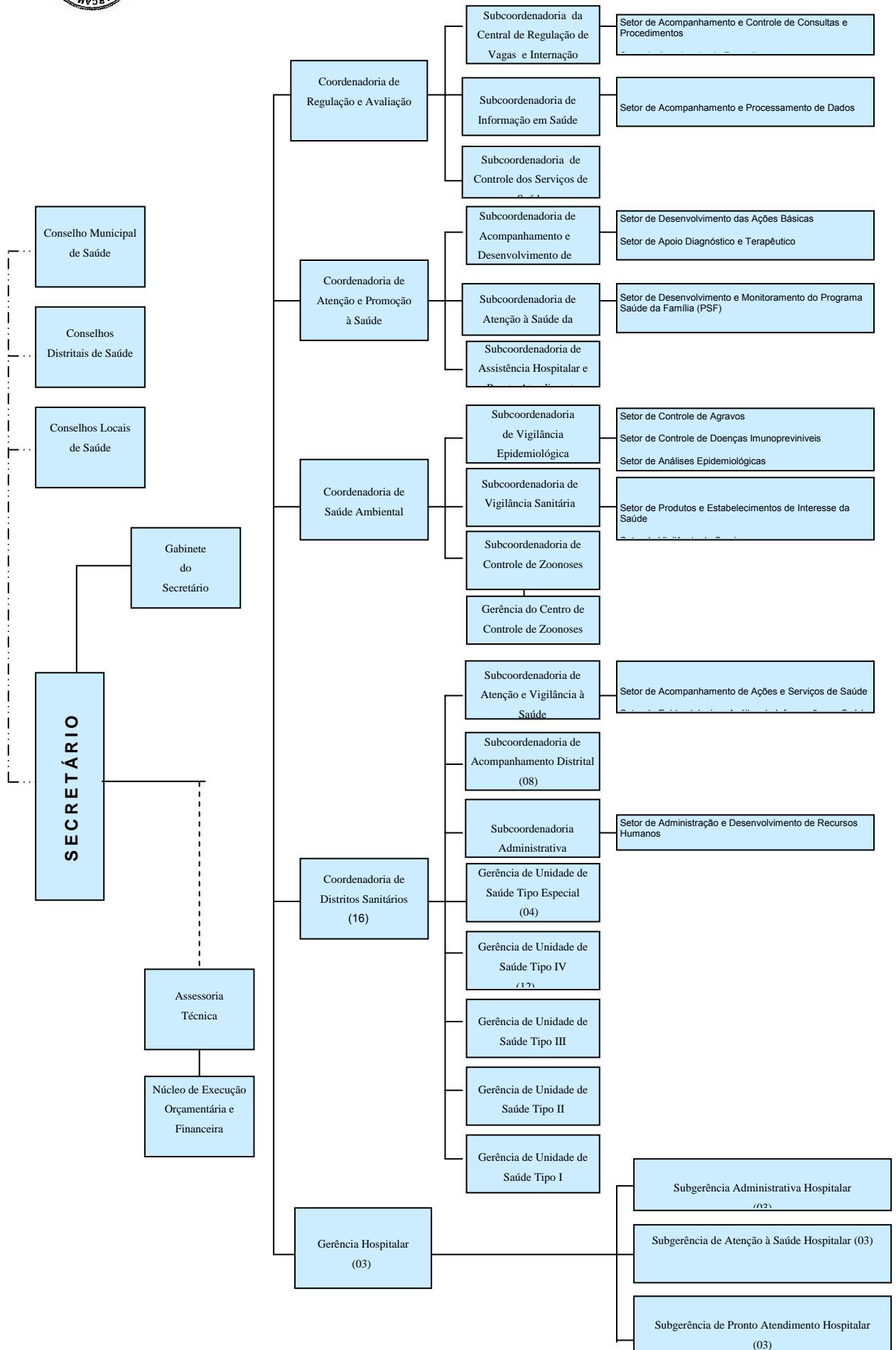
Anexo A

ESTRUTURA ORGANIZACIONAL SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE - SMS





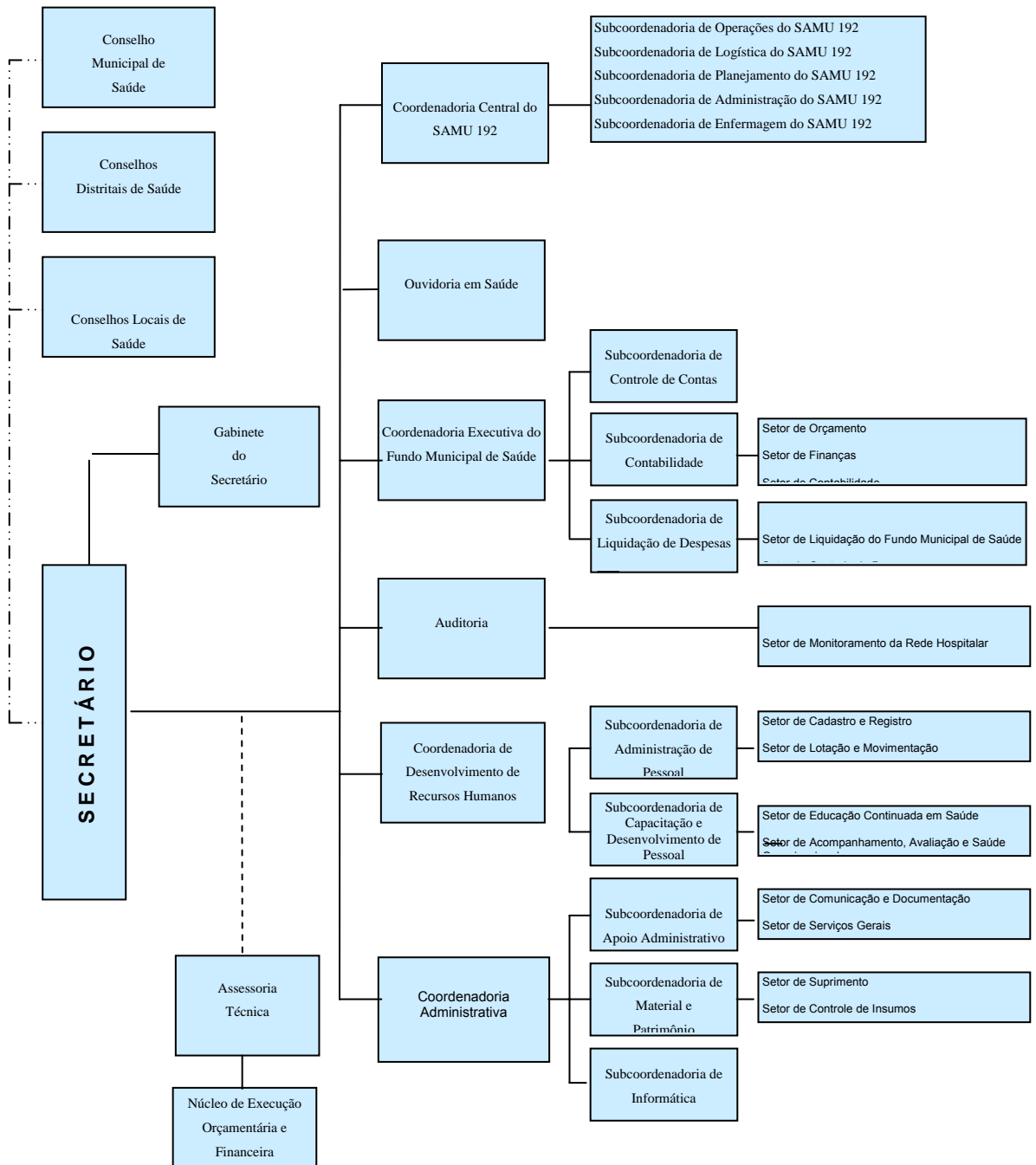
ESTRUTURA ORGANIZACIONAL SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE - SMS





ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE - SMS



Base Legal:
 Leis nºs 5.845/2000, 6.085/2002 e 6.729/2005
 Decreto n.º 13.661/2002

Legenda:
 Subordinação Administrativa _____
 Assessoria - - - - -
 Colegiado de Deliberação Superior

Anexo C – Registro das entrevistas de acompanhamento da implantação do PMS 2006-2009 por etapa

Facilitadores e Inibidores da Implantação do PMS 2006 / 2009 (1º e 2º Etapa)

MÓDULO OPERACIONAL I: PROMOÇÃO E VIGILÂNCIA À SAÚDE

Nº DA AÇÃO	NOV/DEZ/2006		ABR/JUN/2007	
	Facilitadores	Inibidores	Facilitadores	Inibidores
01				
02				
03	Os distritos sanitários já estão implementando a ação nº 1 do plano que se articula com este sentimento de autonomia para a realização do trabalho.	Fragilidade dos distritos sanitários	Levantamento realizado pelos DS como tarefa do curso de especialização; Alguns DS já estão com os conselhos de saúde implantados; Parceria com a SET.	Fragilidade dos distritos sanitários; Fragilidade da educação continuada
04	Implantação dos conselhos locais e distritais; Investimento em capacitação para a gestão local em saúde; Implantação da vigilância ambiental	Os distritos sanitários não se reconhecem na vigilância sanitária; Baixa cobertura do PSF	Descentralização de algumas ações de vigilância ambiental a exemplo da água e do acompanhamento do plano de gerenciamento de resíduos sólidos - PGRSS A experiência do Distrito Sanitário de Itapuã poderá ser inspiradora para o nível central e outros DS	A vigilância ambiental ainda não foi descentralizada; Falta de interação entre as vigilâncias; Baixa cobertura do PSF.
05	Já existe experiência na SMS; Já existe recurso alocado; Envolvimento com os distritos sanitários no planejamento da ação	Fragilidade da intersetorialidade	Parceria firmada com a UNIME; Perspectiva de convênio com a UNIME; Existência de recursos para a ação; Algumas unidades já implantaram a ação	Recursos limitados para a continuidade da ação
06	Obs: ação a ser implementada a partir de 2008*		A ação integra a programação de 2007; Previsão de reuniões para o planejamento da ação sob a liderança da COAPS.	Volume de trabalho na SMS. Falta de clareza sobre as linhas e diretrizes de atuação. Retardo da pesquisa do MS (pense)

			Encontro de técnicos para discutir a ação; Perspectiva de pesquisa do MS com as escolas;	
07	Curso de especialização para gestores; Reunião do colegiado de gestão		Reunião do colegiado de gestão; Compromisso da equipe e dos coordenadores dos DS; Realização da feira o SUS na praça; Experiência de planejamento compartilhado para realização da feira.	Limitação de recurso na fonte 00 em especial; Falta de equipamentos (computador, scanner, filmadora, máquina fotográfica) e mobiliário; Falta de transporte e de combustível
08	Curso de especialização para gestores; Reunião do colegiado de gestão	O CCZ é mal gerenciado. O modelo de gerência é hierarquizado, rígido e fragmentado.	Mudança de gestão no CCZ; Discussão sobre material educativo;	Resistência de alguns setores à nova gestão; Fragmentação das ações educativas dos agentes de endemia; Os recursos do CCZ são destinados ao pagamento de salário deixando as ações educativas sem recursos.
09	Divulgação pela mídia; Demanda da sociedade; Experiências existentes; Parcerias com outros órgãos	Falta de recurso financeiro; Ausência de site ou outra ferramenta de divulgação	Parcerias com a secretaria de educação e cultura, o ministério público, o CREMEB e com os conselhos regionais de farmácia, medicina, odontologia e veterinária. Apoio da coordenação de comunicação para a ação. Elaboração e estratégia de divulgação dos materiais; Previsão de capacitações e atividades educacionais	Falta de critérios e/ou indicadores para mensurar a ação Participação limitada do conjunto dos atores na gestão dos recursos financeiros
10	Cooperação técnica com Universidades; Presença de nutricionista nos distritos sanitários; Aproximação com a secretaria de	Fragilidade técnica Ação centralizada nas mãos de um técnico; Pouca ou insuficiente articulação com as demais	Previsão de convênio com a ENUFBA e/ou outras instituições; Recursos financeiros destinados à ação	Insuficiência de aliados para a ação

	educação – MEC Na PPI da baixa complexidade já está previsto a vigilância em escolas e creches	áreas técnicas, a exemplo da hipertensão, diabetes, tuberculose, saúde da mulher e da criança.		
11		Falta de fonte financiadora para a ação	Recebimento de recurso RENAST; Aluguel de casa para o CEREST;	Demora da reforma da casa; Falta de equipamentos, a exemplo de computadores; Falta de estrutura física para a ação
12	Capacitação dos técnicos em vigilância ambiental; Previsão da divulgação do trabalho da vigilância ambiental; Apoio das subcoordenações da COSAM Equipe do nível central constituída por 12 técnicos	Inexistência de espaço físico e logística de trabalho, de materiais de consumo, de equipamentos e de comunicação; Desconhecimento das atividades da vigilância ambiental por parte das parcerias	Campanha da água em 04 escolas envolvendo 04 distritos sanitários; Articulação com a secretaria de educação para divulgação da vigilância ambiental; PPI como instrumento de gestão da vigilância ambiental; Reuniões realizadas com os DS; Elaboração e divulgação de material didático sobre água, solo e ar; Apoio da coordenação de comunicação e educação em saúde Capacitação dos técnicos em vigilância ambiental; Previsão da divulgação do trabalho da vigilância ambiental; Apoio das subcoordenações da COSAM Equipe do Nível central constituída por 12 técnicos	Inexistência de espaço físico e logística de trabalho, de materiais de consumo e de equipamentos; A vigilância ambiental não faz parte da estrutura formal da SMS.
13	Gestão plena; Bom nível de escolaridade dos técnicos; Inclusão de profissionais de atendimento integral (PAI)	Focos de resistência em função da nova organização do trabalho ser mais centrada na equipe e menos no especialista; Demora na implantação do plano de cargos e salários	Existência de equipe Multidisciplinar; Quadro de técnicos concursados de nível superior; Existência de base legal para definição dos níveis de competência federal, estadual e municipal;	Logística deficiente (equipamentos, mobiliário, veículos) do nível central para a vigilância sanitária; Situação financeira da prefeitura compromete processos de compra; Focos de resistência em função da nova organização do trabalho ser

			Bom nível de relação técnica e política com os níveis federal e estadual; A infra-estrutura existente do nível central para a vigilância sanitária	mais centrada na equipe e menos no especialista; Demora na implantação do plano de cargos e salários
14	Mobilização e compromisso da equipe (central e distrital) da VE; Implantação dos núcleos hospitalares de VE por parte da secretaria de saúde do estado.	Insuficiência de recursos humanos para a vigilância epidemiológica; Inexistência/insuficiência de veículos para a locomoção da vigilância epidemiológica; Insuficiência de equipamentos de informática e comunicação, a exemplo de fax, telefone, celular; Não existência de manutenção para os equipamentos; Desvalorização da VE pela assistência que se expressa nas subnotificações; Os distritos sanitários não dispõem de espaço físico para abrigar a VE; Falta ou insuficiência de insumos a exemplo de impressos, tinta para impressora etc.; Ausência de manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos	Hospitais que já possuem o núcleo de vigilância epidemiológica; Iniciadas as discussões técnicas para a implantação das unidades de resposta rápida (URR); Existência de recurso para implantação das URR.	Insuficiência de recursos humanos para a vigilância epidemiológica; Espaço físico incompatível com as URR
15	Mobilização e compromisso da equipe (central e distrital) da VE; Implantação dos núcleos hospitalares de VE por parte da secretaria de saúde do estado.	Dificuldade de utilização de recursos financeiros, quando existem; Insuficiência de recursos humanos para a vigilância epidemiológica;	Mobilização e compromisso da equipe (central e distrital) da VE; Implantação dos núcleos hospitalares de VE por parte da secretaria de saúde do estado.	Falta de estruturação do DS para essa ação.

		<p>Inexistência/insuficiência de veículos para a locomoção da vigilância epidemiológica;</p> <p>Insuficiência de equipamentos de informática e comunicação, a exemplo de fax, telefone, celular;</p> <p>Não existência de manutenção para os equipamentos;</p> <p>Subnotificações por parte da assistência;</p> <p>Os distritos sanitários não dispõem de espaço físico para abrigar a VE;</p> <p>Falta ou insuficiência de insumos a exemplo de impressos, tinta para impressora etc.;</p> <p>Ausência de manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos</p>		
16	<p>Descentralização das ações para os distritos sanitários;</p> <p>Previsão de contratação de profissionais;</p> <p>Utilização (provisória) de técnicos de outras categorias para a vigilância sanitária nos distritos sanitários.</p>	<p>Falta de capacitação dos profissionais para a ação nos distritos sanitários;</p> <p>Deficiência de estrutura física para a implantação da ação nos distritos sanitários;</p>	<p>Descentralização das ações para os distritos sanitários;</p> <p>Previsão de contratação de profissionais;</p> <p>Utilização (provisória) de técnicos de outras categorias para a vigilância sanitária nos distritos sanitários;</p>	<p>Falta de educação continuada para os profissionais da VS;</p> <p>Deficiência de estrutura física para a implantação da ação nos distritos sanitários;</p>
17	<p>Início de reuniões sobre descentralização em 04 (quatro) DS Itapuã, Brotas, Cabula/Beiru, Subúrbio Ferroviário.</p>	<p>As chefias relutam em assumir a zoonose com o argumento da sobrecarga de trabalho com as ações de vigilância;</p> <p>Os técnicos do CCZ não foram descentralizados, apenas o pessoal da visa;</p>	<p>Curso de especialização em gestão;</p> <p>Curso de especialização em análise de dados secundários;</p> <p>Implantação da gestão plena</p>	<p>Não compreensão do que seja descentralização das ações de vigilância;</p> <p>Ausência de discussão no nível central e nos distritos sanitários sobre a ação;</p> <p>Ausência de discussão sobre o</p>

		Insuficiência de técnicos para o CCZ.		modelo e papel do CCZ; Falta de diretrizes para a abordagem de situações locais; As chefias relutam em assumir a zoonose com o argumento da sobrecarga de trabalho com as ações de vigilância; Os técnicos do CCZ não foram descentralizados, apenas o pessoal da VISA; Insuficiência de técnicos para o CCZ
18	Regularidade no abastecimento dos imunobiológicos por parte do MS e do Estado; Ingresso das enfermeiras distritais de imunização; Contração de 22 enfermeiras para as unidades de saúde tipo 1 (básica); Envolvimento e compromisso da equipe com o trabalho;	Ausência de educação continuada para a equipe de vacinadores; Utilização das seringas de vacinação pelo programa de diabetes; Insuficiência de veículos para a imunização; Má qualidade e insuficiência dos refrigeradores adquiridos para a imunização; Ausência de manutenção preventiva e corretiva; Inadequação de algumas salas de vacina em termos de espaço físico e climatização; Inadequação da CEMADI (central de distribuição e acondicionamento de imunobiológicos) para atender a população do município; Falta de impressos a exemplo de caderneta de vacinação	Regularidade no Abastecimento dos imunobiológicos por parte do MS e do Estado; Ingresso das enfermeiras distritais de imunização; Contração de 22 enfermeiras para as unidades de saúde tipo 1 (básica); Envolvimento e compromisso da equipe com o trabalho;	Ausência de política de educação continuada na própria SMS e mais especificamente para a equipe de vacinadores, sem que isso dependa de cooperação técnica; Utilização das seringas de vacinação pelo programa de diabetes; Insuficiência de Veículos para a imunização; Má qualidade dos refrigeradores adquiridos para a imunização; Ausência de manutenção preventiva e corretiva; Inadequação de algumas salas de vacina em termos de espaço físico e climatização; Inadequação da CEMADI (central de distribuição e acondicionamento de imunobiológicos) para atender a população do município; Falta de impressos a exemplo de caderneta de vacinação
19	Revisão do sistema de informação	Ausência de educação	Revisão do sistema de informação	Ausência de educação continuada

	(banco de dados); Ingresso de enfermeiras distritais de imunização; Descentralização do sistema de informação	continuada para a equipe de vacinadores; A população não se mobiliza para a cobertura vacinal fora do período de campanhas; Pouca mobilidade dos profissionais que atuam nas unidades para fazer a busca ativa.	(banco de dados); Ingresso de enfermeiras distritais de imunização; Descentralização do sistema de informação	para a equipe de vacinadores; A população não se mobiliza para a cobertura vacinal fora do período de campanhas; Pouca mobilidade dos profissionais que atuam nas unidades para fazer a busca ativa
20	Mobilização e compromisso da equipe; Regularidade no recebimento dos insumos que dependem do MS e do Estado.	Permanente insegurança acerca da obtenção da logística necessária para a campanha	Mobilização e compromisso da equipe; Regularidade no recebimento dos insumos que dependem do MS e do Estado	Cenário político-administrativo desfavorável; Permanente insegurança acerca da obtenção da logística necessária para a campanha
21	As equipes dos PMCD já estão distribuídas pelos DS; Intercâmbio de informações entre o CCZ e os DS; Divulgação na mídia e construção de algoritmo para a dengue	Os DS explicitam não ter condições de assumir o programa da dengue.	Apoio da coordenação de comunicação e educação; Existência de recurso financeiro para a ação	Ausência de estratégias que permitam a descentralização da ação de controle da dengue; Ausência de logística para o trabalho; Crise financeira da prefeitura Os DS explicitam não ter condições de assumir o programa da dengue
22	Equipe treinada; plano de contingência elaborado; Áreas prioritárias definidas; Parcerias constituídas para a ação a exemplo de SUMAC, LIMPURB, SMEC	Insuficiência de recursos humanos; Abastecimento irregular e insuficiente de materiais em geral, de raticidas e de veículos.	Parceria com a CODESAL Equipe treinada; plano de contingência elaborado; Áreas prioritárias definidas; Parcerias constituídas para a ação a exemplo de SUMAC, LIMPURB, SMEC	Insuficiência de recursos humanos; Abastecimento irregular e insuficiente de materiais em geral, de raticidas e de veículos. Falta de insumos estratégicos
23	Equipe técnica treinada, experiente, mobilizada e comprometida; Divulgação na mídia sobre posse responsável e vacina anti-rábica	O sistema 156 (central de captação de serviços) encontra-se em processo de reestruturação;	Maior proximidade do gestor quanto às questões da raiva, além de parceiros como a DIVEP e o ISC; Equipe técnica treinada, experiente,	O sistema 156 (central de captação de serviços) encontra-se desativado; Ausência de Discussão sobre que

		<p>A internet (de difícil acesso à população em geral) é a atual fonte de captação de serviço; Irregularidade no abastecimento de insumos e material de limpeza; Canil mal dimensionado; Ausência de manutenção preventiva e corretiva das carrocinhas e do canil; Dificuldades que demandam medidas administrativas a exemplo das equipes terceirizadas e todos os problemas como pagamentos, direitos e vantagens.</p>	<p>mobilizada e comprometida; Divulgação na mídia sobre posse responsável e vacina anti-rábica</p>	<p>instrumento oferecer à população para favorecer à acessibilidade; Falta de acompanhamento jurídico Irregularidade no Abastecimento de insumos; Canil mal dimensionado; Ausência de manutenção Preventiva e corretiva das carrocinhas e do canil; Dificuldades que demandam medidas administrativas a exemplo das equipes terceirizadas e todos os problemas como pagamentos, direitos e vantagens. Não garantia de recursos financeiros que dêem continuidade ao controle da raiva; Insuficiente entendimento sobre a epidemiologia da raiva; Não incorporação de uma cultura voltada para o bem-estar do animal</p>
24	<p>Implantação do plano de controle de roedores (ação 22); Divulgação na mídia de medidas preventivas relacionadas a leptospirose; Construção de algoritmo para melhorar a notificação E diagnóstico da leptospirose; Realização de inquérito entomológico para verificação de ocorrência e transmissão de filaríose; Equipe de entomologia treinada para identificação e captura do Vetor;</p>	<p>No que se refere à leptospirose e leishmaniose insuficiência de recursos humanos; Abastecimento irregular e insuficiente de materiais em geral, de raticidas, de Veículos e/ou combustível; No que se refere a esquistossomose embora haja uma equipe treinada ela é insuficiente para atender as demandas da ação além da SMS ainda não ter assumido a execução da mesma.</p>	<p>Incorporação de recursos humanos qualificados; Participação de alguns técnicos em eventos técnico-científicos; Implantação do plano de controle de roedores (ação 22); Divulgação na mídia de medidas preventivas relacionadas a leptospirose; Construção de algoritmo para melhorar a notificação E diagnóstico da leptospirose; Realização de inquérito entomológico para Verificação de ocorrência e transmissão de</p>	<p>Fragilidade da articulação dos órgãos envolvidos com essas doenças No que se refere à leptospirose e leishmaniose insuficiência de recursos humanos; Abastecimento irregular e insuficiente de materiais em geral, de raticidas, de veículos e/ou combustível; No que se refere à esquistossomose embora haja uma equipe treinada ela é insuficiente para atender as demandas da ação, além da SMS</p>

	<p>Criação do GT para trabalhar a descentralização da ação relacionada a esquistossomose. O plano elaborado e o início das Discussões com os técnicos dos setores;</p>	<p>Obs: a doença de chagas embora pactuada na PPI não consta da ação 24.</p>	<p>filariose; Equipe de entomologia treinada para identificação e captura do vetor; Criação do GT para trabalhar a descentralização da ação relacionada a esquistossomose. O plano elaborado e o início das Discussões com os técnicos dos setores.</p>	<p>ainda não ter assumido a execução da mesma. Quanto à doença de chagas são inibidores: a) a falta de laboratório adequado; b) falta de recursos compatíveis com as demandas geradas pela ação; c) falta de organização de trabalho mais pró-ativa de modo a evitar que as abordagens só se realizem após a instalação do problema.</p>
25	<p>Implantação das ações de Prevenção; Compromisso das equipes; Parcerias estabelecidas com outras organizações Governamentais e da sociedade civil; Disponibilidade de recursos específicos repassados pelo Nível federal.</p>	<p>Irregularidade no pagamento dos profissionais terceirizados (médicos especialistas); Inexistência do médico infectologista na rede; remuneração não atrativa dos médicos do quadro da SMS; Não implantação do PCCS da SMS; Desabastecimento da rede quanto a medicamentos para DST e kits de laboratório para detecção precoce.</p>	<p>Reunião prevista da coordenadora com o secretário para Discutir os problemas da ação. Implantação das ações de prevenção; Compromisso das equipes; Parcerias estabelecidas com outras organizações governamentais e da sociedade civil; Disponibilidade de recursos específicos repassados pelo nível federal.</p>	<p>Inadequação da casa de referência do centro como a de referência de Itapagipe. No que se refere a área física para a implantação da ação Irregularidade no pagamento dos profissionais terceirizados (médicos especialistas); Inexistência do médico infectologista na rede; remuneração não atrativa dos médicos do quadro da SMS; Não implantação do PCCS da SMS; Desabastecimento da rede quanto a medicamentos para DST e kits de laboratório para detecção precoce.</p>
26	<p>Implantação das ações de Prevenção; Compromisso das equipes; Parcerias estabelecidas com outras organizações Governamentais e da sociedade civil; Disponibilidade de recursos</p>	<p>Irregularidade no Abastecimento de kits para detecção precoce de HIV; Inexistência de médico infectologista no quadro do SMS; Não implantação do PCCV da</p>	<p>Implantação das ações de prevenção; Compromisso das equipes; Parcerias estabelecidas com outras organizações Governamentais e da sociedade civil; Disponibilidade de recursos</p>	<p>Encaminhamento inadequado de pacientes da rede básica para as unidades de referência apesar dos treinamentos realizados Irregularidade no abastecimento de kits para detecção precoce de HIV; Inexistência de médico</p>

	específicos repassados pelo Nível Federal.	SMS.	específicos repassados pelo nível federal.	infectologista no quadro do SMS; Não implantação do PCCV da SMS.
27	<p>(Tuberculose) Compromisso do gestor; Incentivos aos técnicos (gratificação); Prioridade dada à ação pela SMS; Parceria com a Fundação Damien resultando na renovação do contrato; Incentivos para adesão ao tratamento (ticket e vale transporte); Dispensação gratuita da medicação e dos exames.</p> <p>(Hanseníase) Dispensação gratuita da medicação; Campanhas educativas; Semana de mobilização; Implantação de ficha de transferência acompanhada no Hospital Otávio Mangabeira</p>	<p>(Tuberculose) Baixa cobertura PACS/PSF; Fragilidade na operacionalização do SIAM; Fragilidade nas articulações intra e inter institucionais e da sociedade civil; Falta laboratório para diagnóstico em cajazeiras e Itapagipe</p> <p>(Hanseníase) Estigma da doença interfere no diagnóstico e adesão ao tratamento; Dificuldade dos profissionais reconhecerem a doença; Falta de referência distrital para encaminhamento.</p>	<p>Descentralização do sistema de informação (SINAN) para os DS; Formação de fórum de mobilização social para o programa; Capacitação de um técnico para os DS para acompanhar o programa; Integração das coordenações COAPS, VIEP e CDRH</p> <p>Compromisso do gestor; Incentivos aos técnicos (gratificação); Prioridade dada à ação pela SMS; Parceria com a fundação DAMIEN resultando na renovação do contrato; Incentivos para adesão ao tratamento (ticket e vale transporte); Dispensação gratuita da medicação e dos exames.</p>	<p>Baixa cobertura do PACS/PSF; Fragilidade da rede laboratorial; Falta de Veículo para as supervisões</p>
28	<p>Levantamento realizado da série histórica das causas determinantes dos óbitos; Empenho e compromisso da equipe; Elaboração de plano para o MS para vigilância das DANTS; Implantação do sistema de vigilância à violência e a acidentes (viva); Parceria com o projeto VIVER,</p>	<p>Fragilidade no sistema de informação (desatualizado e não é on-line); Má qualidade do instrumento de coleta de dados; Não existência de sistema próprio para o registro das DANTS; Insuficiência de Recursos humanos para acompanhamento das DANTS</p>	<p>Participação de técnicos da VE em curso de especialização em análise de dados secundários; Capacitação dada pelo MS em DANTS; Levantamento realizado da série histórica das causas determinantes dos óbitos; Empenho e compromisso da equipe; Elaboração de plano para o MS para vigilância das DANTS;</p>	<p>Fragilidade no sistema de informação (desatualizado e não é on-line); Má qualidade do instrumento de coleta de dados; Não existência de sistema próprio para o registro das DANTS; Insuficiência de recursos humanos para acompanhamento das DANTS nos DS e no nível central; Ausência das DANTS (setor) no</p>

	CEDECA, fórum comunitário de combate à violência, set, gt de DANTS da SESAB; Implantação da política nacional de promoção à saúde	nos DS e no nível central; Ausência das DANTS (setor) no organograma da VE.	Implantação do sistema de vigilância à violência e a acidentes (viva); Parceria com o projeto viver, CEDECA, fórum comunitário de combate à violência, set, gt de DANTS da SESAB; Implantação da política nacional de promoção à saúde.	organograma da VE
29	Profissionais sensibilizados para vigilância das DANTS; Existência dos PSFs	Necessidade de conclusão do diagnóstico; Necessidade de uma equipe de referência nos DS.	A ação integra o planejamento da programação operativa para 2007; Profissionais sensibilizados para vigilância das DANTS; Existência do PSF.	Necessidade de aprofundar a Discussão sobre a ação. Necessidade de conclusão do diagnóstico; Necessidade de uma equipe de referência nos DS.
30	Oferta regular e medicação gratuita (cesta básica); Acesso a exames laboratoriais; Realização de 04 glicemias capilares/ano; Campanhas freqüentes; Presença de nutricionista e outros profissionais nas USBs.	Dificuldade do nível central em acompanhar os DS e as unidades; Subnotificação e falta de atualização; Não implantação da ficha de acompanhamento	Oferta regular e medicação gratuita (cesta básica); Acesso a exames laboratoriais; Realização de 04 glicemias capilares/ano; Campanhas freqüentes; Presença de nutricionista e outros profissionais nas USB	Dificuldade do nível central em acompanhar os DS e as unidades; Subnotificação e falta de atualização; Não implantação da ficha de acompanhamento
31			Previsão de estabelecimento de notificação compulsória; Previsão de elaboração de ficha de Investigação	Inexistência de notificação nacional do agravo no SINAN.
32	Articulação com a COAPS, projeto VIVER, CEDECA, fórum comunitário de combate a violência, SET, GT de DANTS da SESAB; Capacitação interinstitucional para atendimento a crianças, mulheres e adolescentes em situações de violência	A técnica responsável pela ação não identificou fatores inibidores	Articulação com a COAPS, projeto VIVER, CEDECA, fórum comunitário de combate a violência, SET, GT de DANTS da SESAB; Capacitação interinstitucional para atendimento a crianças, mulheres e adolescentes em situações de violência	A técnica responsável pela ação não identificou fatores inibidores

33	Desenvolvimento de instrumentos de referência e contra-referência nos DS que já passaram pelo processo de Capacitação; Implantação de projeto-piloto nos DS (barra/rio-Vermelho; brotas;centro histórico;subúrbio e Cabula/Beiru) Implantação de ficha de notificação compulsória no subúrbio como projeto-piloto.	Preocupação dos profissionais que atuam em área de risco sobre a notificação e o referenciamento.	Participação da rede de atenção à mulher Desenvolvimento de instrumentos de referência e contra-referência nos DS que já passaram pelo processo de Capacitação; Implantação de projeto-piloto nos DS (Barra/Rio Vermelho; Brotas;Centro Histórico;Subúrbio e Cabula/Beiru) Implantação de ficha de notificação compulsória no subúrbio como projeto-piloto	Medo de represália por parte dos profissionais para denunciar e/ou notificar
34	A equipe está com dificuldade de compreender a ação		Em função do modo como está redigida a ação, a equipe necessita discuti-la com a ASTEC. Ou seja, a equipe está com dificuldade de compreender a ação.	
35	Parceria com a SET. Ingresso de um estatístico na equipe	O setor de informação do CRA não repassa os dados para VE apesar dos freqüentes pedidos; Recursos humanos insuficientes no nível central e distrital; Ausência de estatístico no quadro da SMS; Ausência de digitador na equipe	Recursos do MS; Implantação do sistema de vigilância a acidentes Parceria com a SET Ingresso de um estatístico na equipe	O setor de informação do CRA não repassa os dados para VE apesar dos freqüentes pedidos; Recursos humanos insuficientes no nível central e distrital; Ausência de estatístico no quadro da SMS; Ausência de digitador na equipe
36	Motivação e mobilização da equipe técnica do CEREST; Qualificação da equipe; Apoio da coordenação da COSAM e do secretário	Falta de recursos humanos e materiais; Falta de uma subchefia para dividir o trabalho e agilizar a implantação;	Realização da conferencia de saúde do trabalhador; Controle social organizado; Implantação da câmara técnica; Avanço do trabalho de vigilância com trabalhos formais Motivação e mobilização da equipe técnica do CEREST; Qualificação da equipe; Apoio da coordenação da COSAM e do secretário	Falta de estrutura física; Falta de Recursos humanos

37	Realização de oficinas de planejamento do CEREST com a participação intra e intersetorial e do controle social		Articulação intersetorial com DRT e o MP e intrasetorial com a ASCOM (GT-CES), GTSPN e CESAT; Realização de oficinas de planejamento do CEREST com a participação intra e intersetorial e do controle social	Falta de recursos humanos e materiais
38	Motivação e mobilização da equipe técnica do CEREST; Qualificação da equipe; Apoio da coordenação da COSAM e do secretário	Falta de recursos humanos e materiais; Falta de uma subchefia para dividir o trabalho e agilizar a implantação;	Projeto já elaborado de Prevenção aos acidentes perfuro-cortantes entre trabalhadores da atenção básica; Inspeções realizadas em três prontos atendimentos – pás com agentes de endemia; Ações em ambientes de trabalho no 6º centro de saúde. Motivação e mobilização da equipe técnica do CEREST; Qualificação da equipe; Apoio da coordenação da COSAM e do secretário	Demora na reforma da casa; Falta de equipamentos e Veículo para transporte
39	Previsão de projeto para Capacitar profissionais da atenção básica e da vigilância	A não realização de concurso impediu a contratação de técnicos para atuar nos distritos sanitários; Profissionais não capacitados para a saúde do trabalhador	Projeto já elaborado de prevenção aos acidentes perfuro-cortantes nos doze distritos sanitários	Falta de infra-estrutura e veículo para transporte
40	Gestão plena; Ações da sede do município já organizadas; Habilitação	Ausência de pactuação com os municípios	Gestão plena; CEREST habilitado junto ao MS; A ação encontra-se dentro do prazo estipulado pelo CESAT	Ausência de pactuação com os municípios
41	Motivação e mobilização da equipe técnica do CEREST; Qualificação da equipe; Apoio da coordenação da COSAM e do secretário	Falta de recursos humanos e materiais; Falta de uma subchefia para dividir o trabalho e agilizar a implantação;	Articulação intersetorial com DRT e o MP e intrasetorial com a ASCOM (GT-CES), GTSPN e CESAT;	Falta de recursos materiais

42	Motivação e mobilização da equipe técnica do CEREST; Qualificação da equipe; Apoio da coordenação da COSAM e do secretário	Falta de recursos humanos e materiais; Falta de uma subchefia para dividir o trabalho e agilizar a implantação	Organização da categoria (catadores de material reciclável); Mapeamento de risco realizado em duas unidades de pronto atendimento – PA de agentes de endemia; Escuta qualificada dos agentes de endemia no seu processo de trabalho	Falta de recursos humanos e materiais; Demora na implantação do CEREST
43	O CEREST integra o projeto piloto da rede sentinela de saúde do trabalhador do MS; O CEREST integra a vigilância	Ausência de núcleos de vigilância epidemiológica nos hospitais de urgência e emergência	Ingresso de profissional qualificado para implementar a ação; O CEREST integra o projeto piloto da rede sentinela de saúde do trabalhador do m.s; O CEREST integra a coordenação de saúde ambiental	Ausência de documentos de identificação profissional (crachá) para realização de trabalhos externos; Ausência de núcleos de vigilância epidemiológica nos hospitais de urgência e emergência
44	Identificação de unidades sentinelas	Falta de equipamentos para o trabalho	Identificação de unidades sentinelas	Falta de equipamentos para o trabalho
45	Rede própria de urgência e emergência	Ação ainda não planejada	Rede própria de urgência e emergência	Ação ainda não planejada
46	Existência do sistema; Identificação de pessoal para alimentar o sistema; Elaboração do fluxo	Retardo da liberação de recursos pelo MS; Falta de equipamentos	Identificação de técnico Responsável; Elaboração de fluxo; Existência do sistema	Falta de logística para a ação
47	Experiência em curso com cordeiros, feirantes e catadores de materiais reciclados	Falta de equipamento de trabalho Dispersão do setor informal	Experiência iniciada com cordeiros, feirantes e catadores de material reciclado.	Falta de transporte e de um observatório Falta de equipamento de trabalho Dispersão do setor informal
48	Motivação e mobilização da equipe técnica do CEREST; Qualificação da equipe; Apoio da coordenação da COSAM e do secretário	Falta de recursos humanos e materiais; Falta de uma subchefia para dividir o trabalho e agilizar a implantação	Compromisso da equipe técnica do CEREST com a Transversalidade do tema;	Ausência de rede integrada; Falta de recursos materiais; Falta de acesso às experiências existentes; Demora da implantação do CEREST
49	Implantação da ação 47 transformando a ação 48 em tema	Dispersão do setor informal	Previsão de Discussão com a coordenação de gestão participativa	CEREST privilegiando a fase de sua implantação;

	Transversal; Existência de órgãos que atuam com esta temática			Falta de recursos humanos qualificados para a ação
50	Trabalho de Investigação para curso de mestrado realizado por um técnico		Reunião prevista com a FUNDACENTRO para Discutir a ação; Trabalho de Investigação para curso de mestrado realizado por um técnico	Falta de Recursos humanos e materiais
51	Trabalho de Investigação para curso de mestrado realizado por um técnico		Reunião prevista com a FUNDACENTRO para Discutir a ação; Trabalho de Investigação para curso de mestrado realizado por um técnico	Falta de Recursos humanos e materiais
52	Trabalho de Investigação para curso de mestrado realizado por um técnico		Reunião prevista com a FUNDACENTRO para Discutir a ação; Trabalho de Investigação para curso de mestrado realizado por um técnico	Falta de Recursos humanos e materiais
53	Existência de equipe mínima; Política de humanização; Previsão de Capacitação em saúde do trabalhador; Recursos próprios do MS.	Falta de pessoal de apoio administrativo; Atraso do plano de cargos e salários	Existência de equipe mínima; Política de humanização; Previsão de Capacitação em saúde do trabalhador; Recursos próprios do MS	Atraso no processo de reforma da casa Atraso do plano de cargos carreiras e salários.

MÓDULO OPERACIONAL II - ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

Nº DA AÇÃO	NOV/DEZ/2006		ABR/JUN/2007	
	Facilitadores	Inibidores	Facilitadores	Inibidores
54	Mapeamento realizado pelos DS; Os recursos do PROESF; Ampliação das equipes de saúde da família	Limitação do recurso para ampliação e construção de novas unidades	Apoio do gestor; Recursos do PROESF	Dificuldade de encontrar espaço em condições para a locação e/ou construção Limitação do recurso para ampliação e construção de novas unidades;
55	Convênios firmados para contratação; Apoio do CDRH e áreas técnicas da COAPS para capacitação	Falta de instrução normativa para a gestão dos convênios; Dificuldade de contratação de médicos para atuarem em áreas periféricas	Participação das áreas técnicas COAPS e CDRH no processo de seleção; Convênios firmados para contratação; Apoio do CDRH e áreas técnicas da COAPS para Capacitação	Dificuldade de contratação de médicos para atuarem em áreas periféricas
56	Convênio de cooperação técnica com o ISC; Prioridade dada pela SMS ao programa; Incentivo à implantação por meio de gratificação; Acompanhamento da SMS nos DS e unidades para tornar a política transversal dentro da rede; Implantação do contrato de gestão nas unidades com participação dos DS e unidades; Implantação do humaniza SUS subúrbio	Irregularidade no Abastecimento da rede de insumos e medicamentos; Carência de médico em unidades básicas e de pronto atendimento em locais de risco de violência; Falta de soluções para problemas que demandam decisões administrativas e de gestão na SMS, a exemplo de recursos humanos, de materiais e equipamentos na rede.	Convênio de cooperação técnica com o ISC; Ampliação da equipe de trabalho do humaniza na SMS;	Descontinuidade da prioridade do programa humaniza pela SMS; Não socialização por parte do coordenador das ações do programa humaniza Não socialização das ações do humaniza SUS (acolhimento) na SMS;
57	Projeto de acessibilidade; Formação dos GTHs; Convênio de cooperação técnica com o ISC; Prioridade dada pela SMS ao programa; Apoio técnico da COAPS;	Escassez de recursos financeiros; Má distribuição dos Recursos humanos na rede	Projeto de acessibilidade; Formação dos GTHs; Convênio de cooperação técnica com o ISC; Prioridade dada pela SMS ao	Perda de pessoal treinado em função da terceirização; Má distribuição de Recursos humanos na rede

			programa; Apoio técnico da COAPS;	
58	Compõe as prioridades do MS Previsão da implantação da 1ª semana de saúde integral; Vigilância da violência contra crianças e adolescentes; Atenção às doenças e agravos prevalentes na infância e na adolescência	A equipe responsável pela implantação da ação desconhece o número de oftalmologistas da rede;	Encontra-se em fase de implantação a rede de oftalmologia; Levantamento realizado sobre o número de oftalmologistas da rede	Não foi constituída a comissão para elaborar o projeto integrado de saúde do adolescente.
59	O CEDECA é um centro de referência à violência; Estreitamento das relações intra e interinstitucionais;	Falta de cultura institucional para o trabalho com violência	Participação em reunião da sedes e do conselho municipal dos direitos da criança e do adolescente – CMDCA	Não existência de comissão para elaboração de projeto integrado da saúde da criança e do adolescente
60	Regularidade no abastecimento de imunobiológicos por parte do MS; Ingressos de enfermeiras distritais de imunização; Contratação de 22 enfermeiras para as unidades básicas; Compromisso da equipe	Má qualidade dos refrigeradores adquiridos para imunização; Baixa cobertura do PACS/PSF; Ausência de manutenção preventiva e corretiva; Inadequação de algumas salas de vacina no que se refere ao espaço físico e climatização; Inadequação do CEMADI; Descontinuidade nos fins de semana do serviço de imunização nas maternidades; Falta de impressos a exemplo da caderneta de vacinação	Regularidade no abastecimento de imunobiológicos por parte do MS; Ingressos de enfermeiras distritais de imunização; Contratação de 22 enfermeiras para as unidades básicas; Compromisso da equipe	Má qualidade dos refrigeradores adquiridos para imunização; Baixa cobertura do PACS/PSF; Ausência de manutenção preventiva e corretiva; Inadequação de algumas salas de vacina no que se refere o espaço físico e climatização; Inadequação do CEMADI; Descontinuidade nos fins de semana do serviço de imunização nas maternidades; Falta de impressos a exemplo da caderneta de vacinação
61	Articulação da saúde da mulher (estado e município) para discutir assistência ao parto; Aumento do número de unidades que fazem o pré-natal;	Carência de laboratório; Não tem o pré-natal implantado em todas as unidades;	Discussão sistemática da ação com profissionais da rede; Articulação da saúde da	Carência de laboratório; Não tem o pré-natal implantado em todas as unidades; Falta logística para a ação;

	<p>Maior resolutividade do apoio diagnóstico; Nível de compromisso maior dos profissionais da rede; Elaboração de protocolos da saúde da mulher; Adesão ao PHPN – gerador de mais recursos e normas técnicas; Postos de coleta nos DS (exceto Itapagipe)</p>	<p>Falta logística para a ação; Complexidade dos instrumentos de coletas de dados; Não cumprimento da integralidade da atenção;</p>	<p>mulher (estado e município) para discutir assistência ao parto; Aumento do número de unidades que fazem o pré-natal; Maior resolutividade do apoio diagnóstico; Nível de compromisso maior dos profissionais da rede; Elaboração de protocolos da saúde da mulher; Adesão ao PHPN – gerador de mais recursos e normas técnicas; Postos de coleta nos DS (exceto Itapagipe)</p>	<p>Complexidade dos instrumentos de coletas de dados; Não cumprimento da integralidade da atenção</p>
62	<p>Articulação com a COAPS; Implantação da vigilância ao óbito infantil nos DS de pau da lima e brotas; Perspectiva de implantação de comitê de vigilância ao óbito infantil; Envolvimento dos profissionais do PSF</p>	<p>Complexidade do instrumento de coletas de dados; Inexistência de comitê de mortalidade infantil; Fragilidade na condução do processo por parte do estado; Dificuldade de acesso aos hospitais</p>	<p>Solicitação de ampliação da equipe do PACS Visita de duas técnicas à Recife para conhecer a experiência; Previsão de seminário no mês de junho de vigilância ao óbito infantil; Formação de comitê de mortalidade infantil; Articulação com a COAPS; Implantação da vigilância ao óbito infantil nos DS de pau da lima e brotas; Envolvimento dos profissionais do PSF</p>	<p>Complexidade do instrumento de coletas de dados; Fragilidade na condução do processo por parte do estado; Dificuldade de acesso aos hospitais</p>
63	<p>Protocolos clínicos criados para normatizar o atendimento; Previsão de validação dos protocolos clínicos</p>	<p>A primeira versão do protocolo ainda está em construção</p>	<p>Processo de validação em curso em 20 UBS incluindo os PAs</p>	<p>Fragmentação do processo de trabalho na SMS; Insuficiência de Recursos</p>

	por parte dos médicos e enfermeiras.			humanos impediu a inclusão de renite no protocolo; A primeira Versão do protocolo não está ajustada às necessidades do pa; O plano não dá visibilidade às ações da criança
64	Atribuições relacionadas a esta ação pelo PACS/PSF; Elaboração do plano de ação da equipe técnica do nível central para acompanhamento, através dos DS, das equipes de saúde da família; Medicação disponibilizada para a ação	Número insuficiente de equipes; Dificuldade de envolver outros setores para trabalhar com a ação; Precariedade das condições de vida da população coberta pelo SUS	Medicação disponibilizada para a ação; Integração entre as coordenações; Ação ligada à atuação nos DS, no âmbito de suas áreas de abrangência	Falta integrar a ação às demais ações; Falta de conhecimento da área de atuação dos DS; Precariedade das condições de vida da população
65	SISVAN; Caderneta da criança; Processo de aquisição de equipamentos antropométricos; Ingresso de auxiliares de nutrição; Previsão de capacitação de auxiliares de nutrição; Elaboração de cartão provisório para atendimento do SISVAN	Exigência do número do cartão SUS para alimentar o sistema; Os profissionais que fazem puericultura na faixa de 0 a 2 anos não foram Capacitados para alimentar o SISVAN	Desenvolvimento de um novo sistema pelo MS Integra a programação de 2007; Não implantação do SISVAN pelos DS nas unidades de saúde da família; Insuficiência de Recursos humanos para a ação;	Fichas de acompanhamento do SISVAN não possuem o número do cartão SUS; Limites do software do programa DataSUS
66	Existência de um conjunto de atividades sendo desenvolvidas; Desenvolvimento de metodologias alternativas (coordenadas pelo Nível central) com o envolvimento das unidades; Programa de Prevenção da anemia e da hipovitaminose A; Disponibilização de sulfato ferroso e vitamina A; Disponibilização de fórmulas elementares para crianças com alergia alimentar;	Pouco envolvimento dos profissionais das unidades; Falta de recursos financeiros para aquisição de materiais; Falta de Capacitação para o desenvolvimento da ação	Previsão de convênio com a ENUFBA e outras instituições	Ausência de nutricionistas nas equipes de PSF e/ou nos DS; Insuficiência de equipamentos necessários e fragilidade no processo de manutenção dos mesmos na rede;
67	Capacitação de profissionais para a ação;	Desmotivação por parte dos	Capacitação de profissionais	Não existência de comissão

	Apoio do CRADIS – centro de referência do adolescente Isabel Souto	profissionais; Resistência por parte de alguns DS por considerar o programa inativo; Duplicidade de vínculos de alguns profissionais e não cumprimento das cargas-horárias	para a ação; Apoio do CRADIS – centro de referência do adolescente Isabel Souto	para elaboração de projeto integrado de saúde do adolescente Desmotivação por parte dos profissionais; Resistência por parte de alguns DS por considerar o programa inativo; Duplicidade de vínculos de alguns profissionais e não cumprimento das cargas-horárias
68	Capacitação dos profissionais; Fortalecimento de parcerias com organizações Governamentais, não Governamentais e sociedade civil; Realização de seminário para formação de rede	Falta de diálogo com os meios de comunicação	Capacitação dos profissionais; Fortalecimento de parcerias com organizações Governamentais, não Governamentais e sociedade civil; Realização de seminário para formação de rede;	Falta de recursos para material educativo; Falta de diálogo com os meios de comunicação
69	Previsão de campanha com a coordenação de saúde da criança para sensibilizar profissionais da rede; Aquisição de médico para a equipe; Diagnóstico dos programas de saúde da mulher na rede; Realização de seminário com profissionais da rede sobre o PHPN (programa de humanização de pré-natal); Levantamento das unidades que não realizam o pré-natal para a implantação da assistência	Inadequação da rede física Irregularidade no Abastecimento de insumos (ácido fólico, sulfato ferroso, fita métrica) equipamentos e instrumentais; Justaposição de modelos de assistência para o pré-natal embora só a estratégia do PSF tenha condições de responder a questão da resolutividade; Má gestão e falta de controle dos Recursos humanos na rede resultando em situações	Reuniões bimensais com os profissionais da assistência; Discussão e previsão de implantação da rede de saúde da mulher;	A gestão de Recursos humanos ainda não conseguiu dar respostas satisfatórias aos problemas de pessoal da rede; Inadequação da rede física Irregularidade no Abastecimento de insumos (ácido fólico, sulfato ferroso, fita métrica) equipamentos e instrumentais; Justaposição de modelos de assistência para o pré-natal embora só a estratégia do PSF tenha condições de responder a questão da resolutividade;

		<p>de impotência e/ou cumplicidade por parte de gerentes e coordenadores;</p> <p>A não incorporação da integralidade nas ações de saúde da mulher;</p> <p>Metodologia de avaliação apenas centrada em indicadores e descontextualizada da realidade só produzem desmotivação, desconfiança e tensão;</p> <p>“modelo autoritário de avaliação da ASTEC apesar do discurso de gestão participativa”;</p> <p>Falta de regulação das maternidades – a falta de garantia de leito nas maternidades faz a gestante abandonar o pré-natal;</p> <p>Fragilidade da rede laboratorial para o resultado dos exames;</p> <p>Inexistência do teste rápido de gravidez na rede.</p>		<p>A não incorporação da integralidade nas ações de saúde da mulher;</p> <p>Metodologia de avaliação, ainda centrada em indicadores e descontextualizada da realidade, só produz desmotivação, desconfiança e tensão;</p> <p>Falta de regulação das maternidades – a falta de garantia de leitos nas maternidades faz a gestante abandonar o pré-natal;</p> <p>Fragilidade da rede laboratorial para o resultado dos exames;</p> <p>Inexistência do teste rápido de gravidez na rede</p>
70	<p>Realização da oficina de planejamento familiar;</p> <p>Empenho dos profissionais da rede em implantar o planejamento familiar;</p> <p>Aquisição de contraceptivos;</p> <p>Capacitação de ginecologista como multiplicadores para inserção de DIU na rede;</p> <p>Desenvolvimento de planilha para controle e distribuição do contraceptivo Injetável do DIU e do preservativo</p>	<p>Os profissionais ginecologistas se negam a realizar a inserção do DIU;</p> <p>Preferência das usuárias pelo contraceptivo trimestral Injetável;</p> <p>Baixa utilização do contraceptivo oral comprado pela rede;</p>	<p>Educativo;</p> <p>Discussão para criação de turno alternativo no sentido de facilitar o acesso aos usuários da rede;</p> <p>Realização da oficina de planejamento familiar;</p> <p>Empenho dos profissionais da rede em implantar o</p>	<p>Os profissionais ginecologistas se negam a realizar a inserção do DIU;</p> <p>Preferência das usuárias pelo contraceptivo trimestral Injetável;</p> <p>Baixa utilização do contraceptivo oral comprado pela rede;</p>

		Desinteresse de alguns profissionais na oferta e incentivo para o uso dos contraceptivos orais; Desvio do contraceptivo injetável na rede e no almoxarifado; Baixa participação dos parceiros das usuárias no programa de planejamento sexual e reprodutivo; Não existe regulação da contracepção irreversível (vasectomia e laqueadura)	planejamento familiar; Aquisição de contraceptivos; Capacitação de ginecologista como multiplicadores para inserção de DIU na rede; Desenvolvimento de planilha para controle e distribuição do contraceptivo injetável do DIU e do preservativo	Desinteresse de alguns profissionais na oferta e incentivo para o uso dos contraceptivos orais; Desvio do contraceptivo injetável na rede e no almoxarifado; Baixa participação dos parceiros das usuárias no programa de planejamento sexual e reprodutivo; Não existe regulação da contracepção irreversível (vasectomia e laqueadura)
71	Realização de oficina com profissionais do programa hiperdia	Suspensão da portaria garantindo a reposição hormonal; Inexistência da integralidade da atenção	Discussão para elaboração de projeto piloto para o segundo quadrimestre envolvendo três (03) DS.	Insuficiência de Recursos humanos no nível central para trabalhar com a saúde da mulher Suspensão da portaria garantindo a reposição hormonal; Inexistência da integralidade da atenção
72	Parceria com o Aristides Maltez para fazer Capacitação em rastreamento de câncer de mama; Parceria com a Sociedade Bahiana de Citopatologia – SOBACI; Realização de campanha de Prevenção em 90 (Noventa) unidades de saúde; CAPACITAÇÃO de 125 médicos generalistas do PSF; Previsão de Capacitação de enfermeiras da rede	Não se constitui em prática no atendimento ginecológico o exame de apalpação de mama; Irregularidade no Abastecimento de insumos e instrumentais; Não é passada para a paciente informação sobre o modo de fazer o auto-exame;	Sensibilização dos profissionais da rede para a integralidade da atenção	Falta de capacitação de enfermeiras na rede para a ação; Não se constitui em prática no atendimento ginecológico o exame de apalpação de mama; Irregularidade no abastecimento de insumos e instrumentais; Não é passada para a paciente informação sobre o modo de fazer o auto-exame;

73	Articulação com a coordenação estadual de saúde da mulher – projeto viva mulher	Despreparo dos profissionais da rede para o seguimento à paciente, garantindo o seu tratamento	O programa sis colo está sob a responsabilidade da COAPS; Articulação com a coordenação estadual de saúde da mulher – projeto viva mulher	Apesar do recente processo de capacitação dos profissionais da rede, ainda é frágil o processo de seguimento à paciente garantindo o seu acompanhamento.
74	Aporte de recursos financeiros pelo MS utilizado para a construção de uma unidade especializada em saúde da mulher; Seminário em parceria com a SESAB sobre atenção obstétrica e neo-natal; Campanha da contracepção de emergência no carnaval	Perda de financiamento do banco mundial	Reativação do comitê de mortalidade materna; Integração com a cosam para implantar a Investigação da mortalidade materna	Falta de integração entre as várias instituições que atendem à mulher; Não implantação do programa de humanização do parto – PHPN
75	Mobilização da equipe em permanecer investigando; Simplicidade e clareza do instrumento de coleta	Desativação do comitê de mortalidade materna; Fragilidade na parceria com a SESAB para esta questão; Insuficiência de profissionais; Má qualidade no preenchimento das causas do óbito; Dificuldade de falar sobre a morte	Publicação da reativação do comitê de mortalidade materna; Pressão da promotora da cidadania; Mobilização da equipe em permanecer investigando; Simplicidade e clareza do instrumento de coleta	Fragilidade na parceria com a SESAB para esta questão; Insuficiência de profissionais; Má qualidade no preenchimento das causas do óbito; Dificuldade de falar sobre a morte
76	Articulação com a SESAB; Processo de municipalização;	Inexistência de regulação dos leitos obstétricos	Discussão para a constituição da rede de saúde da mulher Articulação com a SESAB; Processo de municipalização	Inexistência de regulação dos leitos obstétricos
77	Obs: ação sob a responsabilidade da coordenação da COAPS, mas respondida pelos técnicos de saúde mental e saúde bucal, embora também envolvesse hipertensão, diabetes e obesidade. (saúde mental) Equipe técnica constituída;	(saúde mental) CAPS – ad (não implantado); Dificuldade de locação de imóvel	Implantar a busca ativa de hipertensos e diabéticos nos DS da Liberdade e São Caetano-Valéria	Falta de estrutura nos DS para o acompanhamento do sistema hiperdia

	Equipamentos disponíveis (saúde bucal) No DS do centro-histórico já existe um projeto piloto para a questão do tabagismo e saúde bucal; A política de DST/AIDS em parceria com a saúde prevê o desenvolvimento de ações preVEntivas e curativas			
78			Existência de PSF/PACS	DESMOBILIZAÇÃO DAS VÁRIAS INSTÂNCIAS DA SAÚDE SOBRE A QUESTÃO DO HOMEM; Os homens ainda não estão sensíveis à necessidade de prevenção e detecção precoce do câncer de próstata;
79	Obs: ação sob a responsabilidade da coordenação da COAPS, mas respondida pela técnica de saúde bucal. Implementação de LRPD – laboratório regional de prótese dentária – Brasil Sorridente; Nos três centros de especialidades odontológicas (CEOs) são realizados procedimentos que atendem ao idoso.	Quantitativo insuficiente de Recursos humanos Ausência de capacitação nas áreas de atendimento ao idoso.	Capacitação de médicos do PSF pelo CREASI/SESAB; Projeto elaborado para o MS pleiteando recurso para ampliação da assistência	Quantitativo insuficiente de Recursos humanos
80			Foi iniciado o desenho da rede assistencial que inclui o idoso.	Ausência de uma política assistencial para o idoso; Ausência de estruturas (física e de equipamentos) para o idoso
81	Implementação dos CAPS em todos os DS		Convênio com a Aliança de Redução de Danos Fátima Cavalcanti - ARDFC; Previsão de reunião com o coordenador da a Aliança de	Falta de sensibilização no âmbito da SMS com relação ao problema; Falta de integração intersetorial para abordar o problema

			Redução de Danos Fátima Cavalcanti - ARDFC; Estruturação física do CAPS ad no centro histórico	
82		CAPS – ad (não implantado); dificuldade de locação de imóvel	Aquisição de prédio próprio; Licitação de material; Convênio com instituição da área – (Aliança e UFBA) Treinamento de enfermeiros do PSF e agentes comunitários	fragilidade no acompanhamento da ação
83	Convênio com as Obras Assistenciais de Irmã Dulce para administrar as RTs; Ingresso de profissionais para compor as equipes; Convênio com o MS para equipar os CAPS e RTs; Aporte de recursos materiais pelo MS através de convênio para implantação dos CAPS; CAPACitação de profissionais da saúde mental; atuação de equipes embriões nos DS para atuação provisória	Dificuldade de alocação de imóveis; Ações programadas para a gestão do PMS foram antecipadas e executadas em tempo exíguo para cumprimento do TAC	Implantação de dois CAPS e previsão para implantação de mais um em maio; Fortalecimento das equipes embriões dos futuros CAPS no que se refere a recursos humanos com real oferta de assistência; Capacitação dos técnicos de saúde mental; Prorrogação do convênio para capacitação até dezembro de 2007; Prorrogação de convênio para aquisição de equipamentos para o CAPS; Aquisição de equipamentos e materiais para implantação de 13 CAPS e 10 residências terapêuticas; Compromisso das equipes de trabalho, sobretudo as das residências terapêuticas.	Dificuldade de locar imóveis em condições para locação; Morosidade no processo de locação de imóveis; Morosidade no processo licitatório para aquisição de equipamentos; Desabastecimento das farmácias quanto a medicamentos como lítio; Obra paralisada para conclusão de um CAPS em São Caetano; Falta de compromisso dos DS (a exceção de brotas, barra e Itapagipe) com a saúde mental.
84	Reforço no quadro funcional;		Implantação da equipe de	Desabastecimento freqüente

	<p>Capacitação de pessoal;; Supervisão/acompanhamento das ações Reforma do Aristides Novis; Compra do material das oficinas terapêuticas Aquisição de medicamentos básicos; Otimização dos serviços criando vagas</p>		<p>Recursos humanos; Capacitação de pessoal; Supervisão e acompanhamento das ações; Aquisição do material para as oficinas terapêuticas;</p>	<p>de medicamentos; Ambulatórios insuficientes para a demanda reprimida; Insuficiência de Recursos humanos As UBS não aceitam atender doente mental</p>
85	<p>Elaboração de protocolos da atenção básica e de urgências odontológicas; Reuniões ampliadas com foco no acolhimento; Implementação de ações educativas e preventivas em saúde bucal em creches e escolas municipais; Implantação de unidade móveis para atendimento em bairros que não tem unidades fixas ; Ação educativa e preventiva através de escovódromos móveis; Aquisição de equipamentos odontológicos portáteis para atendimento em domicílio</p>	<p>Baixa cobertura do PSF; Morosidade dos processos licitatórios; Insuficiência de Recursos humanos; Descontinuidade da assistência técnica preventiva e corretiva;</p>	<p>Novas unidades com implantação de novas especialidades; Conclusão dos processos licitatórios de 2006, cujos objetos são instrumentos materiais de insumos e equipamentos; Fortalecimento junto aos DS considerando a PPI e a questão dos registros dos procedimentos odontológicos. Elaboração de protocolos da atenção básica e de urgências odontológicas; Reuniões ampliadas com foco no acolhimento; Implementação de ações educativas e preventivas em saúde bucal em creches e escolas municipais; Implantação de unidade móvel para atendimento em bairros que não tem unidades fixas; Ação educativa e preventiva através de escovódromos móveis; Aquisição de equipamentos</p>	<p>Descontinuidade da assistência técnica com Suspensão da assistência técnica ao PSF;</p>

			odontológicos portáteis para atendimento em domicílio	
86	a implantação de três centros de especialidades odontológicas – CEOs; Identificação do imóvel para implantação do CEO, adequação e colocação de equipamentos;	Morosidade dos processos licitatórios	Implantação das equipes de saúde bucal no PSF	Ampliação insuficiente do PSF; Pouco avanço das ações educativas e preventivas; Insuficiência de recursos humanos para as ações de prevenção; Destituição dos representantes de saúde bucal pelos distritos sanitários
87	Obs: segundo a técnica de saúde bucal, esta ação é equivalente a de número 86		Aprovação de 02 (dois) projetos – para o CEO Cajazeiras e para o CEO do Dique do Tororó; Contratação de especialistas para atuar nos novos centros; Constituição de comissão gerencial da qual participam o dentista e o acd	Não implantação do plano de cargos carreiras e salários; Morosidade dos processos licitatórios
88		Falta de Recursos humanos no Nível central.	A reestruturação da rede física contempla a questão do deficiente físico	Inexistência de projeto específico
89	Obs.: embora a ação encontre-se sob a responsabilidade da coordenação da COAPS, os técnicos sugerem que a mesma encontra-se sob a coordenação do apoio diagnóstico. Assim, não foi possível obter informações sobre a ação.		Capacitação dos profissionais da rede para a realização do exame; Integração entre COAPS, GT da população negra e apoio diagnóstico; Previsão de oficina interna para discussão do protocolo do pré-natal	O exame de eletroforese não foi incluído no protocolo do atendimento pré-natal
90	Obs.: embora a ação encontre-se sob a responsabilidade da coordenação da COAPS, os técnicos presentes não souberam dar informações sobre a ação.		Realização de seminário	Inexistência de protocolo para atendimento aos portadores de albinismo; A ação carece de organização

				e priorização.
91	Obs.: embora a ação encontre-se sob a responsabilidade da coordenação da COAPS, os técnicos presentes não souberam dar informações sobre a ação.		Realização de seminário; Distribuição de protetores; Apoio da COAPS nas iniciativas voltadas para o tema	Inexistência de protocolos para atendimento aos portadores de lupus.
92	<p>Maior interação com o ministério público, o CREMEB e profissionais da rede sobre a dispensação e prescrição de medicamentos; Protocolos assistenciais; Fórum em dezembro de assistência farmacêutica; Previsão de revisão da REMUME Formação de comissão de assistência farmacêutica; Previsão de oficinas distritais para elaboração do plano municipal de assistência farmacêutica; Protocolos assistenciais – portaria 98/05/2006; Interação com o DASF – diretoria de assistência farmacêutica; Previsão de campanha da ANVISA para o próximo ano</p>	<p>Cultura medicalizadora; Modelo de atenção curativista; Marketing agressivo da indústria farmacêutica; Convivência entre usuários e prescritores gerando uma dispensação irracional de medicamentos</p>	<p>Realização de oficinas distritais Previsão de realização de conferência municipal sobre o uso racional de medicamentos; Integra a programação de 2007 Maior interação com o ministério público, o CREMEB, sobrevivente e profissionais da rede sobre a dispensação e prescrição de medicamentos; Protocolos assistenciais; Previsão de revisão da REMUME Formação de comissão de assistência farmacêutica; Previsão de oficinas distritais para elaboração do plano municipal de assistência farmacêutica; Protocolos assistenciais – portaria 98/05/2006; Interação com o DASF – diretoria de assistência farmacêutica; Previsão de campanha da anvisa para o próximo ano</p>	<p>Cultura medicalizadora; Modelo de atenção curativista; Marketing agressivo da indústria farmacêutica; Convenio entre usuários e prescritores gerando uma dispensação irracional de medicamentos</p>

93	Constituição da comissão de farmácia e terapêutica faltando nomear por portaria		Constituição da comissão de farmácia e terapêutica faltando nomear por portaria	Demora de publicação pelo GASEC.
94	Interesse de quatro coordenadores e farmacêuticos distritais; Previsão de oficina para elaboração do plano de assistência farmacêutica; Projeto municipal da CAF; Portaria 698 que define recursos para assistência farmacêutica	Desinformação por parte dos profissionais sobre assistência farmacêutica; Falta Recursos humanos e financeiros para estruturar as CAF's (central de Abastecimento farmacêutico)	Coordenadores dos DS interessados na implantação; Realização de oficinas distritais para elaboração do plano municipal de assistência farmacêutica Portaria 698 que define recursos para assistência farmacêutica	Não saiu a resolução da portaria 698 Falta Recursos humanos e financeiros para estruturar as CAF's (central de Abastecimento farmacêutico)
95		Número insuficiente de farmacêuticos; Falta de conhecimento sobre estas ações; Falta de articulação com a COSAM; Não informatização da rede	Previsão de maior articulação com a COSAM Apoio da sobrevivência; Notificação à ANVISA sobre desvio de qualidade de medicamentos e reações adversas; Maior interação entre a SMS e as unidades da rede para identificação de desvios de qualidade	Número insuficiente de farmacêuticos; Falta de articulação com a COSAM; Não informatização da rede
96	Estoque de segurança no almoxarifado com estratégia de oferta regular; Já foram abertos e licitados 30 processos de aquisição de medicamentos através de registro de preço; Programação anual de consumo já elaborada para 2007; Articulação com o Ministério Público para conter ações contra o SUS		Articulação com a justiça para conter ações sem pertinência; Descentralização do registro de preços de medicamentos da SEAD para SMS; Maior integração da assistência farmacêutica com CAD, Fundo e COPEL	Falta de informação das farmácias impede controle em tempo real;

MÓDULO OPERACIONAL III - SADT, AÇÕES DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE E ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS

Nº DA AÇÃO	NOV/DEZ/2006		ABR/JUN/2007	
	Facilitadores	Inibidores	Facilitadores	Inibidores
97	Obs: a equipe não considerou viável a ação sendo substituída pela de número 98		Obs: a técnica diz que essa ação foi englobada pela ação 98. A consultora recomendou que a técnica levasse essa decisão para discussão com a ASTEC antes do próximo acompanhamento	
98	Articulação com os setores envolvidos para operacionalização; Empenho do gabinete; Qualificação e mobilização da equipe técnica; Articulação com programas parceiros	Burocracia; Insuficiência de RECURSOS HUMANOS; Fragilidade nos encaminhamentos que dependem de medidas administrativas; Fragilidade na gestão e programação de recursos financeiros impedindo o planejamento das ações; demora excessiva entre a abertura do processo de compra e recebimento do produto.	Integração da ação à programação de 2007; Possibilidade dos técnicos responsáveis acompanharem o processo na CAD; Identificação de local adequado para o laboratório central; Apoio do gestor;	Construtor da SMS desconhecia a RDC 50, dificultando o avanço da obra dividida em duas partes; Ainda não foi feita a licitação da parte sob a responsabilidade da SMS; Processo encontra-se na CAD em tramitação lenta; Dificuldade com o tramite do processo de aquisição de insumos (reagentes) Tramitação lenta e confusa do processo de aquisição do sistema de informática; Fragilidade no processo de acompanhamento da CAD; Desmotivação dos profissionais em função da lentidão do processo; Após 30 dias da reunião envolvendo a COAPS, o gestor, os técnicos responsáveis pela ação, nada aconteceu; Resistência dos coordenadores dos DS e gerentes de unidades para viabilização do laboratório.
99	Articulação com os setores envolvidos para operacionalização; Empenho do gabinete; Qualificação e mobilização da equipe	Falta de empenho dos coordenadores dos DS e gerentes de unidades; Burocracia;	Integra a programação de 2007; Protocolos elaborados da técnica manual	Nenhuma alteração foi feita nos laboratórios e postos de coleta; Resistência dos coordenadores dos DS, principalmente para

	técnica;	Insuficiência de Recursos humanos; Fragilidade nos encaminhamentos que dependem de medidas administrativas; Fragilidade na gestão e programação de recursos financeiros impedindo o planejamento das ações; demora excessiva entre a abertura do processo de compra e recebimento do produto.		capacitarem auxiliares de enfermagem; Fragilidade do controle do nível central sobre as questões encaminhadas pelo nível central
100	Implementação da regulação da assistência no município; SAMU enquanto observatório da demanda da população	Não implementação do cartão SUS; Não superação do modelo hegemônico curativista; Baixa utilização de protocolos clínicos e de gestão; Insuficiência de leitos principalmente na alta complexidade	Formação de grupo organizador da discussão; Reunião do grupo em horários específicos; Previsão de entrega de produtos da discussão ao gabinete; Previsão de realização de oficinas junto aos DS para implantação da ação; Apoio da ASTEC	Fragmentação das áreas de assistência dificulta da organização da rede de acordo com os modelos assistenciais e de organização de serviços propostos no plano
101	Concurso; Plano de cargos e salários; 05 médicos recém-contratados pela FAPEX; Co-gestão município/estado da central da regulação de leitos; Espaço provisório cedido pelo estado para funcionamento da central ambulatorial; Contratação via FAPEX de 14 assistentes administrativos e 12 tele atendentes em processo de	Número insuficiente de recursos humanos no que se refere à quantidade, Capacitação e tipo de contratação; Necessidade de Capacitação de recursos humanos; Ausência de plano e cargos e salários cujo processo está muito lento necessitando de apoio de consultoria. O plano de cargos e salários viabiliza o concurso, uma demanda da gestão plena;	A nova gestão estadual sensível à necessidade de fazer uma nova PPI	Número insuficiente de recursos humanos no que se refere a quantidade, Capacitação e tipo de contratação ; Necessidade de Capacitação de recursos humanos; Ausência de plano e cargos e salários cujo processo está muito lento necessitando de apoio de consultoria. O plano de cargos e salários viabiliza o concurso, uma demanda da gestão plena;

	treinamento para dar suporte à regulação nos distritos.	Ausência de concurso		Ausência de concurso
102	Implantação do NEPE - núcleo de educação continuada permanente; Priorização da Universalização e equidade; Equipe comprometida;	Excesso de trotes; Falta de entendimento da população e dos profissionais quanto ao papel do SAMU; Falta de leitos Falta de recursos para implantação das ações do NEPE; Falta de garantia do que é pactuado na rede assistencial	Compromisso da equipe; Apoio da prefeitura e da SMS para o funcionamento adequado do serviço; Cenário político Favorável;	Rede assistencial pactuada não funciona em função de ter sido feita às pressas para a implantação do SAMU; Falta de reunião do comitê gestor (estadual e municipal) para deliberar sobre a grade pactuada de atendimento; Falta de campanhas para a população sobre o funcionamento do SAMU; Falta de treinamento e Capacitação para o pessoal do SAMU.
103	Decisão da COAPS de assumir as unidades de pronto atendimento; Aprovação do projeto qualiSUS; Setor de engenharia da SMS; Formação de comissão para recebimento de obras	Não liberação de recursos do qualiSUS; Falta de recursos para fazer cumprir a portaria 2048/2002; O projeto estrutural/arquitetônico existente não contempla a portaria 2048 e rdc50; Limites estabelecidos pela SUCOM	Financiamento do ministério da saúde. A readequação dos PAs encontra-se em processo de análise de financiamento em andamento pelo MS	Deficiência no contato interinstitucional entre a CAD/SMS e o ministério da saúde
104	Diagnóstico de todas as necessidades das unidades de pronto atendimento com respectivas especificações técnicas e valoração; Aprovação e empenho do projeto quali-SUS.	Obs.: segundo o coordenador antônio carlos pitia, a ação encontra-se sob a coordenação de concepção benigno. Inibidores (dados fornecidos por técnica responsável pelos PAs) Falta de liberação do recurso do qualiSUS e insuficiência do mesmo; Ausência de política de manutenção (preventiva e restauradora) dos equipamentos.	Elaboração de processo de compra e recuperação de equipamentos dos PA's – Disponibilidade de recurso orçamentário-financeira.	Cumprimento das etapas do processo licitatório.

105	Reestruturação do processo de trabalho; Redefinição do papel da subcoordenação de Capacitação	A especificidade de algumas capacitações dificulta o acompanhamento pelo CDRH. Um exemplo é capacitação desenvolvida pela coordenação do SAMU. Embora o CDRH não lidere nenhum processo de qualificação, o mesmo vem sendo liderado por diversas coordenações.	Maior diálogo com a SESAB.	A organização do trabalho dos serviços de urgência e emergência dificulta a capacitação; as metodologias utilizadas não dão conta das especificidades de algumas capacitações.
-----	--	--	----------------------------	--

MÓDULO OPERACIONAL IV - FORTALECIMENTO DA CAPACIDADE DE GESTÃO (PLENA) DO SUS MUNICIPAL

Nº DA AÇÃO	NOV/DEZ/2006		ABR/JUN/2007	
	Facilitadores	Inibidores	Facilitadores	Inibidores
106	Obs: a ação envolve um processo de negociação permanente		Convergência de interesses políticos entre estado, MS e prefeitura municipal de Salvador.	Limite de recursos financeiros
107			Integração da SMS ao COSEMS e à SESAB	Sem inibidores
108			Conscientização dos coordenadores das distintas áreas sobre a importância das ações intersetoriais	Absorção dos técnicos pelas atividades de rotina se contrapõe à lógica da intersectorialidade
109			Recomposição do conselho municipal de saúde A crise da SMS terminou por integrar mais as pessoas	Sobrecarga das atividades administrativas, sobretudo as relacionadas às dificuldades financeiras.
110	Obs: ação a ser implementada a partir de 2008		Recomposição do conselho municipal de saúde A crise da SMS terminou por integrar mais as pessoas	Baixa capacitação dos conselheiros e representantes do movimento social
111	Obs: Ação em fase inicial. Para o período 2006/2007 ficará sob a liderança da subsecretária a parte financeira; sob a liderança da ASTEC a parte administrativa; e sob a liderança de COAPS e COSAM a parte técnica.		Disposição e compromisso dos coordenadores	Dificuldades financeiras da prefeitura

112	<p>Obs.: ação sob a responsabilidade da ASCOM. Em reunião realizada na ASCOM com o referido coordenador, o mesmo informou estar envolvido com as urgências do cotidiano da SMS, não sendo possível implementar nenhuma ação do plano.</p>	<p>Falta de Recursos humanos para trabalhar na coordenação de comunicação entre outros aspectos.</p>	<p>Sem informação. A ação encontra-se sob a responsabilidade da ASCOM que desde o início do acompanhamento e em presença da coordenadora da ASTEC disse não ter sentido participar do acompanhamento do PMS já que trabalha "apagando incêndios", sem recursos humanos suficientes, sobretudo jornalistas.</p>	
113	<p>Conclusão da pesquisa; Programas (softwares) que facilitarão o desenvolvimento do portal</p>	<p>Não dispõe de equipamentos e pessoal; Dificuldade de reunir com a PRODASAL</p>	<p>(sobre a intranet) Melhora do servidor; Limpeza e organização dos arquivos aumentando a performance; Geração de um fluxo de solicitação a partir do aumento da demanda; Capacitação permanente da equipe para lidar com a intranet; Disponibilidade de recursos financeiros para a análise dos dados (sobre o site) Reunião com a PRODASAL para a implantação</p>	<p>(sobre a intranet) Falta de equipamentos e mobiliários; Sobrecarga de trabalho; (sobre o site) Também falta de equipamentos e mobiliários, Falta de recursos humanos e de capacitação para o trabalho com o site; Sobrecarga de trabalho</p>

114	Equipe multidisciplinar já constituída e trabalhando no treinamento de APAC oncologia	Adaptação da equipe à gestão plena; Carência de pessoal para atender aos processos novos de trabalho demandados pela gestão plena	Equipe multidisciplinar já constituída e trabalhando no treinamento de APAC oncologia	Carência de pessoal para atender aos processos Novos de trabalho demandados pela gestão plena; Falta de capacitação de pessoal para a alta complexidade
	* Em função das dificuldades iniciais de agendamento das visitas, a Auditoria não participou da primeira visita à coordenação da Regulação, fato que justificou uma visita específica a esta coordenação. Conforme prevê a organização do trabalho para o acompanhamento, a próxima visita a Auditoria estará incorporada à Regulação. A segunda visita realizada 14/11 a Auditoria integrou a equipe Regulação, Controle e avaliação.		* Em função da dificuldade de agendamento das visitas, a Auditoria não participou da visita à coordenação da Regulação, fato que justificou uma visita específica à esta coordenação. Conforme prevê a organização do trabalho para o acompanhamento, para a próxima visita ficou pactuado que a Auditoria participará da reunião com a Coordenação da Regulação, Controle e Avaliação.	
115	Obs.: por motivo de doença da responsável pelo HumanizaSUS, não foi possível agendar a visita para obtenção das informações.		Criação de ouvidorias itinerantes; Descentralização da ouvidoria em nove unidades; Previsão de Capacitação para as ouvidorias descentralizadas; Menor tempo de resposta para o usuário através do 156; Colocação da ouvidoria no site da prefeitura	Sistema (SISCAU) de informação da ouvidoria precário e ineficiente; Falta de equipamentos (computadores) e logística para o trabalho
116	Capacidade de tradução dos instrumentos utilizados pela SEAD para a SMS com apoio da cooperação técnica	Diferença entre as lógicas de planejamento da SEAD e da SMS demanda balizamento; Baixo grau de adesão das coordenações ao planejamento estratégico.	Adesão de algumas coordenações ao planejamento estratégico; capacidade de tradução dos instrumentos utilizados pela SEAD para a SMS com apoio da cooperação técnica	Diferença entre as lógicas de planejamento da SEAD e da SMS demanda balizamento; Baixo grau de adesão de algumas coordenações ao planejamento estratégico.
117	Consultoria contratada; Ampla participação nas	Cultura institucional organizada em torno da	Discussão e elaboração do regimento;	Cultura institucional organizada em torno da fragmentação, atomização dos

	oficinas realizadas	fragmentação, atomização dos processos e da não incorporação do planejamento como ferramenta de gestão.	Encaminhamento da proposta para o SEAD; Consultoria contratada; Ampla participação nas oficinas realizadas	processos e da não incorporação do planejamento como ferramenta de gestão
118	Curso de especialização; Oficinas de planejamento	Cultura institucional baseada na centralização e na comunicação insuficiente entre os diversos níveis; Fragilidade técnica das equipes expressa na falta de experiência, de formação e de perfil para implementação da ação;	Cultura institucional baseada na centralização e na comunicação insuficiente entre os Diversos Níveis; Fragilidade técnica das equipes expressa na falta de experiência, de formação e de perfil para implementação da ação;	Envolvimento de representantes do conselho municipal de saúde na oficina de programação; Curso de especialização; Oficinas de planejamento
119	Oficinas de planejamento; Curso de especialização; Cooperação técnica; Oficina de construção de relatórios	Necessidade de tempo para capacitação; Necessidade de tempo para absorção de novas tecnologias	Conclusão do curso de especialização; Cooperação técnica; Participantes de representantes do conselho municipal de saúde nas oficinas Obs: a implantação da ação avançou em relação à primeira visita.	Necessidade de tempo para capacitação; Necessidade de tempo para absorção de novas Tecnologias
120	Envolvimento dos distritos sanitários e da secretaria municipal de saúde na discussão do geoprocessamento	Falta de técnico na ASTEC para implantá-la	Envolvimento dos distritos sanitários e da secretaria municipal de saúde na discussão do geoprocessamento. Obs: a implantação da ação avançou em relação à primeira visita	Falta de priorização técnica e política relacionada a ação
121	Contratação de consultoria; Discussão da ação no módulo de rede dado pelo curso de especialização;	Baixo envolvimento das coordenações envolvidas na ação; A secretaria municipal de	Perspectiva concreta de contratação de consultoria; Atualização da rede de serviços como produto do	Baixo envolvimento das coordenações envolvidas na ação; A secretaria municipal de saúde ainda não trabalha na lógica da gestão plena

	Atuação do CRA na construção das redes.	saúde ainda não trabalha na lógica da gestão plena	curso de especialização; Atuação do CRA na construção das redes. Criação de GT Mudança de gestão na COAPS	
122	Conhecimento por parte dos atores envolvidos sobre esta ação.	Não houve demanda por parte dos DS.	Início da discussão sobre construção da rede; Conhecimento por parte dos atores envolvidos sobre esta ação Obs: ação em estágio inicial de implementação	Não houve demanda por parte dos DS e do Nível central; Ausência de Discussão sobre a ação.
123	Implantação da farmácia e do laboratório central que facilitarão a distribuição; Realização de reuniões sobre o tema; Equipe constituída por técnicos da SMS e engenheiros; Comissão de licitação de obras independentes; Mudança física do almoxarifado; Mudança da equipe de gestão do almoxarifado; Abertura de vários canais de comunicação para as chamadas de telefone, fax e e-mail.	Falta de controle de estoques; Dificuldade de recursos para pagamento contínuo das despesas; Dificuldade de aquisição de recursos materiais, medicamentos, equipamentos etc.; Falta de sistema que forneça estoque mínimo e máximo do almoxarifado e das UBS; Falta de acompanhamento dos processos pelas áreas solicitantes; Baixa performance do sistema de registro de preços; Atraso no pagamento da empresa de manutenção com interrupção do serviço; Utilização indevida dos equipamentos pelos		

		responsáveis diretos; Central de atendimento ainda pouco divulgado.		
124	Obs: considerando que os gerentes de unidades são cargos de confiança do gestor, o que pode ser feito em relação a esta ação é definir critérios para ocupação do cargo de gerente. Assim, a coordenação sugere o retorno ao conselho no sentido de retirar a ação do plano uma vez que a carreira já faz parte do plano de cargos e salários.	Não existe carreira para cargos comissionados,	Obs: considerando que os gerentes de unidades são cargos de confiança do gestor, o que pode ser feito em relação a esta ação é definir critérios para ocupação do cargo de gerente. Assim, a coordenação sugere o retorno ao conselho no sentido de retirar a ação do plano uma vez que a carreira já faz parte do plano de cargos e salários.	Não existe carreira para cargos comissionados.
125			Cenário político favorável ao debate.	Ideologização do debate por parte de alguns grupos políticos
126	Aproveitar os módulos do curso de especialização para colocar a discussão	Não é ação exclusiva do CDRH; Exige um balizamento conceitual do que se entende por distrito sanitário; Necessita de pactos com os distritos sanitários, COSAM, COAPS, ASTEC e com a própria unidade; Aprofundamento da discussão sobre a estrutura da SMS; Ausência de discussão prévia para definição de equipe gerencial mínima	Novo regimento da SMS; Análises realizadas pelo curso de especialização	Não é ação exclusiva do CDRH; Exige um balizamento conceitual do que se entende por distrito sanitário; Necessita de pactos com os distritos sanitários, COSAM, COAPS, ASTEC e com a própria unidade; Aprofundamento da discussão sobre a estrutura da SMS; Ausência de discussão prévia para definição de equipe gerencial mínima
127	Já existe comissão trabalhando com	Obs: ação iniciada. O avanço em relação à visita	Constituição da comissão de regulação do conselho	A coordenação não identifica inibidores

	representações das três regiões que agrupam todos os DS; Grande aceitação pelos DS Decisão de compor na próxima reunião de colegiado o comitê gestor Apresentação do CRA no conselho municipal de saúde	anterior foi uma discussão colocada pelo CRA na reunião de coordenação sobre as ações da regulação que resultou na regulação como política transversal.	municipal de saúde; Definição da composição do comitê que será instituído em abril; Maior envolvimento da ASTEC na discussão; Maior participação do conselho municipal de saúde na regulação; Convocação do conselho municipal de saúde para uma reunião para discutir regulação.	
128	Aprovação de recursos junto à secretária do estado; Já tem sede provisória com perspectiva de sede permanente; Já tem definição do sistema a ser utilizado Novo cenário político positivo	Falta de discussão com as prestadoras de serviços sobre regulação; Falta de discussão sobre público e privado; Fragilidade da assistência básica; Tamanho da rede; Ausência de quadros para a regulação	Ampliação e qualificação do espaço da central pela SESAB; Adoção do sistema SISREG 3 para implantação da regulação de ressonância magnética; Apoio da SESAB e do MS na questão do sistema; Incorporação de profissionais para ressonância e Oncologia; Qualificação da discussão sobre regulação	Insuficiência de equipamentos que seriam viabilizados com a implantação do complexo que por sua vez está condicionado ao pacto de gestão; Falta de discussão com as prestadoras de serviços Sobre regulação; Fragilidade da assistência básica; Tamanho da rede; Insuficiência de quadros para a regulação
129	Obs: apesar de a ação estar prevista para ser implantada a partir de 2008, há um processo de fortalecimento da ação regulatória nos distritos sanitários através do acompanhamento de enfermeiras supervisoras do processo, além da ida de tele atendentes para garantir a comunicação entre os DS e o CRA. Ação prevista para ser desenvolvida a partir de 2008		Obs: ação ainda não implantada. Apesar de a ação estar prevista para ser implantada a partir de 2008, há um processo de fortalecimento da ação regulatória nos distritos sanitários através da indicação [pelos DS] de um técnico de referência para acompanhar o processo.	
130	Embora a coordenadora	Não dispõe de quadros para	Embora a coordenadora	Não dispõe de quadros para a ação;

	considere Imprescindível o apoio externo já solicitado, alguns avanços já foram feitos, a exemplo de instrumentos na área de oftalmologia, colpocitologia, apoio diagnóstico e imagem, patologia clínica.	a ação; Não dispõe de material bibliográfico para o desenvolvimento de instrumentos e metodologias;	considere Imprescindível o apoio externo já solicitado, alguns avanços já foram feitos, a exemplo de instrumentos na área de oftalmologia, colpocitologia, apoio diagnóstico e imagem, patologia clínica.	Não dispõe de material bibliográfico para o desenvolvimento de instrumentos e metodologias;
131	Obs.: ação que a técnica responsável ficou de obter informação com a ASTEC para compreendê-la a fim de implementá-la.		Cumprimento da emenda constitucional	Não cumprimento da liberação de recursos
132	Obs.: ação que a técnica responsável ficou de obter informação com a ASTEC para compreendê-la a fim de implementá-la.		Desvinculação de recursos para viabilizar os pagamentos	Não cumprimento da emenda constitucional
133	Obs.: ação que a técnica responsável ficou de obter informação com a ASTEC para compreendê-la a fim de implementá-la.		Desenvolvimento de estudos para capacitação das coordenações quanto a legislação específica	Desconhecimento dos técnicos acerca da legislação específica desvirtuando finalidades
134	Obs.: a exemplo das ações 89, 90 e 91, não foi possível obter dados sobre esta ação.		Apoio dos profissionais envolvidos Informatização do sistema em 30% das unidades	Falta de Recursos humanos; Não informatização do sistema na totalidade das unidades
135	Obs.: o coordenador da CAD não sob dar informações sobre esta ação.		Financiamento do ministério da saúde	Demora no repasse do projeto, pela secretaria municipal da saúde, ao ministério da saúde, tendo que ser refeito
136	Curso de especialização; Cursos de capacitação em produção de informações; Painel de informações em saúde; Já consta na intranet o catálogo de serviços oferecidos pelo SUS; Apoio logístico	Infra-estrutura (rede física, cabeamento, Recursos humanos) dos distritos sanitários e das unidades; Organização do processo de trabalho para ferir a informação	À exceção do DS São Caetano-Valéria, os demais DS tem melhorado na organização do processo de trabalho para gerir a informação; Site da prefeitura constando todos os serviços oferecidos pelo SUS em salvador	Infra-estrutura (rede física, cabeamento, Recursos humanos) dos distritos sanitários e das unidades; Organização do processo de trabalho para gerir a informação;

	Integração dos sistemas por meio do cartão SUS		Painel de informações em saúde; Já consta na intranet o catálogo de serviços oferecidos pelo SUS; Apoio logístico Integração dos sistemas por meio do cartão SUS cuja dificuldade está na distribuição de cartões	
137	Criação do site "onde está seu cartão?"; Estabelecimento de 12 pontos (os DS) de distribuição do cartão; Adoção do sistema SISREGIII que exige a utilização do cartão para marcação de consultas e exames.	Fragilidade da estrutura da maioria das unidades no que se refere a logística e padrões	Implantação do sistema de regulação (SISREG 3) que utiliza o cartão nacional de saúde; Empenho do gestor; Empenho da equipe responsável pela ação	O correio não foi contratado pela CAD para distribuição dos cartões; As impressoras de cartão magnético não foram contratadas; O sistema CAD/SUS não foi implantado pelo dataSUS, ou seja, o processo foi descontinuado.
138	Mobilização nacional para inclusão no sistema do item raça/cor.	A centralização do sistema de informação não permite alteração do instrumento do registro de dados; A demora na implantação do cartão SUS.	Discussão com o CRA; Mobilização no nível municipal com a campanha "qual a sua raça/cor"? Mobilização nacional para inclusão no sistema do item raça/cor.	A centralização do sistema de informação não permite alteração do instrumento do registro de dados; A demora na implantação do cartão SUS.
139	Já foi implantado. Encontra-se em fase de experimentação. Já foi apresentado à SMS		Apoio do NGI Ingresso de técnicos qualificados	Dificuldade de atualizar dados em função da movimentação de pessoal não ser feita apenas pelo CDRH; Não implantação de todos os dados; Tempo consumido com retrabalho em função da movimentação de pessoal não ser feita só pelo CDRH.
140	Apoio do gestor; Ingresso de equipe	Burocracia – intervalo longo entre a solicitação e o	Apoio do gestor; equipe mobilizada; o NGI passou por	Dificuldade de aquisição de equipamentos em função dos

	mobilizada	recebimento do produto; Apesar de existir um projeto permanece a falta de normatização para os processos administrativos envolvendo o ciclo de aquisição.	reestruturação geral envolvendo organização de arquivos e metodologia de trabalho.	fornecedores não estar participando das licitações ou não entregarem a documentação necessária; Não finalização do convênio entre o MS e a SMS para informatização das unidades de saúde
--	------------	--	--	---

MÓDULO OPERACIONAL V - VALORIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS E TRABALHADORES DE SAÚDE

Nº DA AÇÃO	NOV/DEZ/2006		ABR/JUN/2007	
	Facilitadores	Inibidores	Facilitadores	Inibidores
141	Desenvolvimento de oficinas para problematização; Busca de parceiros na instituição para aprofundar/aprimorar metodologias	Cultura organizacional estabelecida; Todas as coordenações acham que podem fazer Capacitação sem passar pelo CDRH.	Realização de oficinas internas para Discutir o tema;	Cultura organizacional estabelecida; Falta de controle do CDRH sobre as Capacitações feitas pelas Diversas coordenações.
142	Necessidade de mudança diante do novo contexto vivido pela SMS; Curso de especialização	Cultura organizacional; Possíveis resistências;	Planejamento ascendente; Apoio do CDRH aos DS que se habilitaram a exemplo do DS Barra, Cabula e São Caetano.	Cultura organizacional; Possíveis resistências
143	As oficinas de problematização em curso (às quintas-feiras)	Ações ainda incipientes no que se refere à descentralização para os distritos sanitários.	Existência de ações planejadas para a implantação da ação Realização da mostra de boas práticas de gestão distrital; Criação de espaço para divulgação e discussão das pesquisas realizadas na SMS.	Não acesso das unidades à intranet; Fragilidade nos processos de comunicação na SMS
144	A não articulação das políticas de Capacitação pelo CDRH;	As oficinas de problematização em curso (às quintas-feiras)	Realização de oficinas temáticas; Integra a programação de	A não articulação das políticas de Capacitação pelo CDRH; A fragmentação dos recursos para

	A fragmentação dos recursos para Capacitação por programa inibe um projeto de Transversalidade para as ações de Capacitação.		2007	Capacitação por programa inibe um projeto de Transversalidade para as ações de Capacitação.
145	Cursos de especialização Oficinas de problematização Plano municipal de saúde Clareza que hoje se tem da missão da SMS	Desarticulação dos processos de trabalho no âmbito da SMS; Dificuldade de integrar processos	Priorização dada pelo CDRH às ações planejadas pelo CDRH	Crise financeira da prefeitura impactando nas condições de trabalho e de logística para a operacionalização da ação
146	Disponibilidade da internet e da intranet	A pouca utilização do e-mail institucional; Falta de cultura tecnológica inibindo o uso da internet e intranet;	Disponibilidade da internet e da intranet Identificação de aliados	A pouca utilização do e-mail institucional; Falta de cultura tecnológica inibindo o uso da internet e intranet;
147	Cenário político favorável	Ação em estágio avançado em fase de ser encaminhada à procuradoria jurídica.	Apoio do gestor	Crise financeira da prefeitura; Dificuldade de compreensão de outras secretarias sobre as questões de saúde
148	Reunião marcada para dar continuidade à implantação da ação; Atividade programada em gestão do trabalho		Constituição de comissão paritária para instalação de mesa de negociação do SUS municipal; Agendamento de reuniões mensais	Sem inibidores
149	Ação contida no PCCV – programa de valorização do servidor Aprovação do PCCV (ação 147) pela Câmara de Vereadores e homologação pelo prefeito		Entrega do PCCV	Crise financeira da prefeitura; Dificuldade de compreensão de outras secretarias sobre as questões de saúde
150		Insuficiência de recursos humanos no CDRH para implantar a ação; Dificuldade com a	Integra a programação de 2007; Levantamento de dados para subsidiar a ação	Insuficiência de recursos humanos no CDRH para implantar a ação.; Não articulação intersecretorial para discutir a ação que envolve além do

		qualificação para esta ação; Complexidade e abrangência da ação; A ação deve ser implantada junto com a COAPS, COSAM, DS.		CDRH COAPS, DS, ASTEC e COSAM
151		Foram criados todos os cargos solicitados. Está apenas no aguardo da aprovação pela câmara dos ACS, auditor farmacêutico e agentes de endemias.		Foram criados todos os cargos solicitados. Está apenas no aguardo da aprovação pela câmara do cargo de auditor farmacêutico.
152	Cenário político Favorável;	Ação em estágio avançado. Encontra-se no departamento de licitação do SEAD.	Processo concluído. A UFBA está sendo consultada sobre a possibilidade de realizar o concurso	Licitação deserta. Nenhuma empresa se habilitou a realizar o concurso
153		Ação que Envolve um conjunto de ações já iniciadas Ausência de recursos específicos	Plano de cargos, carreiras e vencimentos; Gratificação de incentivo à produtividade e qualidade do serviço de saúde; Concurso	Crise financeira da prefeitura

MÓDULO OPERACIONAL VI - QUALIFICAÇÃO E CONTROLE SOCIAL

Nº DA AÇÃO	NOV/DEZ/2006		ABR/JUN/2007	
	Facilitadores	Inibidores	Facilitadores	Inibidores
154	Obs.: a 8ª Conferência já foi realizada. No momento a coordenação aguarda sinalização do conselho nacional de saúde para organizar a 9ª Conferência.	Ação realizada em 2005	Realização de reuniões com a comissão organizadora para discussão do regimento e escolha do tema. Elaboração do cronograma das pré-conferências com as coordenações distritais	Insuficiência de Recursos humanos para agilizar a ação
155	Obs.: a coordenadora vai conversar com Ana Simões da VISA para discutir a organização da conferência municipal da visa.	Obs: ação a ser implementada a partir de 2008	A ação é pré-requisito para as demais instâncias do SUS na implantação da gestão plena; Previsão de reunião para discutir a ação; A ação integra a programação de 2007	Falta de articulação entre a gestão participativa e a visa Ano de muitas conferências e campanhas sobrecarregando a equipe; A comissão organizadora da ação ainda não disparou o processo embora já tenha o planejamento da atividade
156	Reunião prevista para discutir a ação; Equipe motivada e mobilizada; Previsão de elaboração de cartilhas; Apoio do conselho municipal de saúde	Falta de veículo para locomoção; Dificuldade de acesso a certas comunidades; Falta de logística para o trabalho.	Reuniões com a comissão de Capacitação; Agenda para o dia 09/05/2007 sobre o seminário de Capacitação para o pacto da saúde com a equipe do MS; Palestra com a Promotora da Cidadania sobre o papel do ministério público; Apoio do conselho municipal de saúde.	Ano de muitas conferências e campanhas que impedem uma maior dedicação da equipe à ação; Insuficiência de Recursos humanos; Grande número de pessoas para capacitar num tempo exíguo com recursos escassos
157	Obs: como a ação ainda não foi discutida na equipe, a coordenadora informa não ter condições de listar os aspectos facilitadores e	Obs: como a ação ainda não foi discutida na equipe, a coordenadora informa não ter condições de listar os aspectos facilitadores e	Reunião colegiada como espaço de monitoramento da implementação dos módulos	Baixa institucionalização técnica e política dos processos de acompanhamento

	inibidores da sua implantação.	inibidores da sua implantação.		
158	Boletim informativo; Criação de página na internet; Estreitamento do diálogo com a coordenação de comunicação e NGI mediado pela ASTEC	A SMS não tem página na internet; Falta de recursos financeiros e materiais	Reuniões sistemáticas das técnicas da AGEF nas comunidades; Relatório de gestão apresentado ao conselho; Reuniões do conselho com a participação de técnicos da SMS para apresentação das suas ações a exemplo do cenário da regulação e assistência farmacêutica	Falta de uma página ou site do conselho na internet; Dificuldade para trabalhar em conjunto com a ASCOM.
159	Mobilização de alguns coordenadores do nível central; Interesse do gestor; Receptividade por parte da comunidade	Cultura organizacional de não participação; Falta de recursos materiais e financeiros.	Realização de oficinas para planejamento da ação junto com a comunidade	Insuficiente capacitação das lideranças e conselheiros para acompanhamento sistemático da ação
160	Realização de mini-conferências distritais.	Falta de veículo para locomoção e outros recursos materiais	Elaboração de planejamento e cronograma das pré-conferências distritais	Tempo exíguo e recursos (humanos e financeiros) escassos
161	Reuniões diárias para formação dos conselhos; Motivação e compromisso da equipe; Curso de especialização dado pelo ISC; Mobilização dos coordenadores dos DS; Projeto acolhimento	Falta de veículo para locomoção; Dificuldade de acesso a certas comunidades; Falta de logística para o trabalho.	Alguns DS com quase 100% dos conselhos locais implantados; Acompanhamento sistemático da equipe da AGEF para a formação dos conselhos distritais e locais; Motivação e compromisso da equipe	Falta de Recursos humanos para o acompanhamento sistemático dos DS; Falta de agilidade na homologação dos editais de eleição e posse
162	Apoio da pastoral da saúde; Apoio das administrações regionais – ARs	Dificuldade de acesso aos terreiros de candomblé e à assembléia de deus; Ingerências políticas por meio das representações;	Planejamento de uma oficina sobre o tema nos conselhos locais e distritais implantados	Insuficiência de Recursos humanos para a ação

		Organização da SMS ainda muito fragmentada, sem possibilitar a interação para o planejamento do trabalho		
163	Motivação e compromisso da equipe; Receptividade dos conselheiros.	Falta de veículo para locomoção; Dificuldade de acesso a certas comunidades; Falta de logística para o trabalho.	Trabalho comprometido das técnicas responsáveis;	Nem todos os conselhos encontram-se institucionalizados
164	Obs.: a coordenadora da AGEP desconhece totalmente a ação. Ficou de verificar com a ASTEC.		Obs.: a coordenadora da AGEP refere-se à necessidade de conversar com a ASTEC sobre a ação.	
165	Obs.: as técnicas responsáveis iniciaram a discussão sobre a implantação da ação Mobilização e comprometimento da equipe do CEREST; Apoio do movimento sindical; Relação do CEREST com o CESAT.	Tempo para o planejamento da ação.	Presença de técnica do CESAT na assessoria técnica; Existência e funcionamento da câmara técnica	Etapas a serem vencidas envolvidas no processo
166	Obs.: as técnicas responsáveis iniciaram a discussão sobre a implantação da ação Mobilização e comprometimento da equipe do CEREST; Apoio do movimento sindical; Relação do CEREST com o CESAT;	Tempo para o planejamento da ação	Compromisso da equipe de controle social	Redução da participação em reuniões ordinárias do número de instituições intersetoriais.
167	Obs.: as técnicas responsáveis iniciaram a	Tempo para o planejamento da ação	Existência da câmara técnica; Presença do representante	Sobrecarga de trabalho e ações

	<p>discussão sobre a implantação da ação</p> <p>Mobilização e comprometimento da equipe do CEREST; Apoio do movimento sindical; Relação do CEREST com o CESAT;</p>		<p>da câmara técnica no conselho municipal;</p>	
--	--	--	---	--

MÓDULO OPERACIONAL VII - POLÍTICA DE ATENÇÃO À SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA

Nº DA AÇÃO	NOV/DEZ/2006		ABR/JUN/2007	
	Facilitadores	Inibidores	Facilitadores	Inibidores
168	Capacidade de mobilização da equipe de trabalho para obtenção dos dados	Base de dados pulverizada; Ausência de sistema para consolidar informações e apoio de um técnico para a rede na SMS.	Capacidade de mobilização da equipe de trabalho para obtenção dos dados	Ausência do aprofundamento da Discussão sobre a ação; Base de dados pulverizada; Ausência de sistema para consolidar informações e apoio de um técnico para a rede na SMS.
169	Chegada de equipamentos que já foram solicitados; Maior apropriação pela equipe da idéia de observatório	O aguardo de equipamentos solicitados; Necessidade de recursos humanos especializados.	Chegada de equipamentos que já foram solicitados; Maior apropriação pela equipe da idéia de observatório	Ausência do aprofundamento da Discussão sobre a ação O aguardo de equipamentos solicitados; Necessidade de recursos humanos especializados.
170	Apoio financeiro externo; Parceria com outras instituições	O próprio racismo existente; Não disponibilidade de recursos da SMS; Falta de apoio institucional; Pouco tempo para os conteúdos da oficina	A formação de núcleos distritais para o combate ao racismo institucional. Maior incorporação do tema nas discussões Apoio financeiro externo; Parceria com outras instituições	O próprio racismo existente; O mito da democracia racial
171	Obs: ação a ser implementada a partir de 2008		Obs: ação não implementada	

172	Fácil acesso e adesão dos centros religiosos	A complexidade dos centros religiosos; A dificuldade de reconhecimento como legítimas as práticas usualmente utilizadas pelos centros religiosos;	Inclusão de representantes de religião de matriz africana no CMS; Realização de feiras de saúde e oficinas com os terreiros; Fácil acesso e adesão dos centros religiosos Obs: ação já implementada em Ilha de Maré, Calabar, Curuzu e Alto da Sereia.	A complexidade dos centros religiosos; A dificuldade de reconhecimento como legítimas as práticas usualmente utilizadas pelos centros religiosos;
173	Mobilização da coordenação do distrito sanitário do Subúrbio e dos agentes comunitários; Aprovação de projeto pelo MS para estas áreas	Falta de apoio institucional; Dificuldade de acesso à ilha de maré.	Mobilização da coordenação do distrito sanitário do Subúrbio e dos agentes comunitários; Aprovação de projeto pelo MS para estas áreas.	Dificuldade de acesso à ilha de maré. Dificuldade financeira

Facilitadores e Inibidores da Implantação do PMS 2006 / 2009. (3ª e 4ª Etapa)

MÓDULO OPERACIONAL I: PROMOÇÃO E VIGILÂNCIA À SAÚDE

Nº DA AÇÃO	NOV/DEZ/2007		ABR/JUN/2008	
	Facilitadores	Inibidores	Facilitadores	Inibidores
01	Equipe capacitada para realizar a ação; Parceria e o apoio de várias ONG; Entendimento das equipes Distritais sobre o conceito e os objetivos da Política Nacional de Promoção da Saúde; Articulação dos DS com a VISAMB/CCZ-COSAM e GTSPN para realização das ações.	Déficit de tecnologias adequadas para a realização de monitoramento das ações; Existência de áreas descobertas pelo PACS/PSF; RH insuficientes nas equipes Distritais e nas unidades de saúde, dificultando a realização das ações;	OBS: A Coordenadora da COSAM sugeriu que as ações 1 e 2 fossem levadas p/ a Reunião do Colegiado de Gestão da SMS e respondidas conjuntamente pelas Coord. do Nível Central responsáveis pela implementação dessas ações e pelos Coord. dos DS, como aconteceu na etapa anterior de acompanhamento do PMS.	
02	Parceria com as ONG, escolas, creches e demais instituições existentes nas áreas de abrangência dos DS;	Existência de áreas descobertas pelo PACS/PSF nos DS; RH insuficientes nas equipes Distritais.	OBS: Idem resposta da ação 1.	
03	Apresentação do levantamento realizado pelos DS como tarefa do Curso de Especialização; Parceria com a SET.	Fragilidade dos DS; Fragilidade da Educação continuada; Falta de estímulo dos profissionais devido a sobrecarga de atividades desenvolvidas cotidianamente.	Parceria com a Secretaria de Educação (Dengue); Parceria com a FIOCRUZ (Leptospirose); Implantação do Comitê da Dengue ampliando e fortalecendo a mobilização social.	Problemas de infra-estrutura da COSAM; Insuficiência de RH para implementar a ação.
04	Descentralização de algumas ações da VISAMB, a exemplo da coleta de água em 04 DS e do acompanhamento do plano de gerenciamento de resíduos dos serviços de saúde; Ampliação do leque de atuação da VISAMB e conseqüente aumento de sua visibilidade; Maior articulação e	Não descentralização da VISAMB; Falta de interação entre as Vigilâncias; Baixa cobertura do PSF;	Descentralização de 100% das ações da VISAMB, referente a coleta de água em 04 DS e do acompanhamento do plano de gerenciamento de resíduos de serviços de saúde; Aquisição de 12 kits Cloro para os DS; Realização de treinamento voltado para serviços de saúde; Realização de	Falta de veículos, combustível e motorista; Falta de interação entre as Vigilâncias; Falta de equipamentos de informática no Nível Central; Necessidade de reparos e manutenção na sede da COSAM.

	participação em projetos desenvolvidos por outros órgãos ambientais; Participação de profissionais da VISAMB como delegados, na Conferência Municipal do Meio Ambiente.		Curso para profissionais da VISA e da VISAMB sobre Cianobactéria para vigilância da qualidade da água; Aquisição de 04 GPS (geoprocessamento); Aquisição de mobiliários disponibilizados pelo MS.	
--	---	--	---	--

Nº DA AÇÃO	NOV/DEZ/2007		ABR/JUN/2008	
	Facilitadores	Inibidores	Facilitadores	Inibidores
05	Aprovação de projeto para implementação de atividade física nos DS; Realização da ação em alguns DS;	Recursos limitados para a continuidade da ação.	Aprovação de projeto para implementação de atividade física nos DS; Levantamento das ações que estão sendo desenvolvidas em alguns DS.	Recursos limitados para a continuidade da ação; Lentidão dos DS para encaminharem relatórios sobre as atividades que estão sendo desenvolvidas.
06	Existência de recursos à ação integra a programação de 2007; previsão de reuniões para o planejamento da ação sob a liderança da COAPS. Encontro de técnicos para discutir a ação; Perspectiva de pesquisa do MS com as escolas.	Volume de trabalho na SMS; Falta de clareza sobre as linhas e diretrizes de atuação; Retardo da pesquisa do MS.	A ação integra a programação de 2008; previsão de reuniões para o planejamento da ação sob a liderança da COAPS	Volume de trabalho na SMS. OBS: As Técnicas chamaram à atenção da necessidade de consultar as demais Coordenações da SMS envolvidas com essa ação para checar o estágio da ação na visão de tais Coordenações
07	Reunião do Colegiado de Gestão da SMS; Compromisso do Gestor e dos Coordenadores dos DS; Realização de Feiras de Saúde pelos DS.	Limitação de recursos financeiros da SMS; Falta de equipamentos (computador, scanner; filmadora, máquina fotográfica) e mobiliários; Falta de veículo e de combustível; Insuficiência de RH.	Compromisso do Gestor e dos Coordenadores dos DS; Realização de Feiras de Saúde pelos DS.	Limitação de recursos financeiros da SMS; Falta de veículo e de combustível; Insuficiência de RH.
08	Mudança de gestão do CCZ; Retomada da discussão de estratégias de comunicação e educação em saúde.	Resistência de alguns setores à nova gestão do CCZ; Fragmentação das ações educativas dos Agentes de Endemia; Os recursos do CCZ são	Mudança de gestão do CCZ; Retomada da discussão de estratégias de comunicação e educação em saúde.	Resistência de alguns setores à nova gestão do CCZ; Fragmentação das ações educativas dos Agentes de Endemia; Os recursos do CCZ

		destinados à pagamento de salário deixando as ações educativas sem os mesmos; Falta de veículo; Constantes paralisações dos profissionais terceirizados; Crise financeira da PMS.		são destinados à pagamento de salário deixando as ações educativas sem os mesmos; Falta de veículo; Constantes paralisações dos profissionais terceirizados; Crise financeira da PMS.
--	--	---	--	---

Nº DA AÇÃO	NOV/DEZ/2007		ABR/JUN/2008	
	Facilitadores	Inibidores	Facilitadores	Inibidores
09	Parceria com escolas do DS da Liberdade através do projeto de Fiscal Mirim; Incorporação dessa ação no plano de Ação da VISA; boa receptividade das escolas; Motivação da equipe	<p>Demanda da mídia ou do Ministério Público; Falta de veículo e de combustível; Deficiência de material educativo; Demanda dos Conselhos de Classe; Atendimento às denúncias da população; Falta de capa-citação profissional; Falta de equipamentos e materiais necessários; Falta de critérios ou indicadores p/ mensurar a ação; Participação limitada do conjunto dos atores na gestão dos recursos financeiros.</p> <p>OBS: O Técnico chama à atenção que na área de medicamentos não foi realizada nenhuma ação específica e na área de alimentos foram realizadas ações muito pontuais.</p>	Incorporação dessa ação no plano de Ação da VISA; Boa receptividade das escolas (alimentos); Visita da equipe da VISA (Nível Central) às equipes da VISA dos DS.	<p>Demanda da mídia ou do Ministério Público; Falta de veículo e de combustível; Deficiência de material educativo; Demanda dos Conselhos de Classe; Atendimento às denúncias da população; Falta de capacitação profissional; Falta de equipamentos e materiais necessários; Falta de critérios e/ou indicadores para mensurar a ação; participação limitada do conjunto dos atores na gestão dos recursos financeiros; Greve e paralisações freqüentes dos profissionais terceirizados; Lentidão na CAD, COPEL FMS e Procuradoria para agilizarem as solicitações de materiais; Desprecarização do vínculo empregatício dos terceirizados.</p> <p>OBS: O Técnico chama à atenção que na área de medicamentos não foi realizada nenhuma ação específica e na</p>

				área de alimentos foram realizadas ações muito pontuais em escolas.
10	Previsão de convênio com outras instituições; Recursos financeiros destinados a ação; Criação de GT de Promoção da Saúde.	Inadequação das propostas encaminhadas por outras instituições; Impossibilidade de realização de convênio e sim de licitação, p/ utilização do recurso destinado a ação; Insuficiência de aliados para a implantação da ação.	Definição de projeto com ênfase nessa ação, fruto do trabalho de conclusão de Curso de Especialização em Políticas de Alimentação e Nutrição desenvolvidas pela Técnica responsável por essa área, e conseqüentemente por essa ação. Esse projeto será desenvolvido como experiência piloto no DS de cajazeiras.	Inadequação das propostas encaminhadas por outras instituições; Impossibilidade de realização de convênio e sim de licitação, p/ utilização do recurso destinado a essa ação.

Nº DA AÇÃO	NOV/DEZ/2007		ABR/JUN/2008	
	Facilitadores	Inibidores	Facilitadores	Inibidores
11	Recebimento de recurso RENAST; Aluguel de casa para o CEREST; Conclusão da reforma da sede do CEREST; Aquisição de computadores.	Não inauguração oficial do CEREST; Saída da Coordenadora do CEREST; Falta de logística e RH para funcionamento do CEREST.	Recebimento de recursos do RENAST; Conclusão da reforma da sede do CEREST; Aquisição de computadores; Motivação da Equipe do CEREST; Reunião com o novo Secretário de Saúde (Dr. José Carlos Brito)	Falta de logística e de RH para funcionamento do CEREST; Mudança de Gestor (Secretário Municipal de Saúde); Reestruturação da COAPS; Precarização do vínculo com os profissionais terceirizados; Desaquecimento da rede de serviços de atenção à saúde.
12	Articulação com a Secretaria de Educação Municipal para desenvolvimento de ações de educação em saúde; PPI como instrumento de gestão da VISAMB; Reuniões com os DS; Elaboração e divulgação de material didático sobre água, solo e ar; Apoio da Coord. de Comunicação e educação e	Burocracia interna da SMS; readequação do VIGISUS para adequar às solicitações dos materiais.	Articulação com a SMEC p/ desenvolvimento de ações de educação em saúde; Reuniões com os DS; Elaboração e divulgação de material didático sobre água, solo e ar; Apoio da Coord. de Comunicação e Educação em Saúde; Apoio das subcoordenações da COSAM e do nível central; Apoio da equipe da	Burocracia interna da SMS; Falta de veículos, combustível e motoristas; Falta de reparos e manutenção na sede da COSAM, e conseqüentemente da VISAMB; Subutilização de profissionais de nível superior no desenvolvimento dessa ação, a qual poderia ser desenvolvida por profissionais de nível médio que

	saúde; Apoio das Subcoord. da COSAM e do Nível Central; Aquisição de novos técnicos na VISAMB; Apoio da equipe da VISAMB/SESAB e do CGVAM/MS		VISAMB/SESAB e do CGVAM/MS.	fossem devidamente treinados pela VISAMB.
13	Existência de equipe multidisciplinar; Quadro de técnicos NU concursados; Existência de base legal para definição dos níveis de competência no âmbito municipal, estadual e federal; Existência de profissionais com qualificação em Saúde Coletiva; Apoio da SESAB enquanto suporte estratégico; Elaboração do plano de Ação da VISA; Adesão da equipe da VISA ao novo Subcoordenador.	Logística deficiente (equipamentos, mobiliários, veículos) do Nível Central para a VISA; Necessidade de qualificação profissional, para o controle do risco sanitário de serviços de saúde, em especial os de radiodiagnóstico; Situação financeira da Prefeitura, comprometendo o processo de compra; Entraves burocráticos da SMS; Morosidade da CAD; Despreparo da SMS p/ assumir a gestão plena; Demora na implantação do plano de cargos e salários.	Existência de equipe multidisciplinar; Quadro de técnicos NU concursados; Existência de base legal para definição dos níveis de competência no âmbito municipal, estadual e federal; Existência de profissionais com qualificação em Saúde Coletiva e outras áreas técnicas; Apoio da SESAB enquanto suporte estratégico; Elaboração do plano de Ação da VISA; Apoio da equipe da VISA à gestão do Subcoordenador.	Logística deficiente (equipamentos, mobiliários, veículos) do nível central para a VISA; Necessidade de qualificação profissional, para o controle do risco sanitário de serviços de saúde, em especial os de radiodiagnóstico; Situação financeira da Prefeitura, comprometendo o processo de compra; Entraves burocráticos da SMS; Morosidade da CAD; Despreparo da SMS p/ assumir a gestão plena; Demora na implantação do plano de cargos e salários; Necessidade de qualificação profissional para o controle do risco sanitário de serviços de saúde (laboratórios, UTI Móvel, e lavanderia hospitalar); Falta de poder de polícia por parte dos profissionais e de atendimento integrado (VISA, VISAMB, CCZ, VIEP e CEREST).

Nº DA AÇÃO	NOV/DEZ/2007		ABR/JUN/2008	
	Facilitadores	Inibidores	Facilitadores	Inibidores
14	Hospitais que já possuem o núcleo de vig. Epidemiológica; Iniciadas as discussões técnicas para a implantação das unidades de resposta rápida (URR); Existência de recursos materiais p/ implantação das URR; Aquisição de uma técnica de referência para as URR; Realização das oficinas p/ investigação do óbito materno infantil.	Insuficiência de RH para a VIEP; Espaço físico incompatível com as URR; Paralisações do PACS/PSF; Término do convênio entre a SMS e a UFBA (estagiários da VIEP).	Hospitais que já possuem o Núcleo de Vigilância Epidemiológica; Discussões técnicas p/ a implantação das Unidades de Resposta Rápida (URR); Existência de recursos materiais p/ implantação das URR; Aquisição de uma técnica de referência p/ as URR; Realização das oficinas p/ investigação do óbito materno infantil; Retomada do Convênio entre a UFBA/ ISC e a SMS; Retorno dos estagiários da VIEP.	Insuficiência de RH para a VIEP; Espaço físico incompatível com as URR; Instabilidade do PACS/PSF.
15	Mobilização e compromisso da equipe (Nível Central e Distrital) da VE; Implantação dos Núcleos hospitalares de VE por parte da SESAB.	Falta de estruturação dos DS para essa ação.	Proposta de realização de oficina para promover a integração das Vigilâncias através do Convênio VIGISUS.	Superação das burocracias e das exigências do governo (limitação de recurso, etc).
16	Descentralização das ações para os DS; Utilização (provisória) de Técnicos de outras categorias para a VISA nos DS.	Falta de educação continuada para os profissionais da VISA; Deficiência de estrutura física para a implantação da ação nos DS; Agravamento da crise financeira da SMS; Dificuldade de comunicação entre o Nível central e os DS; Inexistência de um Sistema de Informação on line entre VISA e DS; Paralisações dos profissionais terceirizados, especialmente os de nível médio; Falta de veículo; Não atendimento das solicitações de insumos básicos feitas pela VISA.	Descentralização das ações para os DS; Utilização (provisória) de Técnicos de outras categorias para a VISA nos DS; maior aproximação entre a equipe da VISA e a população.	Falta de educação continuada para os profissionais da VISA; Deficiência de estrutura física para a implantação da ação nos DS; Agravamento da crise financeira da SMS; Dificuldade de comunicação entre o Nível Central e os DS; Inexistência de um Sistema de Informação on line entre VISA e DS; Paralisações dos profissionais terceirizados, especialmente os de nível médio; Falta de veículo; Não atendimento das solicitações de insumos básicos feitas pela VISA; Falta de uma home page para a VISA;

				Falta de material educativo que possa atender às demandas dos DS; Falta de capacitação específica para os profissionais dos DS.
--	--	--	--	---

Nº DA AÇÃO	NOV/DEZ/2007		ABR/JUN/2008	
	Facilitadores	Inibidores	Facilitadores	Inibidores
17	Realização de visita do CCZ aos 12 DS para acompanhamento da atividade de vacinação de anti-rábica animal e controle da raiva humana nesses distritos; Curso de Especialização em Gestão; Curso de Especialização em Análise de Dados Secundário; Implantação da Gestão Plena.	Crise financeira da PMS; Falta de compreensão do que representa a descentralização das ações de Vigilância; Ausência de discussão do nível central e nos DS sobre a ação; Ausência de discussão sobre o modelo e o papel do CCZ; falta de diretrizes para a abordagem de situações locais; Resistência das chefias em assumir a zoonose utilizando o argumento da sobrecarga de trabalho com as ações de vigilância; Não descentralização dos técnicos do CCZ, apenas da VISA; Insuficiência de técnicos para o CCZ.	Realização de visita do CCZ aos 12 DS para acompanhamento da atividade de vacinação de anti-rábica animal e controle da raiva humana nesses Distritos; Curso de Especialização em Gestão; Curso de Especialização em Análise de Dados Secundário; Implantação da Gestão Plena	Forma equivocada como foi descentralizada a equipe técnica para as Chefias de Vigilância Sanitária e Zoonose dos DS, pois não houve discussão das atribuições do setor, nem capacitação adequada; Insuficiência de técnicos para o CCZ; Crise financeira da SMS; falta de estrutura nos DS.
18	Ingresso de estagiários para atuarem junto à imunização; Regularidade no abastecimento dos imunobiológicos por parte do MS e do Estado; Ingresso de Enfermeiras distritais na imunização; Existência de 22 Enfermeiras para as unidades de saúde Tipo 1 (Básica).	Ausência de política de educação continuada na própria SMS e mais especificamente para a equipe de vacinadores, sem que isso dependa de cooperação técnica; Utilização das seringas de vacinação pelo programa de diabetes; Insuficiência de veículos para imunização; Má qualidade dos refrigeradores adquiridos para imunização; Agravamento da ausência de manutenção preventiva e corretiva;	Ingresso de estagiários p/ atuarem junto à imunização na VIEP do Nível Central e dos DS; Regularidade no abastecimento dos imunobiológicos por parte do MS e do Estado; Ingresso de Enfermeiras Distritais na imunização; Existência de 22 Enfermeiras p/ as Unidades Básicas de Saúde (UBS); Utilização de 02 veículos cedidos pelo VIGISUS à VIEP do Nível	Ausência de política de educação continuada na própria SMS, mais especificamente para a equipe de vacinadores, sem que isso dependa da Cooperação Técnica; Utilização das seringas de vacinação pelo Programa de Diabetes; Insuficiência de veículos p/ a imunização; Má qualidade dos refrigeradores adquiridos p/a imunização; Agravamento da ausência de manutenção

		Inadequação de algumas salas de vacina em termos de espaço físico e climatização; Agravamento da inadequação da CEMADI (Central de Distribuição e Acondicionamento de Imunobiológicos) para atender a população do município; Falta de impressos, a exemplo da caderneta de vacinação; Impossibilidade de utilização pela VIEP de 02 novos veículos comprados pelo VIGISUS, por falta de seguro.	central.	preventiva e corretiva; Inadequação de algumas salas de vacina em termos de espaço físico e climatização; Agravamento da inadequação da CEMADI (Central de Distribuição e Acondicionamento de Imunobiológicos) p/ atender a população do município; Falta de impressos (caderneta de vacinação, etc).
--	--	--	----------	---

Nº DA AÇÃO	NOV/DEZ/2007		ABR/JUN/2008	
	Facilitadores	Inibidores	Facilitadores	Inibidores
19	Revisão do Sistema de Informação (Banco de Dados); Existência de Enfermeiras Distritais de Imunização; Descentralização do Sistema de Informação.	Ausência de educação continuada para a equipe de vacinadores; Pouca mobilidade dos profissionais que atuam nas unidades para fazer busca ativa; A população não se mobiliza para a cobertura vacinal fora do período de campanhas; Impossibilidade de utilização pela VIEP de 02 novos veículos comprados pelo VIGISUS, por falta de seguro; Ausência de política de comunicação e informação interna da SMS para estimular a população a vacinar-se fora do período de campanhas.	Utilização de 02 veículos cedidos pelo VIGISUS; Revisão do Sistema de Informação (Banco de Dados); Existência de Enfermeiras Distritais de imunização; Descentralização do Sistema de Informação.	Ausência de educação continuada p/ a Equipe de vacinadores; Pouca mobilidade dos profissionais que atuam nas unidades p/ fazer busca ativa; A população não se mobiliza p/ a cobertura vacinal fora do período de campanhas; Ausência de política de comunicação e informação interna da SMS p/ estimular a população a vacinar-se fora do período de campanhas.
20	Mobilização e compromisso da equipe; Regularidade no recebimento dos insumos que dependem do MS e do estado.	Cenário político-administrativo desfavorável; Permanente insegurança acerca da obtenção da logística necessária para a campanha.	Mobilização e compromisso da Equipe; Regularidade no recebimento dos insumos que dependem do MS e do Estado.	Cenário político-administrativo desfavorável; Permanente insegurança acerca da obtenção da logística necessária p/ a realização das campanhas.

21	Apoio dos Agentes da FUNASA que tem contribuído para o funcionamento do Programa da Dengue.	Ausência de estratégias que permitam a descentralização da ação de controle da dengue; Ausência de logística para o trabalho; Crise financeira da Prefeitura; Os DS informam que não possuem condições de assumir o programa da dengue; Não cumprimento dos ciclos no período correto; Baixa articulação com os DS; Fragilidade do vínculo trabalhista dos profissionais ligados à Real Sociedade, ocasionando paralisações, greves, redução da frota de veículos, redução da cota de combustível; Desmotivação da equipe; Falta de espaço físico para laboratório de entomologia; insalubridade dos pontos de apoio.	Apoio dos Agentes da FUNASA que tem contribuído para o funcionamento do Programa da Dengue; Realização de seleção pela SMS para Agentes de Endemias.	Ausência de estratégias que permitam a descentralização da ação de controle da dengue; Ausência de logística para o trabalho; Crise financeira da Prefeitura; Os DS informam que não possuem condições de assumir o programa da dengue; Não cumprimento dos ciclos no período correto; Baixa articulação com os DS; Fragilidade do vínculo trabalhista dos profissionais ligados à Real Sociedade, ocasionando paralisações, greves, redução da frota de veículos, redução da cota de combustível; Desmotivação da equipe; Falta de espaço físico para laboratório de entomologia; insalubridade dos pontos de apoio.
----	---	---	--	---

Nº DA AÇÃO	NOV/DEZ/2007		ABR/JUN/2008	
	Facilitadores	Inibidores	Facilitadores	Inibidores
22	Parceria com a CODESAL p/ a realização da operação chuva; Parceria com a FIOCRUZ; Equipe treinada; Plano de contingência elaborado; áreas de atuação prioritárias definidas; parcerias com a Limpurb, SUMAC e SMEC	Insuficiência de recursos materiais; Abastecimento irregular e insuficiente de raticidas e de materiais em geral; falta de insumos estratégicos.	Parceria com a CODESAL p/ a realização da operação chuva; Parceria com a FIOCRUZ; Equipe treinada; Plano de contingência elaborado; áreas de atuação prioritárias definidas; parcerias com a Limpurb, SUMAC e SMEC; Realização de seleção pela SMS para Agentes de Endemias.	Insuficiência de recursos materiais; Abastecimento irregular e insuficiente de raticidas e de materiais em geral; falta de insumos estratégicos; Instabilidade do vínculo empregatício dos Agentes de Endemias e Supervisores.
23	Compromisso do Gestor; Parceria com a DIVEP/SESAB e com o	Serviço 156 desativado; Ausência de discussão sobre instrumento que	Compromisso do Gestor; Parceria com a DIVEP/SESAB e	Serviço 156 desativado; Ausência de discussão sobre instrumento

	ISC/UFBA; Equipe técnica treinada e experiente; Divulgação na mídia sobre postos de vacina Anti-rábica.	favoreça a acessibilidade; Falta de acompanhamento jurídico; Irregularidade no abastecimento de insumos; Ausência de manutenção preventiva e corretiva das carrocinhas e do canil; Insuficiente entendimento sobre a epidemiologia da raiva; Falta de recursos financeiros inviabilizando a realização de campanhas; Não incorporação de uma cultura voltada para o bem-estar do animal. OBS: Por interferência da Sociedade Protetora dos Animais e do Ministério Público o canil foi esvaziado, inviabilizando o desenvolvimento de ações preconizadas pelo MS p/ a Vigilância Epidemiológica da Raiva.	com o ISC/UFBA; Equipe técnica treinada e experiente; Divulgação na mídia sobre posse e vacina Anti-rábica; Assessoria para elaboração de vacinação e vigilância para o controle da raiva pelo MS e SESAB; Disponibilidade de recursos financeiros para realização de campanha.	que favoreça a acessibilidade; Falta de acompanhamento jurídico; Irregularidade no abastecimento de insumos; Ausência de manutenção preventiva e corretiva das carrocinhas e do canil; Insuficiente entendimento sobre a epidemiologia da raiva; Falta de recursos financeiros inviabilizando a realização de campanhas; Não incorporação de uma cultura voltada para o bem-estar do animal; Recusa da Ouvidoria em atender solicitações da população relacionadas ao CCZ; Não uso dos recursos financeiros disponibilizados pelo MS através do repasse Fundo a Fundo, devido a morosidade no andamento dos processos administrativos, perdendo o prazo para utilização dos recursos que era semestral.
--	---	--	---	---

Nº DA AÇÃO	NOV/DEZ/2007		ABR/JUN/2008	
	Facilitadores	Inibidores	Facilitadores	Inibidores
24	Incorporação de RH qualificados; Participação da equipe em eventos técnico-científicos; Implantação do Plano de Controle de Roedores; Divulgação na mídia de medidas preventivas relacionadas a leptospirose; Construção de algoritmo para melhorar a notificação; e diagnóstico da leptospirose;	Fragilidade da articulação dos órgãos envolvidos com essas doenças; Falta de veículo: Leptospirose e Leshmaniose: Insuficiência de RH; Insuficiência de materiais em geral. Doença de Chagas: Falta de laboratório adequado;	Incorporação de RH qualificados; Participação da equipe em eventos técnico-científicos; Implantação do Plano de Controle de Roedores; Divulgação na mídia de medidas preventivas relacionadas a leptospirose; Construção de algoritmo para melhorar a notificação; e diagnóstico da	Fragilidade da articulação dos órgãos envolvidos com essas doenças (leptospirose e leishmaniose); Insuficiência de RH; Insuficiência de materiais em geral; Indisponibilidade de veículos para realização das ações. Doença de Chagas Falta de laboratório adequado;

	Realização de Inquérito Entomológico p/ a verificação de ocorrência e transmissão de filariose; Equipe de Entomologia treinada p/ identificação e captura do vetor; Criação de GT p/ para trabalhar a descentralização da ação voltada p/ a esquistossomose; Apoio da 1ª DIRES p/ a realização do Inquérito Amostral Canino e o Levantamento Entomológico; participação em seminários sobre saúde e alimentação escolar.	Falta de recursos compatíveis com a demanda; processo de implantação dos Postos de informação sobre Triatomíneos – PITS.	leptospirose; Realização de Inquérito Entomológico p/ a verificação de ocorrência e transmissão de filariose; Equipe de Entomologia treinada p/ identificação e captura do vetor; Criação de GT p/ para trabalhar a descentralização da ação voltada p/ a esquistossomose; Apoio da 1ª DIRES p/ a realização do Inquérito Amostral Canino e o Levantamento Entomológico; participação em seminários sobre saúde e alimentação escolar; Implantação dos Postos de Informação sobre Triatomíneos (PITs); Parceria com a FIOCRUZ, LACEN. 1ª DIRES; Continuidade nas obras de ampliação da sede do CCZ (Nível Central)	Falta de recursos compatíveis com a demanda.
25	Reunião prevista com o atual Secretário p/ discutir os problemas da ação; Implantação das ações de prevenção; Compromisso da equipe; Parcerias estabelecidas com outras organizações governamentais e da sociedade civil; Disponibilidade de recursos específicos repassados pelo nível central.	Condições inadequadas da casa disponibilizada p/ o Centro de Referência em Itapagipe; Irregularidade no pagamento dos profissionais terceirizados; Inexistência de médico infectologista na Rede; Remuneração não atrativa para os médicos do quadro da SMS; Não implantação do plano de cargos e salários da SMS; Desabastecimento da Rede quanto a medicamentos p/ DST e kits de laboratório para detecção precoce do HIV; Falta de Insumos de assistência com relação a apoio	Equipe técnica do Nível Central, Distrital e Local treinada e motivada para desenvolver a ação; Inauguração do Serviço Municipal de Assistência Especializada (SEMADE), no DS do Centro Histórico; Participação dos profissionais da rede na capacitação para o carnaval como um elemento que estimulou a atuação profissional dos mesmos.	Dificuldade no retorno dos exames anti-HIV; Demora de entrega dos resultados de VDRL, dificultando a detecção precoce e o acompanhamento adequado das gestantes; Paralisações freqüentes das Unidades de Saúde da Família dificultando o acesso dos usuários. OBS: A Técnica ressaltou que a questão laboratorial e as paralisações freqüentes do PSF são os maiores entraves para implementação dessa ação nesse momento.

		<p>diagnóstico.</p> <p>OBS: A técnica informou que houve reforma no Centro de Referência do DS Centro Histórico, mas ainda não foi implantado, devido a outras questões (terceirização, apoio diagnóstico, falta de médico infectologista).</p>		
--	--	---	--	--

Nº DA AÇÃO	NOV/DEZ/2007		ABR/JUN/2008	
	Facilitadores	Inibidores	Facilitadores	Inibidores
26	Compromisso da equipe; Parcerias estabelecidas com outras organizações governamentais e da sociedade civil; Disponibilidade de recursos específicos repassados pelo nível federal; Implantação das ações de prevenção às DST nos DS	Encaminhamento inadequado de pacientes da Rede básica p/ os Centros de Referência; Irregularidade no abastecimento dos kits p/ a detecção precoce do HIV; Inexistência do médico infectologista no quadro da SMS; Não implantação do plano de cargos e salários.	Compromisso da equipe; Parcerias estabelecidas com outras organizações governamentais e da sociedade civil; Disponibilidade de recursos específicos repassados pelo nível federal; Implantação das ações de prevenção às DST nos DS..	Dificuldade no retorno dos exames anti-HIV, dificultando a detecção precoce; Paralisações freqüentes das Unidades de Saúde da Família dificultando o acesso dos usuários.
27	<p>Tuberculose</p> <p>Fortalecimento do acompanhamento do SINAN nos DS; Formalização do Fórum Baiano de Controle da Tb; Capacitação periódica com encontros mensais dos técnicos do PCT da Rede de Salvador; Fortalecimento e integração das Coordenações COAPS, VIEP e CDRH; Fortalecimento e integração com a SESAB; Parceria com a Fundação DAMIEN; Dispensação gratuita de medicação e dos exames;</p>	<p>Tuberculose</p> <p>Descontinuidade na disponibilização de ticket e vale transporte p/ incentivar a adesão ao tratamento; Dificuldade de acesso a RaioX; Resistência de alguns profissionais da Rede p/ atender o PCT; Espaço físico inadequado em algumas unidades da rede p/ atender os casos de Tb; Baixa cobertura de PACS/PSF; Fragilidade da Rede Laboratorial; falta de veículo p/ a realização de supervisões e busca dos faltosos.</p> <p>Hanseníase</p>	<p>Tuberculose</p> <p>Fortalecimento do acompanhamento do SINAN nos DS; Atuação do Fórum Baiano de Controle da Tb; Capacitação periódica com encontros bimestrais dos técnicos do PCT da Rede de Salvador, no Hospital Otávio Mangabeira; Fortalecimento e integração das Coordenações COAPS/ Assistência Farmacêutica, VIEP e CDRH; Fortalecimento e integração com a SESAB; Parceria com a Fundação</p>	<p>Tuberculose</p> <p>Dificuldade de acesso a Raio X; Resistência de alguns profissionais da Rede p/ atender o PCT; Espaço físico inadequado em algumas unidades da rede p/ atender os caso de Tb; Baixa cobertura de PACS/PSF; Fragilidade da Rede Laboratorial; Falta de veículo p/ a realização de supervisões e busca dos faltosos; Agravamento da crise. No PSF por questões trabalhistas; Descentralização dos laboratórios dos DS que foram transformados em postos de coleta.</p>

	<p>Incentivo aos técnicos (gratificação); Compromisso do Gestor; Prioridade dada a ação pela SMS; Capacitação de um técnico de referência em cada DS p/ acompanhar o PCT.</p> <p>Hanseníase</p> <p>Acompanhamento do programa por um técnico de referência na COAPS; Parceria com a AIFO para treinamento de pessoal e reprodução de material educativo; Integração entre COAPS, e VIEP; Dispensação gratuita de medicação e dos exames diagnóstico; Capacitação de profissionais dos DS.</p>	<p>Falta de um tipo de medicação em todo o Estado; Atraso na notificação do agravo pelas unidades; Dificuldade no fluxo do acompanhamento do caso entre CRA/ SUIIS; Pouca disponibilidade dos profissionais das unidades por apresentarem estigma e medo frente à doença; Baixa cobertura de PACS/PSF; Fragilidade da Rede Laboratorial; falta de veículo p/ a realização de supervisões.</p>	<p>DAMIEN; Dispensação gratuita de medicação e dos exames; Incentivo aos técnicos (gratificação); Compromisso do Gestor; Prioridade dada a ação pela SMS; Atuação dos técnicos de referência em cada DS no acompanhamento das ações do PCT; Disponibilização de 02 tickets no valor de R\$10,00 cada para incentivar a adesão dos pacientes ao tratamento. Investimento no rastreamento da reação adversa à vacina BCG.</p> <p>OBS: A Técnica destacou que houve substituição dos vales transportes que eram disponibilizados p/ os pacientes por tickets, devido a implantação do SMART CARD, inviabilizando a dispensação de ticket e vale transporte para os pacientes.</p> <p>Hanseníase</p> <p>OBS: A Técnica responsável por essa ação não trabalha mais na SMS e a ação ainda não foi assumida por outro técnico.</p>	<p>Hanseníase</p> <p>OBS: A Técnica responsável por essa ação não trabalha mais na SMS e a ação ainda não foi assumida por outro técnico.</p>
Nº DA AÇÃO	NOV/DEZ/2007		ABR/JUN/2008	
	Facilitadores	Inibidores	Facilitadores	Inibidores
28	<p>Participação de técnicos da VIEP em Curso de Especialização em análise de dados secundários; Capacitação do MS em DANTS; Levantamento realizado da série histórica das causas determinantes dos óbitos;</p>	<p>Fragilidade no sistema de Informação; Má qualidade do instrumento de coleta de dados; Inexistência de sistema próprio p/ o registro das DANTS; Insuficiência de RH p/ acompanhar as DANTS nos DS e no nível central; Ausência</p>	<p>Realização do I Seminário sobre Promoção da Saúde, envolvendo os 12 DS; Capacitação do Nível Central e dos DS sobre Vigilância das DANTS; Participação dos Técnicos da VIEP em Curso de Especialização em Análise de</p>	<p>Readequação do Instrumento utilizado para Vigilância das Violências; Inexistência de Sistema próprio p/ o registro das DANTS nos DS e no Nível Central; Ausência de das DANTS no Organograma da VIEP.</p>

	<p>Empenho e compromisso da equipe; Elaboração de Plano p/ o MS sobre a Vigilância das DANTS; Implantação do Sistema de Vigilância à Violência e a Acidentes (VIVA); Parceria com o projeto Viver, CEDECA, Fórum de Combate à Violência, SET, GT de DANTS da SESAB; Implantação da política nacional de Promoção da Saúde; Aprovação de um projeto de atividade física com incremento financeiro.</p>	<p>das DNTS no organograma da VIEP</p> <p>OBS: A Técnica relata que apesar de algumas atividades terem sido implementadas, a análise da situação não foi realizada (seminários, pesquisas).</p>	<p>Dados Secundários; Capacitação do MS em DANTS; Levantamento realizado da série histórica das causas determinantes dos óbitos; Empenho e compromisso da equipe; Elaboração de Plano p/ o MS sobre Vigilância das DANTS; Implantação do Sistema de Vigilância à Violência e à Acidentes (VIVA); Parceria com o Projeto Viver, CEDECA, Fórum de Combate à Violência, SET, GT de DANTS da SESAB; Implantação da Política nacional de promoção da saúde; Aprovação de um projeto de atividades físicas com incremento financeiro.</p>	
29	<p>Ação integra o planejamento da Programação operativa p/ 2007; Profissionais sensibilizados para a Vigilância das DANTS; Existência dos PSF.</p>	<p>Necessidade de aprofundar a discussão sobre a ação; Necessidade de conclusão do diagnóstico; Necessidade de uma equipe de referência nos DS.</p> <p>OBS: A técnica chama à atenção que o PSF é um facilitador e ao mesmo tempo inibidor, devido a baixa cobertura e que os DS não estão estruturados para colaborarem na implementação dessa ação.</p>	<p>Ação integra a Programação Operativa de 2008; Profissionais sensibilizados p/ a Vigilância das DANTS; Existência dos PSF.</p>	<p>Necessidade de aprofundar a discussão sobre a ação; Necessidade de conclusão do diagnóstico; Necessidade de uma equipe de referência nos DS.</p>

Nº DA AÇÃO	NOV/DEZ/2007		ABR/JUN/2008	
	Facilitadores	Inibidores	Facilitadores	Inibidores
30	Oferta regular e medicação gratuita (cesta básica); Acesso a exames laboratoriais mesmo com dificuldade; Realização de 04 glicemias capilares/ ano; Campanhas freqüentes; Presença de nutricionista e outros profissionais nas UBS; Realização de Seminário p/ sensibilização dos gerentes sobre o Hiperdia; Capacitação para o nível médio (Téc. De Enfermagem) enfatizando a importância do Hiperdia.	Falta de cadastro dos hipertensos; pelos profissionais (médicos enfermeiros e nutricionistas); Dificuldade do nível central para acompanhar os DS e as unidades; Subnotificação e falta de atualização; Não implantação da Ficha de Acompanhamento dos hipertensos.	Oferta regular e medicação gratuita (cesta básica); Acesso a exames laboratoriais mesmo com dificuldade; Realização de 04 glicemias capilares/ ano; Campanhas freqüentes; Presença de nutricionista e outros profissionais nas UBS;	Falta de cadastro dos hipertensos; pelos profissionais (médicos enfermeiros e nutricionistas); Dificuldade do nível central para acompanhar os DS e as unidades; Subnotificação e falta de atualização; Não implantação da Ficha de Acompanhamento dos hipertensos.
31	A técnica não identificou facilitadores.	Falta de articulação entre a COAPS, COSAM, DS e instituições externas (APAE, e HEMOBA).	Dados da APAE em mãos; Articulação com a COSAM (disponibilidade); Articulação com a ASTEC.	Dificuldade de articulação com o HEMOBA; Dados do HEMOBA não informatizados; Falta de elaboração da Ficha de Notificação; falta de estabelecimento de fluxo.
32	Articulação com a COAPS, Projeto Viver, CEDECA, Fórum Comunitário de Combate à Violência; SET, GT de DANTS, da SESAB; Realização de Seminário sobre a Vigilância das violências.	Não conclusão da nova ficha de investigação por parte do MS.	Articulação com a COAPS, Projeto Viver, CEDECA, Fórum Comunitário de Combate à Violência, SET, GT das DANTS da SESAB; Realização do Seminário sobre Vigilância das Violências.	Não conclusão por parte do MS da nova Ficha de Investigação.
33	Participação da Rede de Atenção à Saúde da Mulher; Desenvolvimento de instrumentos de referência e contra-referência em 04 DS; Implantação de projeto piloto no DS Barra/ Rio Vermelho (DSBRV); Implantação	Medo de represália por parte dos profissionais para denunciar e/ou notificarias; Falta de RH na VIEP dos DS.	Participação da Rede de Atenção à Saúde da Mulher; Desenvolvimento de instrumentos de referência e contra-referência em 04 DS; Implantação de projeto piloto no DS Barra/Rio Vermelho (DSBRV); Implantação	Medo de represália por parte dos profissionais p/ denunciar e/ou notificar; Falta de RH na VIEP dos DS.

	de Ficha de Notificação Compulsória no DSBRV como projeto piloto; Programação de 03 oficinas envolvendo os 12 DS para serem realizadas em 2008; Reunião com a COAPS e formação de um GT; Implantação de trabalhos que estimulem a cultura da paz, com ênfase na identificação dos parceiros;		da ficha de Notificação Compulsória do DSBRV como projeto piloto; programação de 03 oficinas envolvendo os 12 DS p/ serem realizadas em 2008; Reunião com a COAPS e formação de um GT; Implantação de trabalhos que estimulem a cultura da paz, com ênfase na identificação dos parceiros.	
--	--	--	--	--

Nº DA AÇÃO	NOV/DEZ/2007		ABR/JUN/2008	
	Facilitadores	Inibidores	Facilitadores	Inibidores
34	OBS: A Coordenadora da VIEP informou que não conseguiu entender a formulação dessa ação, pois acredita que tem muito mais a ver com a polícia do que com a VIEP, da maneira como a ação está formulada. Acrescentou que já havia mencionado essa dificuldade no entendimento da formulação dessa ação, nas etapas anteriores de acompanhamento do PMS.		OBS: A Técnica da VIEP (Nível central) informou que a formulação dessa ação não foi compreendida pela equipe, pois acreditam que tem muito mais a ver com a polícia do que com a VIEP, a maneira como a ação está formulada. Reafirmou que a equipe vem sinalizando essa dificuldade no entendimento da formulação dessa ação, desde as etapas anteriores de acompanhamento do PMS.	
35	Recursos do MS; Implantação do Sistema de Vigilância à Acidentes; Parceria com a SET; Possibilidade de aquisição de um Estatístico na equipe	O setor de informação do CRA não repassa os dados para a VIEP; Insuficiência de RH no nível central e distrital; Ausência de Estatístico no quadro da SMS; Ausência de digitador na equipe; Interrupção do convênio para aquisição do Estatístico (em andamento).	Recursos do MS; Implantação do Sistema de Vigilância a Acidentes; Parceria com a SET; Aquisição de um Estatístico na Equipe da VIEP do Nível Central; Retomada do Convênio entre a SMS e a UFBA.	O setor de informação do CRA não repassa os dados para a VIEP; Insuficiência de RH na VIEP do Nível Central; Ausência de digitador na equipe.

36	Realização da Conferência de Saúde do trabalhador; Controle social organizado; Implantação da Câmara Técnica; Avanço do trabalho de Vigilância com trabalhadores formais; Qualificação da equipe; Apoio da Coordenação da COSAM e do secretário;	Falta de estrutura física; Falta de RH; Saída da Coordenadora; Morosidade no processo gerencial administrativo que vão além da capacidade técnica. OBS: As Técnicas enfatizaram a existência do espaço físico e a aquisição de alguns equipamentos.	Controle Social organizado com pauta de discussão com o Conselho Municipal de Saúde; Atuação da Câmara Técnica; Avanço do Trabalho de Vigilância com trabalhadores formais; Qualificação da equipe; Apoio técnico da COSAM; Apoio da Coord. da COSAM e do Secretário.	Falta de RH; Morosidade do processo gerencial administrativo que vão além da capacidade técnica; Não inserção do CEREST na rede.
37	Articulação intersetorial com a DRT e o MP e intrasetorial com a ASCOM, GTSPN e CESAT; realização de oficinas de planejamento do CEREST com a participação intra e intersetorial do controle social; Motivação da equipe em responder a um compromisso firmado; Fortalecimento da relação intra e intersetorial a partir da realização de oficinas de planejamento do CEREST;	Falta de RH e materiais; Necessidade de políticas e estratégias que facilitem o reconhecimento da política da COSAM/CEREST com ênfase no ponto de convergência com a DRT. OBS: As Técnicas destacaram o excelente trabalho realizado em parceria com a ASCOM (Tetê) junto aos cordeiros, no carnaval. Enfatizaram que apesar da DRT reconhecer o papel da Vigilância, os focos ainda não se afinam totalmente.	Articulação intersetorial com a DRT e o MP; Articulação intrasetorial com a ASCOM, GTSPN, CESAT, VIEP e VISA (Estadual e Municipal), SESAB, NGI e ISC/UFBA; Motivação da equipe em responder a um compromisso firmado.	Falta de RH; Falta de equipamentos; Necessidade de políticas e estratégias que facilitem o reconhecimento da política da COSAM/CEREST com ênfase no ponto de convergência com a DRT.

Nº DA AÇÃO	NOV/DEZ/2007		ABR/JUN/2008	
	Facilitadores	Inibidores	Facilitadores	Inibidores
38	A.Projeto elaborado de prevenção a acidentes perfuro-cortantes entre trabalhadores da atenção básica; Inspeções realizadas em 03 (três) Pronto Atendimentos com os agentes de endemia; Ações em ambientes de trabalho no 6º Centro de Saúde;	Falta de veículo p/ transporte; Falta de apoio logístico; para operacionalização das ações; Mudança do Gestor (Secretário).	Projeto elaborado de prevenção a acidentes com perfuro-cortantes entre trabalhadores do Centro Histórico; Motivação da equipe técnica do CEREST; Apoio da Coord. Da COSAM; Qualificação da equipe do CEREST.	Falta de veículo p/ transporte; Falta de apoio logístico p/ operacionalização das ações; Mudança do gestor (Secretário); Não responsabilidade do empregador em prover as condições adequadas para o trabalhador e ao agravamento do

	motivação da equipe técnica do CEREST; Apoio da Coord. da COSAM; Qualificação da equipe			estado de saúde desse trabalhador.
39	Projeto já elaborado de prevenção aos acidentes com perfuro-cortantes nos 12 DS; Elaboração e testagem do instrumento.	Falta de estrutura e veículo para transporte; Mudança de Gestão (Secretário e Coord. do CEREST); Falta de sensibilização e capacitação da Rede sobre a importância do projeto do CEREST; Modelo de gestão não prioriza a integralidade das ações. OBS: As técnicas lembraram que os instrumentos já foram elaborados e testados. Serão aplicados em 06 DS em 2008.	Projeto já elaborado de prevenção a acidentes com perfuro-cortantes para os 12 DS; Implantação desse projeto no DS Centro Histórico.	Falta de estrutura e de veículo p/ transporte; Mudança de gestão (Secretário); Falta de sensibilização e capacitação da Rede sobre a importância do projeto do CEREST; Modelo de gestão não prioriza a integralidade das ações de saúde.
40	Gestão plena; CEREST habilitado junto ao MS; A ação encontra-se dentro do prazo estipulado pelo CESAT.	Indefinição da Política de Regionalização dessa atenção integrada ao trabalhador. OBS: As Técnicas informaram que Salvador está aguardando a definição do nível federal sobre a responsabilidade pela cobertura do CEREST junto aos municípios. Atualmente, o CEREST/ Salvador está responsável pela cobertura de 08 municípios.	Reunião do CEREST com a SMS de Lauro de Freitas p/ implantação do Núcleo de Saúde do Trabalhador; Reunião do CEREST com a SMS de Santo Amaro p/ implantação de Serviço de Saúde do Trabalhador; Gestão Plena; CEREST habilitado junto ao MS; Parceria com o CESAT; Pacto de Gestão de 2006.	Falta de RH para dar conta dessa ação; Falta de logística (estrutura física compatível), para atender 05 municípios.
41	Articulação intersetorial com a DRT e o MP e intrasetorial com a ASCOM, GTSPN e CESAT.	Falta de recursos materiais; OBS: As Técnicas relataram que não aconteceram inspeções em parceria com Sindicatos e investigação de acidentes e óbitos em parceria com o CESAT.	Articulação intersetorial com a DRT e o MP; Articulação intrasetorial com a ASCOM, GTSPN e CESAT para o desenvolvimento de ações no carnaval.	Falta de recursos materiais.

Nº DA AÇÃO	NOV/DEZ/2007		ABR/JUN/2008	
	Facilitadores	Inibidores	Facilitadores	Inibidores
42	Organização da categoria (catadores de material reciclável); Mapeamento de risco realizado em duas unidades de Pronto Atendimento com agentes de endemia; Escuta qualificada dos agentes de endemia no seu processo de trabalho.	Falta de recursos humanos e materiais; demora na implantação do CEREST. OBS: As Técnicas enfatizaram a demora na implantação do CEREST como estrutura física e não como ação.	Os técnicos responsáveis em repassar essas informações, não identificaram aspectos facilitadores relacionados a essa ação.	Falta de RH; Falta de recursos materiais.
43	Ingresso de profissional qualificado para implementar a ação; O CEREST integra o projeto piloto da Rede Sentinela de Saúde do Trabalhador do MS; O CEREST integra a Coordenação de saúde Ambiental	Ausência de documentos de identificação profissional (crachá) para a realização de trabalhos externos; Falta de atenção adequada aos núcleos de Vigilância Epidemiológica nos hospitais de Urgência e Emergência; fragilidade da rede para fortalecer a atuação dos núcleos; Falta de consolidação da Rede de informação de Saúde do Trabalhador (SINAN-NET).	O fato do CEREST integrar o projeto piloto da Rede Sentinela de saúde do trabalhador do MS; O CEREST integrar a COSAM.	Ausência de crachá de identificação profissional p/ a realização de trabalhos externos; Falta de atenção adequada aos Núcleos de Vigilância Epidemiológica nos Serviços de Urgência e Emergência; Fragilidade da rede para fortalecer a atuação dos Núcleos; Falta de consolidação da Rede de informações de saúde do trabalhador (SINAN-NET).
44	Identificação de unidades sentinelas; Motivação da equipe do CEREST; Articulação com a equipe do Sistema de Informação.	Falta de equipamentos para o trabalho	Identificação de Unidades Sentinelas em Salvador (Pronto Atendimento, clínicas e hospitais públicos e privados); Motivação da Equipe do CEREST; Articulação do CEREST com a equipe do Sistema de Informação.	Falta de equipamentos para a realização do trabalho.
45	Rede própria de urgência e emergência	Ação ainda não planejada; Falta de comunicação entre os sistemas de informação. Exemplo: SAMU não dialoga com outros sistemas de notificação de agravos.	Existência da Rede própria de Urgência e Emergência; Atenção do Grupo de Trabalho Ampliado (GTA); Parceria entre o CESAT, CEREST e órgãos afins.	Ação ainda não planejada; Falta de comunicação entre os Sistemas de Informação. Exemplo: SAMU não dialoga com outros sistemas de notificação de agravos.
46	Identificação de Técnico responsável; elaboração de fluxo;	Identificação de Técnico responsável; elaboração de fluxo;	Elaboração de fluxo que será apresentado, hoje (09/05/08), em	Falta de logística para implementação da ação.

	Existência do sistema.	Existência do sistema.	evento promovido pelo Hospital Roberto Santos (HRS) onde serão divulgados os resultados do Censo referente ao Projeto Informe Acidente; Existência do Sistema de Informação.	
47	Experiência iniciada com cordeiros, feirantes e catadores de material reciclável.	Falta de transporte e de um Observatório; falta de equipamento de trabalho; Dispersão do setor informal.	Experiência decorrente do trabalho desenvolvido com os cordeiros no carnaval.	Falta de transporte; falta de um Observatório; falta de equipamento de trabalho; Dispersão do setor informal.
Nº DA AÇÃO	NOV/DEZ/2007		ABR/JUN/2008	
	Facilitadores	Inibidores	Facilitadores	Inibidores
48	Compromisso da equipe técnica do CEREST com a transversalidade do tema; Contrato com Centro de Referência Estadual Isabel Souto; Programa de erradicação do trabalho infantil.	Ausência de Rede integrada; Falta de recursos materiais; falta de acesso às experiências existentes;	Compromisso da equipe técnica do CEREST com a transversalidade do tema; Programa de Erradicação do Trabalho Infantil.	Ausência de Rede Integrada; Falta de recursos materiais; Falta de acesso às experiências existentes.
49	As Técnicas não identificaram facilitadores.	CEREST privilegiando a fase de sua implantação; falta de RH qualificados para a ação; Mudança na Gestão da coordenação de gestão Participativa.	Os técnicos responsáveis pelo repasse das informações não identificaram aspectos facilitadores p/ essa ação.	CEREST privilegiando a fase de sua implantação; Falta de RH qualificados para essa ação; Mudança da gestão da Coordenação de Gestão Participativa.
50	Reuniões com a FUNDACENTRO para discussão da ação; Trabalho de investigação para curso de Mestrado realizado por um Técnico.	Saída da Coord. do CEREST; Não inauguração oficial do CEREST; Falta de RH e materiais.	Reuniões com a FUNDACENTRO p/ discussão da ação; Trabalho de investigação p/ curso de mestrado realizado por um Técnico.	Falta de RH e materiais.
51	Reuniões com a FUNDACENTRO para discussão da ação; Trabalho de investigação para curso de	Saída da Coord. Do CEREST; Não inauguração oficial do CEREST; Falta de RH e materiais.	Reuniões com a FUNDACENTRO para discussão da ação; Trabalho de investigação para curso de	Falta de RH e materiais.

	Mestrado realizado por um Técnico; Realização do diagnóstico no ambiente de trabalho dos Agentes de Endemias.		Mestrado realizado por um Técnico; Realização do diagnóstico no ambiente de trabalho dos Agentes de Endemias.	
52	Reuniões com a FUNDACENTRO para discussão da ação; Trabalho de investigação para curso de Mestrado realizado por um Técnico; Realização do diagnóstico no ambiente de trabalho dos Agentes de Endemias.	Saída da Coord. Do CEREST; Não inauguração oficial do CEREST; Falta de RH e materiais.	Reuniões com a FUNDACENTRO para discussão da ação; Trabalho de investigação para curso de Mestrado realizado por um Técnico; Realização do diagnóstico no ambiente de trabalho dos Agentes de Endemias.	Falta de RH e materiais.
53	Recursos próprios do MS.	Atraso no Plano de Cargos e Salários; Dificuldade de identificação de profissionais do quadro da SMS com perfil adequado para compor a equipe multidisciplinar do CEREST/SSA; Inexistência de equipe mínima.	Disponibilização de recursos pelo MS.	Atraso no Plano de Cargos e Salários; Dificuldade de identificação de profissionais do quadro da SMS com perfil adequado para compor a equipe multidisciplinar do CEREST/SSA; Inexistência de equipe mínima.

MÓDULO OPERACIONAL II – ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

Nº DA AÇÃO	NOV/DEZ/2007		ABR/JUN/2008	
	Facilitadores	Inibidores	Facilitadores	Inibidores
54	Apoio do Gestor; Convênio com a UFBA, possibilitando a inauguração de mais uma unidade de saúde da família.	Dificuldade p/ encontrar espaço físico em condições par locação e/ou construção; Problemas relacionados á vinculação dos profissionais; Dificuldade na manutenção das unidades existentes; limitação de recursos financeiros p/ ampliação e construção de novas unidades.	Apoio do Gestor; Parceria com a CONDER, possibilitando a inauguração de mais uma unidade. De saúde da família.	Dificuldade p/ encontrar espaço físico em condições par locação e/ou construção; Problemas relacionados á vinculação dos profissionais; Dificuldade na manutenção das unidades existentes; limitação de recursos financeiros p/ ampliação e construção de novas unidades; Mais uma mudança na gestão.

55	Regularização do vínculo dos ACS com a Prefeitura; Participação das áreas técnicas da COAPS e CDRH no processo de seleção; Convênios firmados para a contratação; Apoio do CDRH e áreas Técnicas da COAPS p/ capacitação.	Dificuldade de contratação de Médicos principalmente para atuarem em áreas periféricas; Insuficiência de RH no nível central; Precarização do vínculo dos profissionais terceirizados.	Regularização do vínculo dos ACS com a Prefeitura; Participação das áreas técnicas da COAPS e CDRH no processo de seleção de novos profissionais; Apoio do CDRH e áreas Técnicas da COAPS para a capacitação; parceria com o Instituto Sócrates Guanaes (ISG) facilitando a realização de capacitação de RH; Aquisição de 02 Técnicos de Nível Superior na equipe do Nível Central.	Dificuldade de contratação de Médicos principalmente para atuarem em áreas periféricas; Insuficiência de RH no nível central; Inexistência de empresa para realizar a contratação de profissionais.
56	Convênio de Cooperação técnica com o ISC; Ampliação da equipe de trabalho do Humaniza SUS; Preparação da capacitação de vigilantes e recepcionistas das unidades de saúde de todos os DS; Existência de uma exigência junto ao CRA para contratação da Rede privada, obedecendo a critérios preconizados pela Política nacional de Humanização.	Socialização das ações do HSUS insuficiente (Nível central e Distrital); Greves constantes do PSF; Crise financeira da PMS.	Compromisso da Equipe; Suporte dos Técnicos do ISC/UFBA; Capacitação de recepcionistas de todas as unidades de saúde dos 12 DS.	Resistência de alguns profissionais à Política do Humaniza SUS; Insuficiência de RH; Falta de veículo para os técnicos visitarem as unidades de saúde; Falta de acompanhamento das ações desenvolvidas nas unidades de saúde; Falta de socialização das atividades realizadas pelo Humaniza SUS (Nível Central e Distrital).
57	Continuidade da Cooperação Técnica com o ISC; realização de iniciativas de alguns DS; Prioridade dada pela SMS ao Programa; Apoio técnico da COAPS.	Dificuldades materiais para suprimento dos insumos e manutenção das unidades de saúde; Perda de pessoal treinado em função da terceirização; Má distribuição de RH na Rede.	Iniciativas criativas de algumas unidades de saúde, contribuindo para o acolhimento dos usuários; Continuidade da parceria com os Técnicos do ISC/UFBA.	Insuficiência de RH nas unidades de saúde para realizarem o acolhimento dos usuários; Problemas na estrutura física de algumas unidades de saúde (espaço físico inadequado, etc); Mudança na Gestão (Secretário, Coordenação da COAPS); Necessidade de maior articulação entre os setores da SMS.

Nº DA AÇÃO	NOV/DEZ/2007		ABR/JUN/2008	
	Facilitadores	Inibidores	Facilitadores	Inibidores
58	Realização de reuniões técnicas mensais como processo de educação continuada para profissionais da Rede; realização de reuniões com OGs e ONGs	Falta de priorização da Saúde do Adolescente pelo MS OBS: O registro dessa ação corresponde apenas a área técnica da saúde do Adolescente.	Capacitação de duas Técnicas da COAPS para operacionalização da Pesquisa de Prevalência em Aleitamento materno, financiada pelo MS.	Falta de priorização da Saúde do Adolescente pelo MS; Mudança na gestão da SMS e na coordenação da COAPS; Impossibilidade de retomar a implementação e validação de Protocolo de Atenção à Saúde da Criança, devido a insuficiência de RH.
59	Participação em reunião da SEDES e do Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente - CMDCA.	Equipe técnica restrita; baixa articulação com os órgãos envolvidos.	Participação em reunião da SEDES e do Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente - CMDCA.	Equipe técnica restrita; Baixa articulação com os órgãos envolvidos; Mudança de gestão da SMS e da SEDES; Desenvolver ações que possam contribuir para a redução da violência e de maus tratos contra a criança.
60	Regularidade no abastecimento de imunobiológicos por parte do MS; Ingresso de enfermeiras distritais na imunização; Compromisso da equipe.	Má qualidade dos refrigeradores adquiridos para imunização; baixa cobertura do PACS/PSF; Ausência de manutenção preventiva e corretiva; Inadequação de algumas salas de vacina, no que se a espaço físico e climatização; Inadequação da CEMADI; Descontinuidade nos fins de semana do serviço de imunização nas maternidades; falta de impressos, a exemplo da caderneta de vacinação.	- As Técnicas responsáveis pela ação não identificaram novos facilitadores para implementação dessa ação.	As Técnicas responsáveis pela ação não identificaram novos inibidores para implementação dessa ação.
61	Discussão sistemática da ação com profissionais da rede; Contribuição do MP para a SMS retomar a articulação com as Maternidades sobre a assistência ao parto, envolvendo Estado e	Carência de laboratórios; falta de logística para implantar a ação; Fragilidade da situação trabalhista dos profissionais do PSF; Complexidade dos instrumentos de coleta de dados.	Finalização dos protocolos de Saúde da Mulher, aguardando apenas publicação no Diário oficial; Aumento do número de unidades que oferecem o pré-natal, o que não tem alterado os	Conjuntura política atual, influenciando na interrupção dos serviços de saúde (PSF); Não cumprimento adequado dos procedimentos estabelecidos, por parte dos profissionais no que diz

	Município; Aumento do número de unidades que fazem pré-natal; Elaboração de Protocolos da Saúde da Mulher.		indicadores; reativação do Comitê de Mortalidade materna com realização de reuniões sistemáticas; Estabelecimento de parceria entre a SMS e APAE para garantir a periodicidade da coleta do teste do pezinho para 02 vezes por semana.	respeito a alimentação dos sistemas de informação, o que repercute nos indicadores; Falta de insumos e de apoio logístico para o funcionamento adequado da referida coleta do Teste do Pezinho; Impossibilidade de garantir a visita domiciliar para o RN de risco, por parte dos profissionais de saúde de Nível Superior do PACS/PSF.
--	--	--	--	---

Nº DA AÇÃO	NOV/DEZ/2007		ABR/JUN/2008	
	Facilitadores	Inibidores	Facilitadores	Inibidores
62	Boa articulação entre as áreas técnicas da SMS e da SESAB (Saúde da Criança, VIEP e DIVEP); Visita de uma técnica à Recife p/ capacitação em serviço; Realização de seminários e oficinas; Criação do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e fetal; Elaboração da proposta de fluxo da Vigilância do Óbito.	Precarização e inexistência dos Comitês Hospitalares; Dificuldade institucional para analisar a questão do óbito infantil; Insuficiência de RH em todos os níveis; falta de técnico de referência na VIEP para essa questão do óbito infantil	Boa articulação entre as áreas técnicas da SMS e da SESAB (Saúde da Criança, VIEP e DIVEP); Visita de uma técnica à Recife p/ capacitação em serviço; Realização de seminários e oficinas; Criação do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal; Articulação com a VIEP para revisão do fluxo da Investigação do Óbito Infantil; Mapeamento dos Comitês Hospitalares de Vigilância do Óbito Infantil em Hospitais-Maternidades e Pediátricos de Salvador; Funcionamento regular do Comitê de Óbito Infantil	Precarização e inexistência dos Comitês Hospitalares; Dificuldade institucional para analisar a questão do óbito infantil; Insuficiência de RH em todos os níveis; falta de técnico de referência na VIEP para essa questão do óbito infantil; Não adoção da nova Ficha de investigação do Óbito Infantil proposta pelo MS; Não constituição dos Grupos de Trabalho (GT) para análise e discussão das causas evitáveis.
63	Processo de validação em curso em 20 UBS incluindo os PA.	Fragmentação do processo de trabalho na SMS; Versão preliminar do protocolo não está ajustada às necessidades do PA; plano não dá visibilidade às ações	Não foram identificados facilitadores para a implementação dessa ação.	Fragmentação do processo de trabalho na SMS; Inexistência de Protocolo com pauta de Urgência e Emergência em Pediatria; Descontinuidade na

		da criança.		disponibilização de insumos específicos para as unidades de saúde (máscaras para nebulização, mangueiras, etc)
64	Medicação disponibilizada para a ação; Integração entre as coordenações; Ação ligada à atuação nos DS, no âmbito de suas áreas de abrangência.	Falta integrar a ação às demais ações; Falta de conhecimento da área de atuação dos DS; Precariedade das condições de vida da população.	Medicação disponibilizada para a ação; Integração entre as coordenações; Ação ligada à atuação nos DS, no âmbito de suas áreas de abrangência.	Falta integrar a ação às demais ações; Falta de conhecimento da área de atuação dos DS; Precariedade das condições de vida da população.
65	Criação e desenvolvimento de um novo sistema pelo MS, lançado em 10/12/2007, cuja capacitação das capitais ocorrerá em 2008; Acompanhamento de crianças beneficiárias do Programa Bolsa Família; O atendimento não será mais atrelado a apresentação do cartão SUS.	Não Os aspectos inibidores mencionados na etapa anterior de acompanhamento do PMS, passaram a ser aspectos facilitadores.	Acompanhamento Nutricional de Beneficiários do Programa Bolsa Família (Crianças de zero a 07 anos; Programação de capacitação da rede sobre o SISVAN (Módulo Gestão Municipal); Programação de uma oficina sobre Antropometria para os profissionais da rede; Participação na revisão da Ficha C do SIAB junto com o PACS/PSF.	Indefinição da situação trabalhista dos profissionais do PSF, retardando a realização da referida capacitação e oficina.

Nº DA AÇÃO	NOV/DEZ/2007		ABR/JUN/2008	
	Facilitadores	Inibidores	Facilitadores	Inibidores
66	Criação do GT de promoção da Alimentação Saudável; abastecimento dos insumos pelo MS.	Utilização do sulfato ferroso para prevenção, no tratamento da anemia, por falta de insumo na farmácia básica; Falta de controle na utilização dos insumos (vitamina A e sulfato ferroso); Demora no envio dos consolidados de fornecimento; Insuficiência de nutricionistas na Rede.	Criação do GT de promoção da Alimentação Saudável; abastecimento dos insumos pelo MS.	Utilização do sulfato ferroso para prevenção, no tratamento da anemia, por falta de insumo na farmácia básica; Falta de controle na utilização dos insumos (vitamina A e sulfato ferroso); Demora no envio dos consolidados de fornecimento; Insuficiência de nutricionistas na Rede.
67	Maior aproximação entre o Nível Central e os profissionais da Rede; Capacitação dos	Falta de recursos materiais e financeiros; Resistência de alguns DS por considerar o programa	Maior aproximação entre o Nível Central e os profissionais da Rede.	Falta de recursos materiais e financeiros.

	profissionais para a ação; Apoio do CRADIS – Centro de Referência para o Adolescente Isabel Souto.	inativo.		
68	Capacitação dos profissionais; Fortalecimento de parcerias com organizações governamentais e não-governamentais; Parceria com a área técnica de Saúde da Mulher.	Sobrecarga da área técnica da saúde da mulher, provocando descontinuidade de reuniões para discussão em conjunto das ações; Descontinuidade das reuniões entre a SMS e a Secretaria Municipal de Educação e Cultura para discussão de ações em conjunto; Falta de recursos para material educativo; Falta de diálogo com os meios de comunicação.	Parceria com a área técnica de Saúde da Mulher	Sobrecarga da área técnica da saúde da mulher, provocando descontinuidade de reuniões para discussão em conjunto das ações; descontinuidade das reuniões entre a SMS e a Sec. Mun. de Educação e Cultura para discussão de ações em conjunto.
69	Reuniões bimensais com os profissionais da assistência; Implantação da Rede de Saúde da Mulher.	Insuficiência de RH na Rede; Inadequação da rede física; irregularidade no abastecimento de insumos, equipamentos e instrumentais (fita métrica, ácido fólico, sulfato ferroso); Justaposição de Modelos assistenciais para o pré-natal; Dificuldade de incorporação da integralidade nas ações de Saúde da mulher; metodologia de avaliação das ações ainda descontextualizada; Falta de garantia de leitos nas maternidades através da regulação obstétrica; Fragilidade da Rede Laboratorial para entrega do resultado rápido dos exames; Inexistência do teste rápido de gravidez na Rede.	Reuniões bimensais com os profissionais da assistência; Capacitação dos profissionais de saúde com ênfase na importância da melhoria na qualidade do serviço;	Alimentação inadequada do sistema de informação por parte dos profissionais de saúde; Não concretização da implementação da Rede de saúde da mulher, devido a falta de articulação entre as maternidades e os DS (necessidade de maior aproximação entre ambos).

Nº DA AÇÃO	NOV/DEZ/2007		ABR/JUN/2008	
	Facilitadores	Inibidores	Facilitadores	Inibidores
70	Previsão de capacitação de profissionais para o trabalho educativo; Possibilidade de implantação de turno alternativo par facilitar o acesso dos usuários; Realização da oficina sobre Planejamento familiar; Aquisição de contraceptivos; Empenho dos profissionais em implantar o Planejamento Familiar; Elaboração de planilhas para controle e distribuição do contraceptivo injetável, do DIU e do preservativo.	Resistência dos ginecologistas para realizarem a inserção do DIU; Aumento da demanda e da preferência das usuárias pelo contraceptivo injetável trimestral; Falta de estímulo por parte dos profissionais p/ uso de contraceptivos orais pelas usuárias; Baixo envolvimento dos parceiros das usuárias no Planejamento Sexual e Reprodutivo; Inexistência de regulação da contracepção irreversível (vasectomia e laqueadura).	Capacitação de profissionais para o trabalho educativo; Assinatura de convênio de Cooperação técnica entre a Prefeitura de Salvador e Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA), para implementação de ações relacionadas aos Direitos Sexuais e Reprodutivos.	Suspensão temporária por parte da ANVISA do contraceptivo injetável trimestral, promovendo interrupção na disponibilidade do mesmo, contribuindo para o desabastecimento da rede como um todo; Resistência dos ginecologistas para realizarem a inserção do DIU; Atraso no repasse pelo MS para a SMS do contraceptivo oral.
71	Elaboração de projeto piloto para ser implantado em 03 DS.	Insuficiência de RH no Nível Central para trabalhar com a Saúde da Mulher; Suspensão da portaria garantindo a reposição hormonal; Inexistência da integralidade da atenção.	Elaboração de projeto piloto par ser implantado em 03 DS.	Insuficiência de RH no nível central para trabalhar com Saúde da Mulher; Inexistência da integralidade da atenção.
72	Sensibilização dos profissionais da Rede para a integralidade da ação.	Falta de capacitação de enfermeiros (as) na rede para a ação; Falta de avaliação sobre as mudanças na realização do Auto-Exame, após oficina de sensibilização para os profissionais de saúde; Irregularidade no abastecimento de insumos e instrumentais.	Sensibilização dos profissionais da Rede para a integralidade da ação; Compra de espéculos descartáveis no início de 2008.	Falta de capacitação de enfermeiros (as) na rede para a ação; Falta de avaliação sobre as mudanças na realização do Auto-Exame, após oficina de sensibilização par os profissionais de saúde; Irregularidade no abastecimento de insumos e instrumentais.
73	Responsabilidade da COAPS sobre o acompanhamento do programa SISCOLO; Articulação com a Coordenação Estadual de Saúde da Mulher através do	Fragilidade no processo de seguimento do paciente, garantindo seu acompanhamento; Capacitação disponibilizada apenas para médicos, não envolvendo os	Maior conhecimento da Rede de Atenção à Saúde da Mulher por parte dos profissionais de saúde; Responsabilidade da COAPS sobre o acompanhamento do	Fragilidade no processo de seguimento do paciente, garantindo seu acompanhamento adequado.

	projeto Viva Mulher.	enfermeiros (as).	programa SISCOLO; Articulação com a Coordenação Estadual de Saúde da Mulher através do projeto Viva Mulher, realizando ações conjuntas; Realização de capacitação para enfermeiras, ainda insuficiente para o tamanho da rede.	
--	----------------------	-------------------	--	--

Nº DA AÇÃO	NOV/DEZ/2007		ABR/JUN/2008	
	Facilitadores	Inibidores	Facilitadores	Inibidores
74	Reativação do Comitê de Mortalidade Materna; Integração com a COSAM para implantar a investigação da mortalidade materna; capacitação dos profissionais através de oficinas.	Falta de integração entre as várias instituições que atendem a Mulher; Não implantação do programa de humanização do Parto – PHPN; falta de referência para os partos na maternidade.	Reativação do Comitê de Mortalidade Materna; Integração com a COSAM para implantar a investigação da mortalidade materna; capacitação dos profissionais através de oficinas; Assinatura de convênio de Cooperação técnica entre a Prefeitura de Salvador e Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA), para implementação de ações que reduzam a Mortalidade Materna.	Falta de integração entre as várias instituições que atendem a Mulher; Não implantação do programa de humanização do Parto – PHPN; falta de referência para os partos na maternidade.
75	Reativação do Comitê de Mortalidade Materna; pressão do MP através da promotora Itana Viana; Mobilização da equipe em permanecer investigando; Realização de oficina em parceria com a VIEP (SMS e SESAB).	Insuficiência de profissionais; Má qualidade no preenchimento das causas do óbito; Dificuldade de falar sobre a morte.	Reativação do Comitê de Mortalidade Materna; pressão do MP através da promotora da cidadania; Mobilização da equipe em permanecer investigando os óbitos.	Insuficiência de profissionais; Má qualidade no preenchimento das causas do óbito; Dificuldade de falar sobre a morte; Dificuldade dos profissionais em realizarem uma análise mais completa sobre os óbitos para que isso pudesse repercutir em mudança no processo de atendimento realizado por eles; Necessidade de aprofundamento no processo de investigação.
76	Estruturação da Rede de Atenção	Dificuldade no funcionamento da	Estruturação da Rede de Atenção	Dificuldade no funcionamento da

	á saúde da Mulher; Processo de municipalização; Articulação com a SESAB.	Regulação de leitos obstétricos.	á saúde da Mulher; Processo de municipalização; Articulação com a SESAB.	Regulação de leitos obstétricos; Necessidade de maior aproximação entre as Maternidades e os DS.
77	A técnica não identificou nenhum facilitador.	Falta de estrutura nos DS para o acompanhamento do Hiperdia; Distanciamento entre os DS e o Nível Central.	Maior investimento do Coordenador da COAPS em aproximar os DS do Nível Central.	Falta de estrutura nos DS para o acompanhamento do Hiperdia; Distanciamento entre os DS e o nível central.
78	Existência do PCS/PSF.	Desmobilização das várias instâncias da saúde sobre a atenção que deve ser dada à saúde do homem; Os homens ainda não estão sensíveis à necessidade de prevenção e detecção precoce do câncer de próstata; Inexistência de um técnico de referência para conduzir as ações relacionadas à saúde do homem. OBS: O atual Coordenador da COAPS acredita na possibilidade de retomada dessa ação tão logo seja estruturado o Programa de atenção à saúde do Homem..	OBS: Entrevista não realizada devido a essa ação ter sido respondida pelo Coordenador anterior da COAPS, o qual não se encontra mais na SMS.	
Nº DA AÇÃO	NOV/DEZ/2007		ABR/JUN/2008	
	Facilitadores	Inibidores	Facilitadores	Inibidores
79	Capacitação de médicos do PSF pelo CEASI/SESAB; Parceria entre a SMS, UFBA e CRASI; Encaminhamento de projeto com possibilidade de financiamento para o MS; Aquisição de uma Técnica na equipe; Motivação da equipe.	Falta de recursos humanos, materiais e financeiros.	Capacitação de médicos do PSF pelo CEASI/SESAB; Parceria entre a SMS, UFBA e CRASI; Encaminhamento de projeto com possibilidade de financiamento para o MS; Motivação da equipe.	Falta de recursos humanos, materiais e financeiros; Mudança de gestão da SMS e da Coordenação da COAPS; Crise nas unidades do PSF.
80	Elaboração do desenho. da rede de atenção à saúde do idoso; capacitação de profissionais em temáticas	Falta de priorização da política de Atenção à saúde do idoso pela SMS; Ausência de estruturas física, e de equipamentos para atender o	Elaboração do desenho. da rede de Atenção à saúde do idoso; capacitação de profissionais em temáticas	Falta de priorização da política de Atenção à saúde do idoso pela SMS; Ausência de estruturas física, e de equipamentos para atender o

	específicas; Disponibilização da Caderneta do Idoso pelo MS.	idoso.	específicas; Disponibilização da Caderneta do Idoso pelo MS	idoso; Mudança de gestão da SMS e da Coordenação da COAPS. OBS: As Técnicas informaram que estão aguardando as definições do atual Gestor.
81	Convênio com a Aliança de Redução de Danos Fátima Cavalcanti; Previsão de reunião com o Coordenador da Aliança.	Falta de sensibilização no âmbito da SMS em relação ao problema; falta de integração intersetorial p/ abordar o problema.	Reuniões promovidas pelo Ministério Público para criação de GT que definiu a capacitação de profissionais de diversas áreas para atender crianças e adolescentes usuárias de álcool e outras drogas no DS do Centro Histórico; Inserção de uma equipe de profissionais de saúde em uma unidade de saúde do DS do Centro Histórico para atender o referido público.	Impossibilidade de implantação do CAPS-AD no DS do Centro Histórico; Insuficiência de recursos financeiros da SMS; Dificuldade de identificação de imóvel adequado para implantação de CAPS; Insuficiência de RH; Burocracia interna da SMS para agilizar os processos.
82	Licitação de materiais; Convênio com a Aliança de Redução de Danos Fátima Cavalcanti; Capacitação/Treinamento de Enfermeiros (as) e de ACS do PSF.	Fragilidade no acompanhamento da ação; Não aquisição de prédio próprio para a implantação do CAPS no Centro Histórico. OBS: A Técnica chama à atenção que o IPAC que havia cedido o espaço para a implantação de 01 CAPS no Centro Histórico, voltou atrás e tomou o imóvel de volta.	Convênio com a Aliança de Redução de Danos Fátima Cavalcanti (ARDFC) para capacitação/treinamento de profissionais de saúde que atuarão no CAPS-AD do DS do Centro Histórico.	Não concretização da reforma no Aristides Novis para implantação de um CAPS-AD nesse local; Dificuldade de identificação de imóveis em condições que atendessem às determinações do MS e da SMS.

Nº DA AÇÃO	NOV/DEZ/2007		ABR/JUN/2008	
	Facilitadores	Inibidores	Facilitadores	Inibidores
83	Implantação de 02 CAPS e previsão de para a implantação de mais 01; Fortalecimento das equipes embriões dos futuros CAPS; Capacitação dos técnicos de saúde mental; Aquisição de	Dificuldade de locação de imóveis; Morosidade no processo de licitação p/ aquisição de equipamentos; Desabastecimento das farmácias quanto a medicamentos; Obra paralisada p/	Implantação de 02 CAPS (DS Itapuã e DS Subúrbio Ferroviário); Inserção de uma equipe de saúde mental no DS de Pau da Lima	Identificação de imóveis que atendessem às determinações do MS e da SMS; Dificuldade de contratação de profissionais devido a questões trabalhistas com empresas terceirizadas que o

	equipamentos e materiais p/ a implantação de 13 CAPS e 10 Residências terapêuticas; Compromisso das equipes com o trabalho.	a construção de 01 CAPS no bairro de São Caetano; Dificuldade de articulação entre a Coordenação de saúde mental e os DS; Falta de compromisso dos DS com a Saúde Mental.		contrato foi encerrado; Dificuldades administrativas com relação a processos licitatórios para aquisição de medicamentos, impressos, pagamento de conta telefônica, pagamento de alimentação; falta de veículo para realizar supervisões, visitas domiciliares e trabalho de território pelas equipes dos CAPS.
84	Implantação da equipe de RH; Capacitação de pessoal; Supervisão e acompanhamento das ações; Aquisição do material para as oficinas terapêuticas.	Desabastecimento freqüente de medicamentos; Ambulatório insuficiente para a demanda reprimida; UBS não aceita atender doentes mentais, com poucas exceções; Falta de psiquiatras na Rede; Dificuldade de contratação de psiquiatras; Falta de articulação entre Atenção básica (ambulatórios) e serviços de referência. OBS: A Técnica informou que nos DS onde não há disponibilidade de imóveis, foram compostas equipes de saúde mental, consideradas como embriões dos CAPS (DS: Subúrbio, São Caetano, Itapagipe, Liberdade e Cajazeiras).	Aquisição de recursos financeiros para realização de reforma do serviço Aristides Novis e implantação de 01 CAPS-AD; Reforma no Centro Terapêutico Municipal Rubens de Pinho; Reforma do imóvel alugado para implantação do CAPS no DS São Caetano/ Valéria.	Mudança de gestão; Insuficiência de recursos financeiros da SMS.
85	Aquisição de novos equipamentos odontológicos.	Falta de manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos odontológicos.	Aquisição de novos equipamentos odontológicos; Reforma e adequação de espaços físicos de algumas unidades..	Falta de manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos odontológicos; Dificuldade de contratação de profissionais para as novas unidades de saúde implantadas.
86	Implantação das Equipes de Saúde Bucal no PSF.	Baixa ampliação das equipes de saúde Bucal do PSF, dificultando o	Implantação das Equipes de Saúde Bucal no PSF.	Baixa ampliação das equipes de saúde Bucal do PSF, dificultando o

		fortalecimento da Atenção Básica.		fortalecimento da Atenção Básica; Dificuldade de contratação de profissionais para as novas unidades de saúde implantadas.
--	--	-----------------------------------	--	---

Nº DA AÇÃO	NOV/DEZ/2007		ABR/JUN/2008	
	Facilitadores	Inibidores	Facilitadores	Inibidores
87	Conclusão da obra do 4º CEO – Centro de Especialidades Odontológicas, em cajazeiras; Desencadeamento do processo licitatório para realização de reforma e adequação do 5º CEO (Hospital São Jorge).	Ampliação insuficiente do PSF; Pouco avanço das ações educativas e preventivas; Insuficiência de RH para as ações de prevenção; Destituição dos representantes de saúde bucal pelos DS.	Inauguração do 4º CEO – Centro de Especialidades Odontológicas, no DS de Cajazeiras; Finalização da reforma e adequação do 5º CEO (Hospital São Jorge).	Ampliação insuficiente do PSF; Pouco avanço das ações educativas e preventivas; Insuficiência de RH para as ações de prevenção; Destituição dos representantes de saúde bucal pelos DS; Dificuldade de contratação de profissionais para as novas unidades de saúde implantadas; Dificuldade de referência e contra-referência na rede, devido ao não fortalecimento da Atenção Básica.
88	O fato da reestrutura da rede física contemplar a questão do portador de deficiência física.	Inexistência de projeto específico; inexistência de um técnico de referência para conduzir as ações relacionadas à atenção à saúde do portador de deficiência física.	OBS: Entrevista não realizada devido a essa ação ter sido respondida pelo Coordenador anterior da COAPS, o qual não se encontra mais na SMS.	
89	Parceria entre Apoio diagnóstico, GTSPN e a UFBA; Sensibilização dos profissionais de saúde sobre a importância da realização do exame de Eletroforese.	Lentidão na implantação de postos de coleta nas unidades de saúde.	A Técnica não identificou aspectos facilitadores dessa ação.	Falta de posto de coleta em pelo menos 02 DS; Demora na entrega dos resultados dos exames; Funcionamento precário do laboratório central.
90	Encaminhamento do Relatório do Seminário Municipal de Atenção à Saúde da Pessoa com Albinismo, para as instituições envolvidas; Trabalho de investigação para curso de	Inexistência de Protocolo para Atendimento aos Portadores de Albinismo; Descontinuidade das atividades; Falta de organização e priorização da ação pela SMS.	OBS: Entrevista não realizada devido a essa ação ter sido respondida pelo Coordenador anterior da COAPS, o qual não se encontra mais na SMS.	

	Mestrado realizado por um técnico da COSAM..			
91	Distribuição de protetores; Apoio da COAPS nas iniciativas relacionadas ao tema.	Inexistência de Protocolo para Atendimento aos portadores de Lupus; Inexistência de um técnico responsável pelo desenvolvimento da ação.	OBS: Entrevista não realizada devido a essa ação ter sido respondida pelo Coordenador anterior da COAPS, o qual não se encontra mais na SMS.	

Nº DA AÇÃO	NOV/DEZ/2007		ABR/JUN/2008	
	Facilitadores	Inibidores	Facilitadores	Inibidores
92	Integrava a programação de 2007 e será inserida na Programação de 2008; Maior interação com o Ministério Público, CREMEB, OPAS, Conselho Regional de Farmácia, SOBRAVIME e profissionais da Rede sobre a dispensação e prescrição de medicamentos; Realização de Fórum Municipal de Assistência Farmacêutica sobre uso racional de medicamentos; Informatização da Rede com o apoio do NGI p/ implantação do projeto piloto no distrito de Itapagipe sobre controle e dispensação de medicamentos informatizado; Atuação da Comissão de Assistência farmacêutica; Rescisão da REMUME, prevista p/ ser concluída em março/2008.	Crise financeira da PMS, provocando a recusa dos fornecedores em entregar os medicamentos; demora na conclusão dos processos pela procuradoria; Cultura medicalizadora; Modelo de atenção curativista; Marketing agressivo da indústria farmacêutica; Convênio entre usuários e prescritores gerando uma dispensação irracional de medicamentos.	Maior interação com o Ministério Público, CREMEB, OPAS, Conselho Regional de Farmácia, SOBRAVIME e profissionais da Rede sobre a dispensação e prescrição de medicamentos; Ação integra a Programação de 2008 da SMS; Informatização da Rede com o apoio do NGI;	Cultura medicalizadora; Modelo de atenção curativista; Marketing agressivo da indústria farmacêutica; Convênio entre usuários e prescritores gerando uma dispensação irracional de medicamentos.
93	Atuação da Comissão de Assistência Farmacêutica; Interação com a DASF – Diretoria de Assistência Farmacêutica;	A Técnica não identificou aspectos inibidores para essa ação.	Atuação da Comissão de Assistência Farmacêutica; Interação com a DASF – Diretoria de Assistência Farmacêutica.	As Técnicas não identificaram aspectos inibidores para essa ação.
94	Interesse dos Coordenadores dos	Não saiu a Resolução da portaria	Interesse dos Coordenadores dos	Não saiu a Resolução da portaria

	DS na implantação dessa ação.	698; Falta de RH e financeiros para estruturar as CAFS – Central de Abastecimento Farmacêutica.	DS na implantação dessa ação.	698; Falta de RH e financeiros para estruturar as CAFS – Central de Abastecimento Farmacêutica.
95	Maior articulação com a COSAM; Apoio da SOBRA-VIME; Notificação à ANVISA sobre desvio de qualidade de medicamentos e reações adversas; Maior interação entre a SMS e as unidades da Rede para identificação de desvios de qualidade.	Número insuficiente de farmacêuticos; Não informatização da Rede.	Maior articulação com a COSAM; Apoio da SOBRA-VIME; Notificação à ANVISA sobre desvio de qualidade de medicamentos e reações adversas; Maior interação entre a SMS e as unidades da Rede para identificação de desvios de qualidade.	Número insuficiente de farmacêuticos; Não informatização da Rede.
96	Apoio dos profissionais envolvidos; Informatização do Sistema em 30% das unidades de saúde.	Falta de RH; Falta de informação das farmácias impede controle em tempo real; Crise financeira da PMS; Demora na conclusão dos processos pela Procuradoria.	Apoio dos profissionais envolvidos; Informatização do Sistema em 30% das unidades de saúde.	Falta de RH; Falta de informatização na maioria das unidades de saúde, impedindo controle em tempo real das farmácias.

MÓDULO OPERACIONAL III – SADT, AÇÕES DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE E ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS

Nº DA AÇÃO	NOV/DEZ/2007		ABR/JUN/2008	
	Facilitadores	Inibidores	Facilitadores	Inibidores
97	A técnica não identificou aspectos facilitadores nem inibidores referentes a essa ação. Enfatizou o processo de transição p/ implantação definitiva do laboratório central. OBS: A Técnica informou que essa ação está totalmente implementada, considerando a existência de 03 Centros de análises e de 03 P.A. funcionando provisoriamente como centrais.		A técnica não identificou facilitadores nem inibidores. Falou sobre o processo de transição para implantação definitiva do laboratório central.	OBS: A Técnica considera essa ação totalmente implementada, considerando a existência de 03 Centros de análises e de 03 Pronto Atendimentos funcionando provisoriamente como centrais.
98	Vontade política do Gestor anterior e do atual	Falta de recursos financeiros; Morosidade nos processos	Vontade política do Gestor anterior e do atual.	Falta de recursos financeiros; Morosidade nos processos

		licitatórios; Articulação entre a SMS e a PRODASAL		licitatórios; Articulação entre a SMS e a PRODASAL
99	Motivação e empenho da equipe; Ação integrada a Programação de 2007; Protocolos elaborados sobre a técnica manual.	Nenhuma alteração foi feita nos laboratórios e postos de coleta; resistência dos Coord. Dos DS, principalmente para capacitar Auxiliares de Enfermagem; Fragilidade do controle do nível central sobre questões encaminhadas pelo nível central	Motivação e empenho da equipe; Ação integrada a Programação de 2007; Protocolos elaborados sobre a técnica manual	Nenhuma alteração foi feita nos laboratórios e postos de coleta; resistência dos Coordenadores dos DS, principalmente para capacitar Auxiliares de Enfermagem; Fragilidade do controle do nível central sobre questões encaminhadas pelo nível central.
100	Apoio da ASTEC; Organização da Rede de Atenção à Saúde da Mulher; Realização de estudo sobre a rede de ortotrauma; Realização de estudo de avaliação da Rede Própria de Assistência Oftalmológica; Relotação de um profissional para atuar como referência na organização da Rede Própria de oftalmologia.	Fragmentação das áreas de assistência dificulta a organização da rede de acordo com os Modelos assistenciais e de organização de serviços propostos no PMS; falta de articulação entre as ações que estão sendo realizadas nas unidades e o nível central (distanciamento); Falta de articulação entre os Subcoordenadores de Acompanhamento distrital e o nível central.	Apoio do GASEC, mais especificamente do Secretário; Apoio da ASTEC; Organização da Rede de Atenção à Saúde da Mulher; Realização de estudo sobre a rede de ortotrauma; Realização de estudo de avaliação da Rede Própria de Assistência Oftalmológica.	Mudança do local de funcionamento da Equipe Técnica responsável pela Urgência e Emergência no Nível Central (saída da sede da SMS para próximo da sede do SAMU); Falta de Subcoordenação de Acompanhamento Distrital para articular o entrosamento entre o Nível Central e Distrital; Dificuldade de regulação dos pacientes para Média e Alta Complexidade, por falta de leitos de retaguarda; Falta de Médicos; Falta de definição de fluxos.

Nº DA AÇÃO	NOV/DEZ/2007		ABR/JUN/2008	
	Facilitadores	Inibidores	Facilitadores	Inibidores
101	Nova Gestão Estadual sensível à necessidade de fazer uma nova PPI; Entrada em vigor da Tabela Unificada de Procedimentos.	Agravamento da crise da MS; Número insuficiente de RH no que se refere à quantidade, capacitação e tipo de contratação; Necessidade de capacitação de RH; Ausência de Plano de Cargos e Salários; Ausência de concurso.	Contratualização de 09 unidades públicas Federais, Filantrópicas e de Ensino, faltando apenas 03 unidades que estão aguardando reaplicação; Readmissão de 02 profissionais, do total de 26 que foram demitidos.	Déficit de 26 profissionais (11 do CRA e 15 da Central de Regulação); Não inclusão de importantes hospitais nos procedimentos de média complexidade oferecidos pela Central de Regulação; Não inclusão do Hospital Português e do

				Hospital Roberto Santos nos procedimentos de alta complexidade (Ressonância Magnética); Mudança de Gestão mais uma vez; Falta de revisão da PPI que é de 2003; Burocracia administrativa da SMS; Arquivamento de processo de aquisição de recursos para compra de equipamentos para Complexos Regulatórios; Precarização da Rede Própria; Não admissão de novos profissionais pelo convênio ainda vigente coma FAPEX; Inexistência de concurso público ou de outra forma de contratação de RH.
--	--	--	--	--

Nº DA AÇÃO	NOV/DEZ/2007		ABR/JUN/2008	
	Facilitadores	Inibidores	Facilitadores	Inibidores
102	Diminuição do número de trotes telefônicos; Compromisso da equipe; Apoio da prefeitura e da SMS para o funcionamento adequado do serviço; Cenário político ainda favorável; Apoio do MS; Aumento do número de Bases.	Rede Assistencial pactuada não funciona em função de ter sido construída às pressas para implantação do SAMU; Falta de reunião do Comitê Gestor (Estadual e Municipal) p/ deliberar sobre a grade pactuada de atendimento; Falta de Campanhas para a população sobre o funcionamento do SAMU; Capacitações e treinamentos insuficientes; Falta de concurso público para contratação de RH; falta de contrato de manutenção das ambulâncias e dos equipamentos; Inadequação do espaço físico da base Central;	Ampliação do número de Bases (Itapuã, Amaralina e Pau Miúdo); Ampliação do número de unidades em operação para 34; Início das obras de reforma da Central de Regulação do SAMU; Aquisição de insumos e equipamentos necessários p/ o desenvolvimento do trabalho (colar cervical, oxímetro, pranchas, desfibrilador, macacões, cones sinalizadores, material de expediente, máquina de xérox, etc); Melhoria no fornecimento de material de consumo (luvas, etc);	Despejo da base do SAMU situado no CSU de Pernambués; Notificação compulsória da SET das ambulâncias do SAMU; Interrupção do fornecimento de alimentação p/ os plantonistas; Ameaça de suspensão do contrato dos profissionais terceirizados dos P.A.; Não disponibilização de espaço físico p/ realização das capacitações; Falta de contrato de manutenção predial; Falta de segurança na Base Central e nas demais bases do SAMU; Falta de insumos básicos (papel higiênico, etc); Falta de equipamentos

		Crise financeira da SMS; falta de divulgação na mídia dos serviços oferecidos pelo SAMU; Burocracia para utilizar os recursos financeiros destinados pelo MS; Contrato atual dos profissionais não paga insalubridade.	Treinamento de 1000 profissionais sobre temas específicos (suporte básico de vida, manuseio de desfibrilador externo automático); Aquisição de telefones celulares cedidos pela SMS, facilitando a comunicação dos profissionais; Realização de processo seletivo simplificado de RH; Diminuição do número de trotes telefônicos; Compromisso da equipe; Apoio da Prefeitura e da SMS para o funcionamento adequado do serviço; Cenário político ainda favorável; Apoio do MS;	básicos na rede, influenciando o uso dos equipamentos do SAMU; Inexistência de local adequado p/ higienização das ambulâncias do SAMU; Rede Assistencial pactuada não funciona em função de ter sido construída às pressas para implantação do SAMU; Falta de reunião do Comitê Gestor (Estadual e Municipal) p/ deliberar sobre a grade pactuada de atendimento; Falta de Campanhas para a população sobre o funcionamento do SAMU; Capacitações e treinamentos insuficientes; Falta de concurso público para contratação de RH; Falta de contrato de manutenção das ambulâncias (frota municipal) e dos equipamentos; Inadequação do espaço físico da base Central; Crise financeira da SMS; Falta de divulgação na mídia dos serviços oferecidos pelo SAMU; Burocracia para utilizar os recursos financeiros destinados pelo MS; Contrato atual dos profissionais não paga insalubridade.
--	--	--	---	--

Nº DA AÇÃO	NOV/DEZ/2007		ABR/JUN/2008	
	Facilitadores	Inibidores	Facilitadores	Inibidores
103	Existência de 02 projetos que se encontram em USB, pertencentes ao Programa QUALISUS, referentes aos P.A. (Adroaldo Albergaria e Hélio machado)	Dificuldades financeiras da SMS impediram a realização da reforma e ampliação dos P.A. ao longo do ano.	Articulação entre a COAPS e o SAMU para administração dos PA; Existência de 02 projetos que se encontram em UBS, pertencentes ao Programa	Pedido de exoneração de gerentes dos P.A.; Falta de insumos e equipamentos; Falta de manutenção de equipamentos; Dificuldades financeiras da SMS

			QUALISUS, referentes aos P.A. Adroaldo Albergaria e Hélio Machado (em andamento).	impediram a realização da reforma e ampliação dos P.A., ao longo do ano.
104	Negociação para realização de nova contratação para efetuar a recuperação de equipamentos (em fase final de ajuste de Edital); Programação através do QUALISUS para aquisição de equipamentos; Acompanhamento da atual Subcoordenação.	Dificuldades financeiras da SMS; Cumprimento das etapas dos processos licitatórios.	Negociação para realização de nova contratação para efetuar a recuperação de equipamentos (em fase final de ajuste de Edital); Programação através do QUALISUS para aquisição de equipamentos; Acompanhamento da atual Subcoordenação.	Dificuldades financeiras da SMS; Cumprimento das etapas dos processos licitatórios.
105	Maior diálogo com a SESAB.	Organização do trabalho dos serviços de urgência e emergência dificulta a capacitação; As metodologias utilizadas não dão conta das especificidades de algumas capacitações; Situação atual da Prefeitura (falta de RH nas unidades por falta de pagamento); Fragmentação das áreas técnicas da SMS.	Articulação com o SAMU que possui experiência acumulada em Educação Continuada e que assumirá a implementação dessa ação.	Situação atual da Prefeitura Municipal de Salvador (Falta de RH, Atraso no pagamento); Ação não priorizada na Programação de Atividades do CDRH a serem desenvolvidas em 2008. OBS: As Técnicas responsáveis pelo repasse das informações, acrescentaram que foi transferida p/ o SAMU, recentemente, a coordenação das Unidades de Urgência e Emergência e que por esse motivo, o SAMU ficará responsável pela qualificação e atualização desses profissionais.

MÓDULO OPERACIONAL IV - FORTALECIMENTO DA CAPACIDADE DE GESTÃO (PLENA) DO SUS MUNICIPAL.

Nº DA AÇÃO	NOV/DEZ/2007		ABR/JUN/2008	
	Facilitadores	Inibidores	Facilitadores	Inibidores
106	Convergência de interesses políticos entre Estado, MS e PMS.	Limite de recursos financeiros.	Regularização/ Distensionamento das relações entre alguns prestadores e a SMS (ortopedia); Convergência de interesses entre Estado, MS e Prefeitura Municipal	Necessidade de maior gestão da SMS sobre a rede pública como um todo, incluindo a estadual; Necessidade da SMS assumir algumas Unidades Básicas

			de Salvador.	(Estaduais) que ainda estão sob a gestão do Estado; Limite de recursos financeiros da SMS.
107	Integração da SMS ao COSEMS e à SESAB.	Não foram identificados aspectos inibidores dessa ação.	O Técnico responsável pelo repasse dessas informações, não identificou aspectos facilitadores relacionados a essa ação.	Não priorização pelos atores envolvidos de tema regional, com exceção do SAMU.
108	Conscientização dos Coordenadores das distintas áreas sobre a importância das ações intersetoriais; Realização de Seminários.	Falta de direcionamento das ações pelos técnicos, para alcance dos objetivos.	Importância de temas específicos para a saúde pública, impulsionando a configuração dos Fóruns; postura do MS frente a essa questão.	Falta de programação de maior permanência, que restringe o tratamento dos temas a eventos.
109	Recomposição do CMS; A crise na SMS acabou integrando mais as pessoas; Elevação da consciência sobre a importância dos espaços colegiados; valorização dos espaços colegiados como espaços de decisão.	Resquícios de uma cultura centralizadora, autocrática.	Implementação dos Conselhos Locais de Saúde.	O Técnico responsável pelo repasse dessas informações, não identificou aspectos inibidores referentes a essa ação. OBS: O Técnico acrescentou que "Não existiam oposições visíveis. Só acontecem se a gente quiser".
110	Ampliação da participação do CMS; Fortalecimento das comissões do CMS.	Visão burocratizada da participação social na gestão, especialmente no que se refere a estruturação do CLS.	Empenho do gestor; Empenho da equipe da AGEP; Qualificação da participação do Conselho Municipal de Saúde; fortalecimento do conselho Municipal de Saúde.	Visão cartorial da participação social na gestão.
111	Aumento da autonomia da SMS como um todo.	Deficiência do quadro técnico e administrativo; Ausência de um plano de cargos e salários.	Reforma Administrativa da SMS; Determinação política do conjunto de da administração da Prefeitura Municipal de Salvador; Quase correspondência entre as Administrações Regionais (AR) e os DS.	Desenho da estrutura administrativa da SMS que não favorece, dificulta o investimento nisso; Trabalho com estruturas informais.

Nº DA AÇÃO	NOV/DEZ/2007		ABR/JUN/2008	
	Facilitadores	Inibidores	Facilitadores	Inibidores
112	Bom relacionamento profissional com diversos profissionais da área de comunicação.	Falta de investimento na composição/montagem de uma equipe composta por profissionais da área de comunicação; Viabilização da contratação do fotógrafo. OBS: Como saúde é um bom produto para a mídia, está sempre em evidência nos noticiários e disputas políticas, esta assessoria está sempre em contato com a mídia para divulgar as ações da SMS ou para responder a algum questionamento, como uma via de mão dupla. Sendo que 95% desses contatos são realizados por telefone e internet.	Bom relacionamento profissional com diversos profissionais da área de comunicação.	Mudança de gestor (Secretário); Falta de investimento na composição de uma equipe composta por profissionais da área de comunicação; Viabilização da contratação do fotógrafo.
113	Limpeza e organização dos arquivos aumentando a performance; Geração de um fluxo de solicitação a partir do aumento da demanda; Capacitação permanente da equipe p/ lidar com a intranet; independência do NGI em relação ao setor de comunicação referente a atividade de desenvolvimento.	Falta de suporte da área de comunicação na definição de conteúdo a ser veiculado na internet; Falta de recursos financeiros para desenvolvimento de novo site na intranet; Falta de prioridade das coordenações Técnicas para enviarem materiais.	Articulação com o Setor de Comunicação; realização de reuniões periódicas com o Setor de Comunicação; Disponibilização de 03 técnicos do NGI para trabalharem exclusivamente com o Setor de Comunicação; Parceria com a PRODASAL para hospedagem dos sites e suporte técnico.	Dificuldade das Coordenações do Nível Central no repasse de conteúdo par divulgação na internet; Falta de definição por parte dos Coordenadores do Nível Central e Distrital sobre o conteúdo que deve ser para a intranet e internet.

114	OBS. Devido a dificuldade de cumprimento do agendamento das visitas, além da sobrecarga de atividades desenvolvidas pela Auditoria, não foi possível atualizar o estágio de implantação/implementação dessa ação.		OBS: Entrevista não realizada.	
-----	---	--	--------------------------------	--

Nº DA AÇÃO	NOV/DEZ/2007		ABR/JUN/2008	
	Facilitadores	Inibidores	Facilitadores	Inibidores
115	Reorganização da equipe e do processo de trabalho; Redefinição de papéis e de fluxos; Articulação com a Rede de Ouvidorias; Fortalecimento dos vínculos com os DS e com alguns setores da SMS; Fortalecimento da aproximação com os usuários; Envio de projeto para o MS; Participação em alguns eventos promovidos pela SMS; retomada do projeto Ouvidoria Itinerante; Compromisso do Gestor.	Falta de divulgação da Ouvidoria através de materiais educativos; Falta de recursos financeiros da SMS; Inexistência de convênios anteriores entre a Ouvidoria e o MS; Não concretização do processo de descentralização da Ouvidoria; Desatualização do sistema informatizado de registro das manifestações dos usuários; Inexistência do serviço 0800.	Aprovação de Convênio com o MS que facilitará a reestruturação da Ouvidoria; Qualificação da Equipe; Articulação com outras Ouvidorias; Fortalecimento da aproximação com os usuários, principalmente através da Ouvidoria Itinerante.	Necessidade de ampliação do nº de atendentes ou da jornada de trabalho de 30 para 40h; Falta de atualização do Sistema, influenciando a elaboração de relatórios; Falha no formato do Sistema que gera dados superficiais e informações imprecisas; Falta de divulgação do trabalho da Ouvidoria; Falta de materiais informativos sobre a Ouvidoria; Falta de articulação com os demais setores da SMS para dar retorno mais hábil à rede; Mudança freqüente de Coord. da Ouvidoria.
116	Adesão de algumas Coordenações ao Planejamento Estratégico; Capacidade de tradução dos instrumentos utilizados pela SEAD para a SMS com apoio da Cooperação Técnica.	Diferença entre as lógicas de planejamento da SEAD e da SMS demanda balizamento; Baixo grau de adesão de algumas Coordenações ao Planejamento Estratégico; Falta de identificação de pessoas de referência para as atividades de planejamento em cada Coordenação.	Disponibilidade dos técnicos da ASTEC em participar das reuniões e considerar importante a alimentação do Sistema de Monitoramento das Ações.	Mudança na gestão municipal da SMS e técnicos coordenadores do planejamento estratégico da SMS/SEAD; Não entendimento dos demais setores da SMS sobre a alimentação do referido Sistema

117	Discussão e elaboração do Regimento; Encaminhamento da proposta para o SEAD; Consultoria contratada; Ampla participação nas oficinas realizadas; Priorização de setores na alteração da estrutura organizacional. Ex. FMS e outros.	Cultura institucional organizada em torno da fragmentação; Atomização dos processos e da não incorporação do planejamento como ferramenta de gestão; Dificuldade financeira da PMS.	Envolvimento da Consultoria Técnica do ISC nas discussões de implementação do Plano Municipal de Saúde; Realização de Oficina sobre o Plano com a participação do gestor (Dr. Carlos Trindade), definindo prioridades da SMS; O fato de dispor de um documento como proposta de Modelo de Gestão Jurídico Institucional para conduzir o processo negociação política frente ao Poder Executivo e Legislativo.	Mudança no cenário político da prefeitura Municipal de Salvador; Baixo nível de articulação da SMS com as demais Secretarias; Fragilidade na articulação interna da SMS
-----	---	---	---	---

Nº DA AÇÃO	NOV/DEZ/2007		ABR/JUN/2008	
	Facilitadores	Inibidores	Facilitadores	Inibidores
118	Envolvimento de representantes do CMS na oficina de programação; Realização de oficinas de planejamento; Readequação do NUD.	Cultura institucional baseada na centralização e na comunicação insuficiente entre os diversos níveis; Fragilidade técnica das equipes expressa na falta de experiência, de formação e de perfil para implementação da ação	Acúmulo histórico do conhecimento sobre planejamento, adquirido durante a gestão; Entendimento da gestão sobre a importância do planejamento descentralizado.	Concentração de esforços da gestão para solucionar a questão da Terceirização; Desarticulação das Coordenações do Nível Central e Distrital para condução da gestão do sistema; Fragilidade na capacidade das Coordenações na utilização do planejamento como ferramenta de gestão. OBS: As técnicas ressaltaram que houve retrocesso nas estratégias de reforço ao planejamento participativo e ascendente na SMS.
119	Conclusão do Curso de Especialização; Cooperação Técnica; Participantes de representantes do CMS nas oficinas; Equipe melhor capacitada após o curso.	Necessidade de tempo para capacitação; necessidade de tempo para absorção de novas tecnologias; Necessidade de identificação de pessoas de referência; Necessidade de	Articulação da ASTEC com as Coordenações da SMS no acompanhamento dos instrumentos de planejamento da SMS, com destaque para o processo de elaboração do	Baixa incorporação dos instrumentos de planejamento e avaliação na cultura institucional; Pouca discussão no processo de aperfeiçoamento das metodologias, processos e instrumentos de

		monitoramento das ações pela ASTEC.	relatório de Gestão.	planejamento, programação, acompanhamento e avaliação nos Níveis Central, Distrital e Local entre os parceiros institucionais da SMS. OBS: As Técnicas destacaram que houve avanço na construção do Relatório de Gestão.
120	Envolvimento dos DS e da SMS na discussão do geoprocessamento; Realização de oficinas com os DS; Apoio da SEPLAN.	Falta de priorização técnica e política relacionada a essa ação.	Articulação entre a SMS e a SEPLAN para georeferenciamento das unidades de saúde dos Distritos Sanitários (DS) e definição dos limites dos DS; Disponibilização e capacitação de um estagiário para apoiar o georeferenciamento.	Ação não priorizada pelo Dirigente (SMS) o que implicaria a articulação com as demais Secretarias
121	Perspectiva concreta de contratação de consultoria; Atualização da rede de serviços como produto do Curso de Especialização.; Mudança de gestão na COAPS; Realização de oficinas para a construção da Rede de Saúde da Mulher; Incorporação de novas tecnologias.	Baixo envolvimento das Coordenações envolvidas na ação; a SMS ainda não trabalha na lógica da gestão plena.	Envolvimento da Coordenação da COAPS com a formação do Grupo de Trabalho (GT) para ampliar a construção de outras redes de serviços de saúde	Acúmulo de atividades da Coordenação da COAPS; Demora na contratação da Consultoria do Projeto Saúde Bahia que tem como um dos produtos, a organização das redes.

Nº DA AÇÃO	NOV/DEZ/2007		ABR/JUN/2008	
	Facilitadores	Inibidores	Facilitadores	Inibidores
122	Construção da Rede de Atenção à Saúde da Mulher.	Baixo envolvimento das Coordenações envolvidas na ação; Não houve demanda por parte dos DS e do Nível central; Ausência de discussão sobre essa ação;	As Técnicas não identificaram elementos facilitadores.	Baixa responsabilidade para desencadear processos de gestão no Nível Local; Ausência de discussão sobre essa ação; Pouca incorporação das atividades

		Desconhecimento por parte dos atores envolvidos sobre essa ação.		previstas no Plano Municipal de Saúde.
123	Reestruturação organizacional, em separado, do FMS através da elaboração de uma proposta individual, ou seja, separada da estrutura da SMS.	Mudança na Gestão; Insuficiência de RH.	Inauguração de 08 unidades de saúde (CEREST, 9º Centro de Saúde, CS Santa Cruz, CEO/Roma, CEO/Cajazeiras, CS São Francisco, CS São Cristóvão, CAPS/ Coutos); Início de obras de algumas unidades e retomada de outras obras que deverão ser concluídas em 2008.	Não liberação de recursos em tempo hábil; Mudança na Gestão; Falta de qualificação de RH para atender as demandas da SMS.
124	As técnicas não identificaram aspectos facilitadores referentes a essa ação.	Indefinição de critérios para perfil dos profissionais para ocuparem os cargos comissionados.	As Técnicas responsáveis pelo repasse das informações, não identificaram aspectos facilitadores referentes a essa ação.	Indefinição de critérios para perfil dos profissionais para ocuparem os cargos comissionados. OBS: As Técnicas acrescentaram que não identificaram mudanças referentes a etapa anterior de acompanhamento do PMS em relação a essa etapa.
125	Cenário favorável ao debate; Existência de GTs para questões específicas; Ambiência criada entre a SMS e a SESAB par discussão de questões específicas.	Insegurança dos grupos; Discussões corporativas; Interesses divergentes (Gestão X Profissionais).	Confluência de vontades da administração da SMS e dos profissionais de saúde do PSF voltados para a desprecarização dos contratos de trabalho; Forte participação do Ministério Público do Trabalho; Falência do modelo terceirizado.	Grupos de interesse que influem no comportamento da política municipal e na configuração do SUS (Câmara de Vereadores); "Massa Crítica" que interfere na formulação das políticas praticadas pelo Prefeito de Salvador.
126	Novo Regimento da SMS; Análise realizada pelo Curso de Especialização.	Não é ação exclusiva do CDRH; Exige um balisamento conceitual do que se entende por DS; Necessita de pactos com os DS, COSAM, COAPS, ASTEC e com a própria unidade; Aprofundamento da discussão sobre a estrutura da SMS; Ausência da discussão prévia p/ definição da equipe gerencial	Novo Regimento da SMS; Análise realizada pelo Curso de Especialização.	Não é ação exclusiva do CDRH; Exige um balisamento conceitual do que se entende por DS; Necessita de pactos com os DS, COSAM, COAPS, ASTEC e com a própria unidade; Aprofundamento da discussão sobre a estrutura da SMS; Ausência da discussão prévia p/ definição da equipe

		mínima.		gerencial mínima. OBS: As Técnicas acrescentaram que não identificaram mudanças referentes a etapa anterior de acompanhamento do PMS em relação a essa etapa.
Nº DA AÇÃO	NOV/DEZ/2007		ABR/JUN/2008	
	Facilitadores	Inibidores	Facilitadores	Inibidores
127		OBS: A Coordenadora da Regulação informou que desconhece a existência do Comitê Gestor Municipal para acompanhamento do processo de implantação / funcionamento do Complexo Regulatório.	Aquisição de 40 computadores para a Central de Regulação e DS; Descentralização do agendamento do elenco de procedimentos.	Inexistência de RH; Necessidade de viabilização por parte da SMS de alguma forma de contratação de RH.
128	Não foram identificados pela Técnica aspectos facilitadores referentes a essa ação. OBS:Entretanto, a Coordenação destacou o avanço da SMS na efetivação da contratualização dos hospitais de ensino e filantrópicos.	Dificuldade da SMS em viabilizar processos licitatórios para compra de equipamentos; Falta de capacidade operacional da SMS para regular; Inexistência do desenho assistencial para a rede Hospitalar e Especializada.	Elaboração de projeto para regulação dos procedimentos de média e alta complexidade, baseado na descentralização; Aquisição de mobiliários novos; Regularização do pagamento dos profissionais que estava com 02 meses de atraso. OBS: A Técnica enfatizou que ao tomar posse no dia 28/01/2008, priorizou essa regularização do pagamento dos profissionais.	Necessidade de viabilização da reforma no espaço físico do Complexo Regulatório.
129	Não foram identificados pela Técnica aspectos facilitadores referentes a essa ação.	Fragilidade da Rede de Atenção Básica; Insuficiência de RH para a regulação.	Aquisição de 40 computadores, representando parte do dos equipamentos solicitados; Início das visitas aos DS.	Fragilidade da Rede de Atenção Básica; Insuficiência de RH para a regulação.
130	Não foram identificados pela Técnica aspectos facilitadores referentes a essa ação.	OBS: A coordenadora da Regulação considera que essa ação retrocedeu em comparação a etapa anterior de acompanhamento do Plano Municipal de Saúde.	OBS: A Técnica informou que essa ação não foi priorizada, devido às inúmeras demandas encontradas pela Coordenação, especialmente no que diz	

			respeito ao déficit de RH, principalmente RH especializado para elaborar metodologias e instrumentos de avaliação.	
131	Cumprimento da emenda Constitucional (Legislação).	Não cumprimento na liberação de recursos devido a SEFAZ não ter desvinculado os recursos, ou seja, não está efetuando o pagamento das despesas referente aos 15% garantidos pela Legislação, impedindo que o FMS alcance o seu índice de gasto desses 15%.	Cumprimento da Emenda Constitucional (Legislação).	Não cumprimento na liberação de recursos devido a SEFAZ não ter desvinculado os recursos, ou seja, não está efetuando o pagamento das despesas referente aos 15% garantidos pela Legislação, impedindo que o FMS alcance o seu índice de gasto desses 15%. OBS: A Técnica informou que após ter se desligado da SMS obteve informações que a Legislação passou a ser devidamente cumprida e os recursos referentes aos 15% destinados à SMS já estavam sendo repassados pela SEFAZ.
Nº DA AÇÃO	NOV/DEZ/2007		ABR/JUN/2008	
	Facilitadores	Inibidores	Facilitadores	Inibidores
132	Legislação.	Não cumprimento da liberação dos recursos, ou seja, a gestão financeira dos recursos federais só poderá ser executada quando houver a desvinculação referida na Ação 131.	Legislação.	Não cumprimento da liberação dos recursos, ou seja, a gestão financeira dos recursos federais só poderá ser executada quando houver a desvinculação referida na Ação 131. OBS: A Técnica acrescentou que não identificou nenhuma mudança, na implementação dessa ação, nesse período correspondente a essa etapa de acompanhamento do PMS, comparando com a etapa anterior desse mesmo

				acompanhamento.
133	Legislação.	Não cumprimento da liberação dos recursos, sinalizando a necessidade de desvinculação dos recursos; Lentidão no fluxo dos processos; Ausência de fluxo para os processos com instruções claras e detalhadas.	Legislação.	Não cumprimento da liberação dos recursos, sinalizando a necessidade de desvinculação dos recursos; Lentidão no fluxo dos processos; Ausência de fluxo para os processos com instruções claras e detalhadas. OBS: A Técnica acrescentou que não identificou nenhuma mudança, na implementação dessa ação, nesse período correspondente a essa etapa de acompanhamento do PMS, comparando com a etapa anterior desse mesmo acompanhamento.
134	Apoio dos profissionais envolvidos; Informatização do Sistema em 30% das unidades de saúde.	Falta de RH; Não informatização do Sistema na totalidade das unidades de saúde.	Apoio dos profissionais envolvidos; Informatização do Sistema em 30% das unidades de saúde.	Falta de RH; Não informatização do Sistema em 70% das unidades de saúde da rede.
135	A Técnica não identificou aspectos facilitadores referentes a essa ação.	Não efetuação dos pagamentos de forma constante, aos fornecedores. Os atrasos comprometem o andamento das obras.	Programação Anual de aquisição de equipamentos e mobiliários para novas unidades (UBS, USF, CAPS, CEO); Compromisso da Equipe da CAD em relação às demandas que dependem desses profissionais.	Falta de acompanhamento das necessidades de reposição de equipamentos para as unidades; Não efetuação dos pagamentos de forma constante aos fornecedores, pois os atrasos comprometem o andamento das obras.
Nº DA AÇÃO	NOV/DEZ/2007		ABR/JUN/2008	
	Facilitadores	Inibidores	Facilitadores	Inibidores
136	OBS. Devido a dificuldade de agendamento das visitas, ao CRA para entrevistar a técnica responsável por essa ação, não foi possível atualizar o estágio de		Entrevista não realizada, devido ao fato da Técnica responsável pela implementação dessa ação, informar desde a etapa anterior, quando foi convidada p/ repassar	

	implantação/implementação da mesma.		informações sobre o estágio de implementação dessa ação, que não reconhecia essa ação como responsabilidade do CRA/SUIS.	
137	Aprovação de portaria que exige a utilização do Cartão SUS; Empenho do Gestor.	As impressoras de cartão magnético ainda não foram contratadas (processo em andamento); OBS: A Técnica acrescentou que o Correio foi substituído pelos pontos de coleta situados um em cada DS e que o Prefeito já autorizou a compra das impressoras. A SMS vai adquirir um Servidor que vai abrigar a base municipal de Salvador do Cartão SUS, nas unidades, impossibilitando que exista a pesquisa para evitar o recadastro.	Montagem de 12 centros de cadastramento e entrega de cartões, com 01 computador para cada um deles; Finalização do sistema OES – Onde Está o Seu Cartão implantado nos DS; Treinamento sobre o cadastramento de usuários na Web (CADWEB) e sobre utilização do OESC para profissionais de referência nos DS; Viabilização da compra de uma impressora para o Cartão SUS.	Insuficiência de recursos financeiros para viabilizar todas as ações necessárias (informatização, etc).
138	Continuidade da discussão com o CRA; Continuidade da mobilização no nível municipal com a campanha “Qual a sua raça/cor?”.	Centralização do sistema de informação não permite alteração do instrumento de registro de dados; a demora na implantação do cartão SUS; Falta de preenchimento do quesito raça/cor nesse instrumento pelos profissionais.	Realização de oficina com técnicos dos DS responsáveis pelo Sistema de Informação, para melhorar a implementação do quesito Raça/Cor nas ações desenvolvidas pelos DS; Organização de curso sobre Informação em saúde para os referidos profissionais, a ser ministrado pelo ISC/UFBA; Articulação com a SESAB para envolver os profissionais das Maternidades e do Instituto Médico Legal.	Pouca participação dos médicos nas oficinas sobre esse tema; Preenchimento incompleto dos formulários por parte dos médicos; Necessidade de melhoria na qualidade do preenchimento do quesito raça/Cor por parte dos profissionais que atuam na recepção das unidades de saúde; Falta de cobrança por parte da SMS de análise sobre o quesito Raça/Cor nos relatórios produzidos pelos profissionais da SMS.

MÓDULO OPERACIONAL V - VALORIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS E TRABALHADORES DE SAÚDE

Nº DA AÇÃO	NOV/DEZ/2007		ABR/JUN/2008	
	Facilitadores	Inibidores	Facilitadores	Inibidores
139	Apoio do NGI; Ingresso de técnicos qualificados; Criação de um sistema para atender as demandas de RH que vão trabalhar no carnaval.	Dificuldade de atualizar os dados em função da movimentação de pessoal não ser realizada apenas pelo CDRH; Não implantação de todos os dados; Tempo consumido com retrabalho em função da movimentação de pessoa não ser realizada apenas pelo CDRH. OBS: As Técnicas informaram que o referido sistema não é um software, e sim um sistema que atende minimamente as demandas. Acrescentaram a necessidade dessa Coordenação alimentar o banco de informações sobre estágios e pesquisas	Apoio do NGI; Utilização de um sistema que atendeu adequadamente às demandas de RH para o carnaval.	Dificuldade de utilizar os dados em função da movimentação de pessoal não ser organizada apenas pelo CDRH, gerando informações inadequadas para os gestores; Não implantação de todos os dados; Tempo consumido com retrabalho, devido a referida movimentação de pessoal não ser realizada apenas pelo CDRH.
140	Apoio do Gestor; Equipe mobilizada; Reestruturação do NGI envolvendo a organização de arquivos e metodologia de trabalho; Disponibilização de um software novo desenvolvido pelo DATASUS.	Dificuldade de aquisição de equipamentos; Não concretização da finalização do convênio entre a SMS e o MS para a informatização das unidades de saúde; Falta de capacitação e de estabelecimento de fluxo dos processos p/ aquisição de materiais.	Apoio do gestor anterior; Equipe mobilizada; Organização de arquivos e metodologia de trabalho; Aquisição do sistema gratuito SIGASAÚDE, cedido pela Prefeitura de São Paulo; Aquisição de aproximadamente 100 computadores para a rede; Desenvolvimento de sistemas para utilização do TAS.	Aguardo de definição quanto ao apoio do novo gestor; Dificuldade para capacitar a equipe para desenvolver tecnologia específica (SIGASAÚDE).
141	Realização de oficinas internas para discutir o tema.	Cultura organizacional estabelecida; Falta de controle do CDRH sobre as capacitações realizadas pelas diversas coordenações.	Realização de oficinas internas para discutir o tema; Reforço do movimento do MS e da SESAB em torno da Educação Permanente;	Cultura organizacional; Possíveis resistências; Priorizar a ação como uma política da SMS..

			Formação de um GT de Educação Permanente na SMS (CDRH, COAPS e COSAM).	
142	Planejamento ascendente.	Cultura organizacional; Possíveis resistências. OBS: Segundo as Técnicas, com o passar do tempo o CDRH assumirá o papel de acompanhamento e não de controle.	Planejamento ascendente	Cultura organizacional; Possíveis resistências.

Nº DA AÇÃO	NOV/DEZ/2007		ABR/JUN/2008	
	Facilitadores	Inibidores	Facilitadores	Inibidores
143	Existência de ações planejadas para implantação dessa ação; Chegada do novo Coordenados da COAPS com entendimento adequado sobre Educação Permanente em saúde.	Não acesso das unidades à intranet; Fragilidade nos processos de comunicação da SMS.	Planejamento ascendente	Falta de nivelamento conceitual na SMS sobre Educação Permanente em Saúde; Existência de ações planejadas p/ a implementação dessa ação. OBS: As Técnicas responsáveis pelo repasse das informações, destacaram a mudança da Coordenação da COAPS como um aspecto importante a ser analisado.
144	Realização de oficinas temáticas; Ação integrada a Programação de 2007.	Não articulação das políticas de capacitação pelo CDRH; Fragmentação dos recursos p/ capacitação por programa, inibe um projeto de transversalidade p/as ações de capacitação.	Boa articulação com o GTSPN p/ participação das temáticas de referência desse grupo ser incluídas nas capacitações; Realização de oficinas temáticas.	Dificuldade de realizar conjuntamente, capacitações voltadas para o mesmo público; falta autonomia p/ a Subcoordenação de Capacitação do CDRH para articular essas capacitações.
145	Priorização dada pelo CDRH às ações planejadas pelo CDRH.	Priorização dada pelo CDRH às ações planejadas pelo CDRH; Crise financeira da Prefeitura impactando	Priorização dada pelo CDRH às ações planejadas pelo CDRH.	Priorização dada pelo CDRH às ações planejadas pelo CDRH; Crise financeira da Prefeitura

		nas condições de trabalho e de logística para a operacionalização da ação.		impactando nas condições de trabalho e de logística para a operacionalização da ação. OBS: As Técnicas acrescentaram que não identificaram mudanças referentes a etapa anterior de acompanhamento do PMS em relação a essa etapa.
146	Disponibilidade da internet e da intranet; Identificação de aliados.	A pouca utilização do e-mail institucional; Falta de cultura tecnológica inibindo o uso da internet e intranet.	Disponibilidade da internet e da intranet; Identificação de aliados.	A pouca utilização do e-mail institucional; Falta de cultura tecnológica inibindo o uso da internet e intranet. OBS: As Técnicas acrescentaram que não identificaram mudanças referentes a etapa anterior de acompanhamento do PMS em relação a essa etapa.
147	Apoio do Gestor.	Crise financeira da prefeitura; Dificuldade de compreensão de outras Secretarias sobre as questões de saúde (SEFAZ, SEAD).	Apoio do Gestor, apesar das diversas mudanças.	Crise financeira da prefeitura; Dificuldade de compreensão de outras Secretarias sobre as questões de saúde (SEFAZ, SEAD).

MÓDULO OPERACIONAL VI - QUALIFICAÇÃO E CONTROLE SOCIAL

Nº DA AÇÃO	NOV/DEZ/2007		ABR/JUN/2008	
	Facilitadores	Inibidores	Facilitadores	Inibidores
148	Instalação de Mesa de Negociação do SUS Municipal, com realização de reuniões mensais ordinárias.	As técnicas não identificaram inibidores.	Participação da SMS nas reuniões mensais ordinárias da Mesa de Negociação do SUS Municipal.	As técnicas não identificaram inibidores. OBS: As Técnicas responsáveis pelo repasse dessas informações, acrescentaram que até o presente momento, não houve mudança nas representações da SMS nessa mesa de Negociação do SUS

				Municipal.
149	Entrega da proposta do Plano de Cargos e Salários da SMS.	Crise financeira da prefeitura; Dificuldade de compreensão de outras Secretarias sobre as questões de saúde (SEFAZ, SEAD).	Entrega da proposta do Plano de Cargos e Salários da SMS à SEAD.	Crise financeira da prefeitura; Dificuldade de compreensão de outras Secretarias sobre as questões de saúde (SEFAZ, SEAD).
150	Ação integra a Programação de 2007; Possibilidade de aquisição de Consultor.	Insuficiência de RH no CDRH para implantar a ação; Não articulação intersetorial para discutir a ação que envolve CDRH, COAPS, ASTEC e COSAM.	Motivação da equipe atual do CDRH.	Insuficiência de RH no CDRH para implantar a ação; Não articulação intersetorial para discutir a ação que envolve CDRH, COAPS, ASTEC e COSAM.
151	Foram criados todos os cargos solicitados. Está apenas aguardando a aprovação pela Câmara de Vereadores, do cargo de Auditor farmacêutico.	As Técnicas não identificaram inibidores para essa ação.	Foram criados todos os cargos solicitados. Porém, a SMS continua aguardando a aprovação pela Câmara de Vereadores, do cargo de Auditor Farmacêutico.	As Técnicas não identificaram inibidores para essa ação.
152	Retomada da discussão sobre a realização de concurso para áreas específicas (Endemias e SAMU).	Licitação deserta. Nenhuma empresa se habilitou a realizar o concurso.	Realização de concurso para Agentes de Endemias; Realização de processo seletivo simplificado de RH p/ o SAMU.	Licitação deserta. Nenhuma empresa se habilitou mais a realizar concursos.
153	As Técnicas não identificaram facilitadores para essa ação.	Crise financeira da Prefeitura. OBS: As Técnicas acrescentaram que estão sendo realizadas ações pontuais de valorização do Servidor, mas ainda não foi estruturado um Programa de Valorização do servidor.	As Técnicas não identificaram facilitadores para essa ação.	Crise financeira da Prefeitura. OBS: As Técnicas acrescentaram que continuam sendo realizadas ações bastante pontuais de valorização do Servidor, mas ainda não foi estruturado um Programa de Valorização do Servidor pela SMS.

Nº DA AÇÃO	NOV/DEZ/2007		ABR/JUN/2008	
	Facilitadores	Inibidores	Facilitadores	Inibidores
154	Realização de reuniões com a Comissão Organizadora p/ discussão do regimento e escolha do tema; Elaboração do cronograma das Pré-Conferências com as Coord. Distritais.	Insuficiência de RH p/ agilizar a ação; Desorganização funcional do CMS e Secretaria Executiva do CMS. OBS: O Técnico informou que a AGEP não apresentou até o momento, ao CMS, o Relatário Final e a prestação de contas da 8ª Conferência Municipal de Saúde.	Realização de reuniões com a Comissão Organizadora p/ discussão do regimento e escolha do tema; Elaboração do cronograma das Pré-Conferências com as Coord. Distritais.	Insuficiência de RH p/ agilizar a ação; Desorganização funcional do CMS e Secretaria Executiva do CMS. OBS: A Técnica informou que não estava coordenando a AGEP nesse período de preparação da Conferência Municipal de Saúde, entretanto, optou por manter as informações da etapa anterior de monitoramento.
155	Não foi identificado pelo Técnico nenhum aspecto facilitador referente a essa ação.	Falta de condições financeiras da PMS; Falta de prioridade dessa ação.	Não foi identificado pelo Técnico nenhum aspecto facilitador referente a essa ação.	Falta de condições financeiras da PMS; Falta de prioridade dessa ação;
156	Elaboração do Plano de Capacitação com cadastramento do CMS no FMS; Reuniões com a Comissão de Capacitação; Apoio do CMS.	Falta de condições financeiras da PMS; Insuficiência de RH na AGEP e no CMS.		OBS: A Técnica informou que essa ação continua no mesmo estágio de implantação informado na etapa anterior desse monitoramento, acrescentando que a ação não foi priorizada durante os dois meses que está coordenando a AGEP, pois priorizou a implantação dos Conselhos locais de saúde e Conselhos Distritais.
157	Reunião do Colegiado como espaço de monitoramento da implementação dos Módulos; Incorporação de uma técnica com interface na Cooperação Técnica.	Baixa institucionalização técnica e política dos processos de acompanhamento. OBS: O Núcleo Dirigente – NUD foi reativado p/ acompanhamento do PMS, e não dos Módulos.	Capacidade da ASTEC de introduzir a avaliação dos Módulos Operacionais do Plano Municipal de Saúde em reuniões e oficinas de trabalho; Utilização das reuniões do Colegiado como	Pouca incorporação da prática de avaliação nas Coordenações no âmbito Central e Distrital da SMS.

			espaço de monitoramento da implementação desses Módulos; Incorporação de uma técnica na ASTEC com interface na Cooperação Técnica com o ISC/UFBA.	
--	--	--	---	--

Nº DA AÇÃO	NOV/DEZ/2007		ABR/JUN/2008	
	Facilitadores	Inibidores	Facilitadores	Inibidores
158	Vontade do CMS em implementar essa ação com ampla divulgação; Inscrição de projetos pela AGEP no FMS.	Falta de condições financeiras da PMS; falta de organização / Capacitação do CMS e de seus Conselheiros p/ entendimento das informações fornecidas através do relatório de gestão; falta de uma home page ou site do CMS na internet.	Participação em reuniões tentando socializar as informações junto aos DS e comunidades.	Falta de veículo para transportar a equipe da AGEP; Burocracia interna da SMS.
159	Sensibilização e interesse permanente da população; Inscrição de projetos pela AGEP no FMS; Realização de oficinas p/ planejamento da ação junto à comunidade.	Falta de condições financeiras da PMS; falta de organização interna do Nível Central da SMS; Falta de capacitação de agentes facilitadores; falta de capacitação das lideranças e Conselheiros p/ acompanhamento sistemático da ação.		OBS: A Técnica informou que não tem conhecimento sobre o estágio de implementação dessa ação, devido ao fato da ASTEC ter apoiado o processo de implantação da mesma, inicialmente. Entretanto, acrescentou que acredita que o estágio de implantação não avançou, devendo manter o estágio informado na etapa anterior desse monitoramento.
160	Inscrição de projetos pela AGEP no FMS.	Falta de condições financeiras da PMS; Tempo exíguo; Escassez de recursos humanos e financeiros.	Desejo da população em participar socialmente.	Não legalização dos conselhos Locais de Saúde.
161	Inscrição de projetos pela AGEP no FMS; Disposição dos agentes	Falta de condições financeiras da PMS; Falta de organização interna da	Mudança no fluxo do processo de legalização dos	Burocracia interna da SMS

	envolvidos nessa ação; Acompanhamento da AGEPE p/ a formação dos Conselhos Distritais e Locais; Motivação e compromisso da equipe.	SMS nas publicações em Diário Oficial do Município (homologação dos Editais de Eleição e Posse); Falta de RH p/ acompanhamento sistemático da ação nos DS.	Conselhos Locais de Saúde, agilizando a tramitação dos documentos.	
162	Realização de estudos de mapeamento dos centros de matrizes africanas; Estrutura interna da SMS através da Assessoria de Promoção da Equidade racial.	Falta de condições financeiras da PMS; falta de organização interna da SMS.	Apoio do GTSPN para implementação dessa ação; Participação e credibilidade da população no trabalho realizado pelo GTSPN.	Falta de condições financeiras da PMS; Falta de organização interna da SMS.
163	Inscrição de projetos pela AGEPE no FMS; Trabalho comprometido das Técnicas responsáveis pela ação, articulação, sensibilização do Núcleo Dirigente – NUD e dos Coord. Distritais p/ a ação; Planejamento de capacitação mensal dos Conselheiros Distritais e Locais de Saúde.	O fato de nem todos os Conselhos encontrarem-se institucionalizados.	Criação de 01 Conselho Distrital de Saúde no DS de Brotas	Regimento novo dos Conselhos Distritais determina que eles só podem ser implantados após a implantação de 50% dos Conselhos Locais de Saúde do respectivo Distrito.
Nº DA AÇÃO	NOV/DEZ/2007		ABR/JUN/2008	
	Facilitadores	Inibidores	Facilitadores	Inibidores
164	Atuação de Técnica da AGEPE como representante da SMS no Conselho Municipal de Assistência Social.	Falta de organização de uma agenda intersetorial da SMS; Falta de capacitação dessa Técnica pela SMS para a devida representação desta no respectivo Fórum Intersetorial.	A Técnica não identificou aspectos facilitadores dessa ação.	A Técnica informou que essa ação não foi priorizada até o momento, devido a priorização exclusiva por parte da Coordenação da AGEPE da legalização dos Conselhos Distritais e Locais de Saúde.
165	Presença de Técnica do CESAT na Assessoria Técnica; Existência e funcionamento da Câmara Técnica.	Etapas a serem vencidas envolvidas no processo.	Presença de Técnica do CESAT na Assessoria Técnica; Existência e funcionamento/ Atuação da Câmara Técnica	Etapas a serem vencidas envolvidas no processo.
166	Compromisso da equipe de controle social.	Redução da participação em reuniões ordinárias do número de instituições	Compromisso da equipe com o controle social.	Redução da participação em reuniões ordinárias do número de

		intersectoriais.		instituições intersectoriais.
167	Existência da Câmara Técnica; Presença do Representante da Câmara Técnica no Conselho Municipal.	Sobrecarga de trabalho e ações; Falta de Coordenação (Gestora).	Existência da Câmara Técnica; Presença do Representante da Câmara Técnica no Conselho Municipal de Saúde..	Sobrecarga de trabalho e ações;

MÓDULO OPERACIONAL VII - POLÍTICA DE ATENÇÃO À SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA

Nº DA AÇÃO	NOV/DEZ/2007		ABR/JUN/2008	
	Facilitadores	Inibidores	Facilitadores	Inibidores
168	Capacidade de mobilização da equipe de trabalho para a obtenção dos dados; Recebimento de alguns equipa-mentos solicitados; Realização de um Seminário sobre religiões de matrizes africanas.	Ausência do aprofundamento da discussão sobre a ação; Base de dados pulverizada; Ausência de sistematização para consolidar informações e apoio de um técnico para a Rede na SMS; Não recebimento dos computadores solicitados.	Realização de diagnósticos pelo GTSPN; Aquisição de um computador.	Necessidade de maior envolvimento dos profissionais para melhorar o preenchimento do quesito raça/Cor nos formulários; Necessidade de melhoria na relação intra e interinstitucional para fortalecimento dessa rede de informações.
169	Chegada de equipamentos solicitados; Maior apropriação pela equipe sobre a implantação do Observatório; Definição do espaço físico p/ a implantação do Observatório.	Ausência do aprofundamento da discussão sobre a ação; Aguardo dos equipamentos solicitados; Necessidade de RH especializados; Necessidade de consultoria p/ a implantação do Observatório.	Aquisição parcial de equipamentos.	Necessidade de aquisição de equipamentos solicitados anteriormente (computadores, aparelho de fax, dentre outros).
170	Formação de núcleos distritais p/ o combate ao Racismo Institucional; Maior incorporação do tema nas discussões; Apoio financeiro externo; Parcerias com outras instituições.	Próprio racismo existente; Mito da democracia racial; Baixa participação de profissionais de nível superior, principalmente de médicos.	Criação da estratégia dos Pontos Focais nos DS que desenvolvem ações em parceria com o GTSPN; Apoio institucional de outros órgãos (UNFPA, UFBA dentre outros).	Falta de envolvimento das Coordenações do Nível Central da SMS nesse trabalho; Incômodo causado pelo tema Racismo Institucional X Mito da Democracia Racial; Reações objetivas e subjetivas dos profissionais de saúde relacionadas ao trabalho desenvolvido pelo GTSPN; Entraves da máquina

				administrativa da SMS; Incômodo causado aos demais profissionais da SMS pelo fato do GTSPN possuir recursos financeiros oriundos de outras fontes (Ministério da Saúde, etc).
171	Criação do Conselho Municipal de Comunidades Negras.	Demora na criação do Conselho Municipal de Comunidades Negras, pela SEMUR.	Apresentação da Política de Saúde da população Negra na reunião do Conselho Municipal de Saúde; Participação da coordenação do GTSPN no Comitê Técnico Estadual de Saúde da População Negra.	Instabilidade no cenário político da cidade de Salvador; Pouca priorização da saúde da população negra por parte da gestão da SMS.
172	Inclusão de representantes de religião de matriz africana no CMS; Realização de feiras de saúde e oficinas em terreiros; Fácil acesso e adesão dos centros religiosos; Atualização do cadastro dos terreiros pelos DS.	Complexidade dos centros religiosos; Dificuldade de reconhecimento como legítimas das práticas utilizadas pelos centros religiosos;	Disponibilização de recursos por parte da Política Nacional de Saúde da População Negra para implementação dessa ação; Interesse do público dos Terreiros do Culto Afro, bem como dos profissionais de saúde; Disponibilização de recursos pelo Ministério da Saúde para a produção de matérias educativos e informativos sobre o tema.	Necessidade de maior investimento nessa ação por parte de alguns DS; Intolerância religiosa e preconceito pelo desconhecimento do tema por parte de alguns profissionais de saúde;
173	Mobilização da Coordenação do DS Subúrbio ferroviário e dos Agentes Comunitários; Aprovação de projeto pelo MS para estas áreas; Realização de oficinas junto a profissionais de saúde dessas áreas.	Dificuldade de acesso a ilha de Maré; Dificuldades financeiras para atender demandas dessa ação.	Realização de oficinas com Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e representantes dos movimentos sociais ações remanescentes de Quilombos de Salvador; Disponibilização de recursos do MS para realização de atividades e	Dificuldade de acesso a determinadas áreas Quilombolas, a exemplo de Ilha de Maré; Dificuldades financeiras para atender demandas dessa ação; Indisponibilidade de delimitação das áreas quilombolas de Salvador (argumento utilizado por alguns profissionais que não

			produção de materiais educativos sobre o tema; Interesse de ACS sobre o tema; Articulação do GTSPN com a Fundação Palmares, Secretaria Estadual de Promoção da Igualdade (SEPROMI) e Associação Cultural do Patrimônio Bantu (ACBANTU).	querem trabalhar com esse tema, segundo a Técnica).
--	--	--	---	---