

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO RIO GRANDE DO SUL
UNIDADE UNIVERSITÁRIA EM PORTO ALEGRE
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO PÚBLICA**

SÍLVIO ANTÔNIO VIEIRA

**REDIMENSIONAMENTO DAS GERÊNCIAS DISTRITAIS DE SAÚDE DE PORTO
ALEGRE: territorialização em foco**

PORTO ALEGRE

2023

SÍLVIO ANTÔNIO VIEIRA

**REDIMENSIONAMENTO DAS GERÊNCIAS DISTRITAIS DE SAÚDE DE PORTO
ALEGRE: territorialização em foco**

Trabalho de Conclusão do Curso de
Especialização em Gestão Pública como
requisito parcial para a obtenção do título
de Especialista em Gestão Pública.

Orientadora: Profa. Dra. Vania Roseli
Correa de Mello

PORTO ALEGRE

2023

Catálogo de Publicação na Fonte

V658r Vieira, Silvio Antônio.

Redimensionamento das gerências distritais de saúde de Porto Alegre: territorialização em foco. / Silvio Antônio Vieira – Porto Alegre, 2023.

57f., il.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Vania Roseli Correa de Mello.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) – Universidade Estadual do Rio Grande do Sul; Curso de Pós-graduação em Gestão Pública, Unidade em Porto Alegre, 2023.

1. Controle social. 2. Desenvolvimento sustentável. 3. Gestão pública. 4. Economia em saúde. 5. Territorialização.

I. Mello, Vania Roseli Correa de. II. Título.

SÍLVIO ANTÔNIO VIEIRA

**REDIMENSIONAMENTO DAS GERÊNCIAS DISTRITAIS DE SAÚDE DE PORTO
ALEGRE: territorialização em foco**

Trabalho de Conclusão do Curso de
Especialização em Gestão Pública como
requisito parcial para a obtenção do título
de Especialista em Gestão Pública.

Orientadora: Profa. Dra. Vania Roseli
Correa de Mello

Aprovado em: 19/10/2023

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: Profa. Dra. Vania Roseli Correa de Mello
Universidade Estadual do Rio Grande do Sul – UERGS

Profa. Dra. Paola Carmen Valenzuela Cánepa
Universidade Estadual do Rio Grande do Sul – UERG

Ana Paula de Lima
Mestra em Saúde Coletiva - UFRGS

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todos os profissionais de saúde da Atenção Primária, engajados na luta pelo nosso Sistema Único de Saúde, comprometidos com as necessidades das diversas populações, nos diversos territórios de Porto Alegre.

Dedico, também, às pessoas envolvidas nos diversos movimentos de controle social: Conselhos Distritais de Saúde de Porto Alegre e Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre.

Por fim, dedico este trabalho aos gestores públicos que, através de suas ações e políticas, pautadas pela ética da cidadania, contribuem não somente para a manutenção do Sistema Único de Saúde, mas lutam por melhorias e ampliação da rede de cuidados à população.

AGRADECIMENTOS

Quero expressar minha gratidão à Universidade Estadual do Rio Grande do Sul – UERGS. Universidade pública, gratuita, patrimônio da sociedade gaúcha, que me oportunizou aprendizados no curso de Especialização em Gestão Pública.

Agradeço aos professores que me ensinaram com dedicação e competência. Eles contribuíram para meu crescimento profissional e pessoal, e me ajudaram a desenvolver o meu pensamento crítico e a minha capacidade de análise.

À minha orientadora Profa. Dra. Vania Roseli Correa de Mello, agradeço pela confiança, pela orientação e pelo incentivo.

Agradeço também aos colegas de curso, que compartilharam comigo experiências e saberes. Juntos aprendemos.

“Gostaria de ter atrás de mim (...) uma voz que dissesse:

“ É preciso continuar, eu não posso continuar,
é preciso continuar, é preciso pronunciar palavras
enquanto as há,
é preciso dizê-las até que elas me encontrem,
até que me digam – estranho castigo, estranha falta,
é preciso continuar, talvez já tenha acontecido,
talvez já me tenham dito,
talvez me tenham levado ao limiar de minha história,
diante da porta que se abre sobre minha história,
eu me surpreenderia se ela se abrisse”.

Michel Foucault

RESUMO

Estudo de Caso (Ex-pos facto), do tipo qualitativo, descritivo, exploratório, documental, com ênfase na análise de conteúdo das discursividades (usuários, trabalhadores, governo e prestadores de serviços) que se encontram na gravação da Plenária Ordinária Virtual do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre em 07 de outubro de 2021, tendo como foco das discussões a proposta de unificação das Gerências Distritais de Saúde do município. O objetivo geral deste estudo foi analisar as discursividades presentes na discussão entre representantes da gestão da Atenção Primária em Saúde (APS) de Porto Alegre e Conselho Municipal de Saúde, atentando-se para questões que envolvem redimensionamento das Gerências Distritais de Saúde de Porto Alegre e territorialização, elegendo-se dois objetivos específicos: Verificar de que forma o redimensionamento das Gerências Distritais de Saúde de Porto Alegre contempla os preceitos legais da territorialização no Sistema Único de Saúde (SUS) e Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e Identificar de que forma o redimensionamento das Gerências Distritais de Saúde de Porto Alegre contempla os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável da Agenda 2030. A análise de conteúdo resultou nos seguintes temas: Redimensionamento das Gerências Distritais de Saúde: economia em saúde? e Agenda 2030 nas relações entre Gestão Pública Municipal e Controle Social. Depreendeu-se que, em saúde, a conjugação de economia de escala com economia de escopo é pertinente, tendo a ênfase na APS pautada pela economia de escopo. O tema Agenda 2030 nas relações entre Gestão Pública Municipal e Controle Social suscitou reflexões sobre os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável 3 e 16 e seus respectivos subítemas. O contexto analisado indicou que o Desenvolvimento Sustentável está comprometido, tendo em vista as relações institucionais existentes entre Secretaria Municipal de Saúde e o Conselho Municipal de Saúde.

Palavras-chave: Controle social; Desenvolvimento sustentável; Gestão pública; Economia em saúde; Territorialização.

ABSTRACT

Case Study (Ex-pos facto), qualitative, descriptive, exploratory, documentary, with an emphasis on the content analysis of the speeches (users, workers, government and service providers) that are recorded in the Virtual Ordinary Plenary of the Council Municipal Health Department of Porto Alegre on October 7, 2021, with the focus of discussions being the proposal to unify the municipality's District Health Departments. The general objective of this study was to analyze the discourses present in the discussion between representatives of the management of Primary Health Care (PHC) in Porto Alegre and the Municipal Health Council, paying attention to issues that involve resizing the District Health Managements of Porto Alegre and territorialization, choosing two specific objectives: Verify how the resizing of the Porto Alegre District Health Managements contemplates the legal precepts of territorialization in the Unified Health System (SUS) and the National Primary Care Policy (PNAB) and Identify why The resizing of District Health Managements in Porto Alegre contemplates the Sustainable Development Goals of the 2030 Agenda. The content analysis resulted in the following themes: Resizing District Health Managements: health savings? and Agenda 2030 in the relations between Municipal Public Management and Social Control. It was concluded that, in health, the combination of economies of scale with economies of scope is pertinent, with the emphasis in PHC being guided by economies of scope. The 2030 Agenda theme in the relations between Municipal Public Management and Social Control raised reflections on Sustainable Development Goals 3 and 16 and their respective sub-items. The analyzed context indicated that Sustainable Development is compromised, given the institutional relationships that exist between the Municipal Health Department and the Municipal Health Council.

Keywords: Social control; Sustainable development; Public management; Health economics; Territorialization.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	OBJETIVO GERAL	13
2.1	Objetivos Específicos	13
3	CONTEXTUALIZAÇÕES	14
3.1	Gerências Distritais de Saúde e Distritos Sanitários	14
3.2	Contexto histórico da Atenção Primária à Saúde em Porto Alegre	17
4	REFERENCIAIS TEÓRICOS	23
4.1	Administração Pública	23
4.2	Agenda 2030 e Objetivos de Desenvolvimento Sustentável 3 e 16	24
4.3	Atenção Primária à Saúde	26
4.4	Territorialização	29
5	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	31
5.1	O contexto observado	33
5.2	Os sujeitos do contexto	35
6	ANÁLISES E DISCUSSÕES	36
6.1	Redimensionamento das Gerências Distritais de Saúde: economia em saúde?	36
6.2	A Agenda 2030 nas relações entre Gestão Pública Municipal e Controle Social	40
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	51
	REFERÊNCIAS	53

1 INTRODUÇÃO

O presente estudo resulta de trabalho de conclusão do Curso de Especialização em Gestão Pública da Universidade Estadual do Rio Grande do Sul (UERGS), visando compreender, no âmbito da Administração Pública e, em consonância aos objetivos específicos da Agenda 2030 (NAÇÕES UNIDAS NO BRASIL, 2015), discussões pertinentes ao redimensionamento das Gerências Distritais de Saúde de Porto Alegre e seu viés temático centrado na territorialização.

Considerando minha posição de sujeito, compreendo que se faz necessária apresentação sobre minha trajetória acadêmica e profissional.

Sou enfermeiro formado na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) desde 1992. De lá para cá, obtive o título em Licenciatura em Enfermagem (1994) e, posteriormente, o de Mestre em Enfermagem (2005). Fui enfermeiro assistencial do Serviço de Enfermagem em Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (1992-2008). Durante este período, em face as características da instituição hospitalar (empresa pública de direito privado) experienciei práticas administrativas e assistenciais em consonância a questões que envolviam a gestão pública principalmente no que se refere aos programas de treinamento para profissionais de saúde, em razão da epidemia de HIV/Aids no Brasil. Neste período, início do novo milênio (2002), tive oportunidade de fazer parte do corpo docente da Escola de Enfermagem da UFRGS ocupando o cargo de professor substituto na Disciplina de Cuidado ao Adulto do Departamento de Enfermagem Médico Cirúrgico. Nesta oportunidade, tive proximidade com os processos de formação de novos profissionais, estando vinculado a uma Instituição de Ensino Superior pública e, conseqüentemente, vivenciando experiências no contexto de uma universidade pública.

A obtenção do título de mestrado acadêmico em Enfermagem (2005) se deu em razão de minha dissertação e publicação na Revista Brasileira de Enfermagem. Para tanto, o título apresentado foi “Fuga de Pacientes do Hospital: concepções de uma equipe multidisciplinar”, com orientação da Profa. Dra. Clarisse Dall’Agnol, tendo por base os estudos foucaultianos. Os estudos necessários para a execução deste projeto de dissertação exigiram do pesquisador aproximação a outros cursos da universidade (Faculdade de Educação e Faculdade de Psicologia) a fim da apropriação das ideias de Michel Foucault. Neste aspecto, os estudos referidos,

serviram como base para a proposta de análise de conteúdo tendo como um de seus objetivos analisar as “práticas discursivas” institucionais.

Meu desligamento do Hospital de Clínicas abriu possibilidades para que pudesse trabalhar como docente em instituições de ensino superior. Desta forma, no período compreendido entre 2008-2011, como professor convidado nos cursos de especialização desenvolvidos pelo Centro Universitário São Camilo-SP administrei aulas de Metodologia da Pesquisa (Especialização em Saúde da Família, Auditoria, entre outros). Passado este período, ao ser selecionado em vários concursos públicos, obtive experiências profissionais junto a Fundação de Proteção Especial do Estado do Rio Grande do Sul. Meses depois, retorno ao Hospital de Clínicas e, por último, minha inserção no quadro de funcionários do Instituto Municipal de Estratégia de Saúde da Família (IMESF) entre os anos de 2013 a 2020.

A experiência vivenciada no IMESF possibilitou minha aproximação com questões que envolviam a assistência de enfermagem, a organização e o planejamento de atividades assistenciais em unidades de atenção básica. Ao longo do tempo, o vínculo profissional com o IMESF oportunizou atuar junto às unidades de saúde básica da Restinga e Extremo-Sul de Porto Alegre (como Apoiador Institucional) e, nos últimos anos, cedido para a Secretaria Municipal de Saúde, atuei no gerenciamento e gestão das atividades da Unidade Móvel de Saúde de Porto Alegre, oportunizando conhecimento de todos os distritos de saúde da capital. Sendo assim, acredito que minha aproximação, imersão e experiência em Atenção Básica, desde a assistência até práticas de gestão e gerenciamento, tornaram-se propulsoras para a elaboração deste projeto de pesquisa.

A problematização entorno do redimensionamento das gerências distritais de saúde de Porto Alegre não somente suscita reflexões embasadas em teorias da Administração Pública e/ou nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS's 3 e 16)¹ preconizados pela Agenda 2030 (NAÇÕES UNIDAS NO BRASIL, 2015), como é de extrema importância para as análises e norteamento de proposições. Neste aspecto, busca-se com o foco central da territorialização analisar este contexto em sintonia com a política pública de saúde apregoada pelo Sistema Único de Saúde

¹ Os ODS's são um apelo global às ações para acabar com a pobreza, proteger o meio ambiente e o clima e garantir que as pessoas, em todos os lugares, possam desfrutar de paz e de prosperidade. O ODS 3 trata sobre Saúde e Bem-Estar e o ODS 16 trata sobre Paz, Justiça e Instituições Eficazes (NAÇÕES UNIDAS NO BRASIL, 2015). Nos referenciais teóricos o autor apresentará com mais detalhes do que se tratam estes ODS's e os sub-itens associados ao tema em estudo.

(SUS) e Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) no que diz respeito ao oferecimento de serviços na rede de Atenção Primária à Saúde (APS). Compreende-se a necessidade de aprofundamento de discursividades em outras perspectivas temáticas, teóricas e disciplinares, considerando que a discussão focada na territorialização possa desencadear outros estudos futuros.

2 OBJETIVO GERAL

Analisar as discursividades presentes na discussão entre representantes da gestão da Atenção Primária em Saúde (APS) de Porto Alegre e Conselho Municipal de Saúde, atentando-se para questões que envolvem redimensionamento das Gerências Distritais de Saúde de Porto Alegre e territorialização.

2.1 Objetivos Específicos

-Verificar de que forma o redimensionamento das Gerências Distritais de Saúde de Porto Alegre contempla os preceitos legais da territorialização no Sistema Único de Saúde (SUS) e Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).

- Identificar de que forma o redimensionamento das Gerências Distritais de Saúde de Porto Alegre contempla os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (3 e 16) da Agenda 2030.

3 CONTEXTUALIZAÇÕES

Nesta seção, apresentam-se contextos no âmbito das Gerências Distritais, Distritos Sanitários e Atenção Primária em Saúde de Porto Alegre.

3.1 Gerências Distritais de Saúde e Distritos Sanitários

Os serviços do SUS de Porto Alegre estão distribuídos nos territórios dos 17 Distritos Sanitários (DS's), que formavam as Gerências Distritais (GD's). Os DS's são: Ilhas, Humaitá/Navegantes, Centro, Noroeste, Norte, Eixo Baltazar, Leste, Nordeste, Glória, Cruzeiro, Cristal, Sul, Centro-Sul, Partenon, Lomba do Pinheiro, Restinga e Extremo-Sul. Importante ressaltar que os DS englobam em seus respectivos territórios vários bairros.

As GD's foram concebidas como estruturas administrativas e gestoras regionais e também espaços de discussão e prática onde pudessem ser operacionalizadas todas as estratégias para a atenção à saúde na esfera do SUS. Nacidade, até dezembro de 2021, estavam distribuídas em oito regiões de saúde: 1) Centro, 2) Noroeste /Humaitá /Navegantes /Ilhas, 3) Norte /Eixo Baltazar, 4) Leste/Nordeste, 5) Glória /Cruzeiro /Cristal, 6) Sul /Centro-Sul, 7) Partenon /Lomba do Pinheiro, 8) Restinga /Extremo-Sul. São compostas por Unidades de Saúde, Centrosde Especialidades e Serviços Especializados Ambulatoriais e Substitutivos.

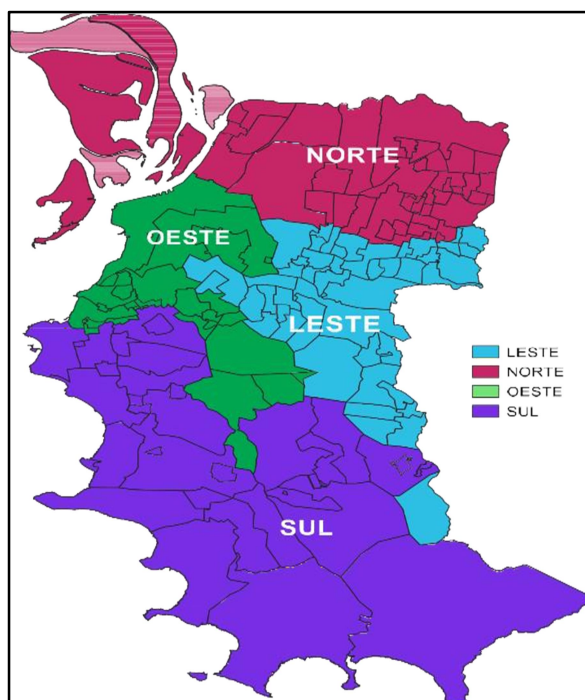
Figura 1. Mapa de divisão territorial das Gerências Distritais antes de dezembro de 2021.



Fonte: PMPA/SMS.2016-2021

O Decreto Lei n. 21.315, de 29 de dezembro de 2021 revogou o Decreto n. 21.157 de 8 de setembro de 2021 (que mantinha a mesma divisão territorial das gerências) e também o art. 1º. do Decreto n. 13.820 de 25 de julho de 2002. Ao revogar tais decretos, criaram-se quatro Coordenadorias de Saúde: Coordenadoria de Saúde Leste (CS-LESTE); Coordenadoria de Saúde Oeste (CS-OESTE); Coordenadoria de Saúde Norte (CS-NORTE) e Coordenadoria de Saúde Sul (CS-SUL), subordinadas a Diretoria da Atenção Primária em Saúde.

Figura 2. Mapa de divisão das Coordenadorias de Saúde e Distritos Sanitários após dezembro de 2021.



Fonte: PMPA/SMS/Diretoria de Atenção Primária à Saúde.
Política de Atenção Primária do Município de Porto Alegre.
2022.

Conforme o Portfólio Atenção Primária à Saúde da SMS/POA de 23 de maio de 2023, a rede de assistência contratualizada na APS de Porto Alegre se apresenta da seguinte forma: 135 Unidades de Atenção Primária à Saúde (APS), incluindo 1 Unidade de Saúde (US) Indígena, e uma Unidade Móvel de Saúde. Destas, 117 são contratualizadas por quatro Organizações da Sociedade Civil: Hospital Divina Providência (HDP), Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre (ISCM), Associação Hospitalar Vila Nova (AHVN), IBSAÚDE e União

Brasileira de Educação e Assistência/Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). A Secretaria Municipal da Saúde (SMS) gerencia 5 US próprias e 13 US são conveniadas (12 US pelo Grupo Hospitalar Conceição e uma US pelo Hospital de Clínicas de Porto Alegre).

Atualmente, as US estão distribuídas em 4 Coordenadorias de Saúde: Norte, Sul, Leste e Oeste (Figura 2). A administração e organização dos serviços de saúde na APS/POA, realizada pela rede contratualizada, está dividida da seguinte forma: Coordenadoria Norte, com administração feita pela Irmandade Santa Casa de Misericórdia, sendo composta pelos distritos Ilhas, Humaitá/Navegantes, Norte e Eixo-Baltazar; Coordenadoria Sul, administrada pela Associação Hospitalar Vila Nova, sendo composta pelos distritos da Sul, Centro-Sul, Restinga e Extremo-Sul; Coordenadoria Leste, administrada pela Sociedade Sulina Divina Providência, sendo composta pelos distritos Partenon, Lomba do Pinheiro, Leste e Nordeste; Coordenadoria Oeste, administrada pelo Instituto Brasileiro de Saúde, sendo composta pelos distritos Centro, Glória, Cruzeiro e Cristal. Todas as Coordenadorias apresentam US com turno estendido, no qual o atendimento vai até às 22 horas de segunda a sexta-feira, totalizando 16 US com turno estendido na Capital: CF² Álvaro Difini, CF Campo da Tuca, CF Diretor Pestana, CF IAPI, CF José Mauro Ceratti Lopes, CF Moab Caldas, CF Modelo, CF Morro Santana, CF Primeiro de Maio, CF Santa Marta, CF Belém Novo, CF Navegantes, US Chácara da Fumaça, CF Tristeza, US São Carlos e US Ramos.

Para o CMS/POA a distribuição dos CDS, ou seja, Distritos de Saúde se faz de outra forma. Os CDS's estão alocados em 13 regiões de Porto Alegre: 1. CDS Humaitá/ Navegantes / Ilhas; 2.CDS Norte; 3. CDS Noroeste; 4. CDS Eixo-Baltazar; 5. CDS Nordeste; 6. CDS Leste; 7. CDS Centro; 8. CDS Partenon; 9. CDS Glória / Cruzeiro /Cristal; 10. CDS Lomba do Pinheiro; 11. CDS Sul / Centro-Sul; 12. CDS Restinga; 13.CDS Extremo Sul.

O processo licitatório para contratação das instituições é feito por lotes associados às Coordenadorias de Saúde, como constatado no edital licitatório de chamamento público 22/2022 (PORTO ALEGRE. RS ,2022).

Compreende-se que a medida institucional de redimensionamento das GD's

² Nota do autor: CF é sigla de Clínica da Família.

tratou de conciliar territórios e distritos de saúde com áreas de abrangência das instituições contratualizadas.

Considerando que os contratos de prestação de serviços são realizados através de licitação e que tem tempo estipulado para execução e permanência, registra-se que, no mapa apresentado, possam ter variações futuras em relação às instituições responsáveis pelos territórios de saúde.

3.2 Contexto histórico da Atenção Primária à Saúde em Porto Alegre

Inicialmente, faz-se necessário registrar que houve e ainda há certa dificuldade em pesquisar documentação pertinente ao tema. Há poucos trabalhos acadêmicos ou registros documentais sobre a municipalização da saúde em Porto Alegre. Para tanto, recorreu-se a registros disponíveis no site do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre e de outras fontes bibliográficas.

O contexto histórico de implementação da municipalização da saúde em Porto Alegre começou no ano de 1995. Segundo Martini (2000), criou-se um grupo de estudos entre profissionais da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre e Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição para a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) em Porto Alegre. Um dos resultados deste grupo de estudos, foi a organização do Seminário Internacional: A saúde da família e a qualificação do modelo assistencial do SUS, tendo o apoio do Ministério da Saúde, do Conselho de Saúde Britânico, do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre, da Federação das Associações dos Municípios do RGS (FAMURGS), do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), do Ministério da Saúde de Cuba, das Universidades de Londres e de Toronto, entre outras instituições públicas e privadas, nacionais e internacionais.

Em 1996, após ampla discussão com representantes da população, com auxílio de estudos e informações sobre o território de Porto Alegre, através de dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), desdobrados por setor censitário, agregando dados do Departamento Municipal de Habitação (DEM HAB) sobre áreas de assentamentos e, conforme Martini (2000), complementados com dados epidemiológicos das Declarações de Óbitos, do Sistema Nacional de Nascidos Vivos (SINASC) e dos Programas de Crianças e Gestantes em Risco Nutricional, foi construído um mapeamento das diferentes regiões do município e suas carências de

serviços de saúde.

Segundo Martini (2000), após o mapeamento das áreas, foram mobilizados os conselhos locais de saúde, associações de moradores e demais entidades comunitárias a fim de visitar as áreas indicadas, compatibilizando os critérios iniciais com as peculiaridades das comunidades e com a aceitação do programa pela comunidade. Depois da definição dos locais de implantação, tinha início o processo de negociação dos convênios entre a Prefeitura Municipal de Porto Alegre (PMPA) e as associações comunitárias legalmente constituídas para repasse de recursos destinados ao pagamento dos profissionais das equipes do PSF. Os convênios estabelecidos eram monitorados e geridos por um Comitê Gestor, integrado pelas associações comunitárias conveniadas e a PMPA. Conforme Martini (2000), os levantamentos iniciais apontavam que, para atender os 460.000 cidadãos excluídos do município, seria necessário instalar 200 equipes de saúde da família.

O projeto inicial previa instalar a metade, 100 equipes entre 1995/1996, com uma possível complementação nos anos 1997/1998. No entanto, foram instaladas 28 equipes até 1999, com uma previsão de instalar mais 10 equipes no ano 2000. Concluído o projeto, sua apresentação e discussão pelos Conselhos Locais Interinstitucionais de Saúde (CLIS) ocorreu de agosto a setembro de 1995, acompanhadas das visitas conjuntas aos locais previstos para instalação das equipes. A aprovação do Programa de Saúde da Família de Porto Alegre pelo Conselho Municipal de Saúde (CMS), ocorreu em 21 de setembro de 1995, seguida da instalação da Comissão de seleção dos profissionais para composição das equipes. Houve processo de seleção que obedeceu às prescrições legais da PMPA: divulgação por edital do concurso público, inscrições de candidatos, homologação das inscrições, prova escrita, entrevista dos aprovados na prova, capacitação e prova prática, realizadas no período de janeiro a março de 1996 para médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem e de junho a julho de 1996 para seleção dos agentes comunitários.

Na Ata 18/09 (Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre, 2009), decorrente de Sessão Extraordinária, ocorrida em 12 de agosto de 2009, há registros da cronologia de fatos ocorridos (desde março 2007 até setembro de 2009) que envolvem a gestão da Atenção Primária em Saúde de Porto Alegre e suas relações contratuais com Fundação de Apoio da Universidade Federal do Rio

Grande do Sul (FAURGS) e Instituto Sollus.

Abaixo, transcrevo parcialmente os registros do “entenda o caso”³. No que diz respeito ao período compreendido entre março a agosto de 2007 encontraremos:

Março de 2007, a Prefeitura Municipal de Porto Alegre deixa de pagar a Taxa de Administração á FAURGS, que em julho do mesmo ano não renova o Contrato de Prestação de Serviços. 2) Julho de 2007, a FAURGS rescinde o contrato de trabalho de 731 profissionais de PSF. 3) 2 de agosto de 2007, o Conselho Municipal de Saúde delibera pela manutenção do contrato com a FAURGS até a realização de Concurso Público (Resolução 370) e rejeita contratos com OSCIPS. (...) 7) 20 de agosto de 2007, o Ministério Público Federal, o Ministério Público Estadual e o Ministério Público do Trabalho emitem recomendação ao Prefeito Municipal, orientando que se abstenha de contratar profissionais para a área de Atenção Básica à Saúde do município, sem realização de Concurso Público, estabelecendo o prazo de 12 meses para a realização dos concursos e admissão dos profissionais. 8) 22 de agosto de 2007, é publicado edital de seleção e contratação de pessoal pelo Instituto Sollus – PSF_ Porto Alegre (Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre, 2009, p.1- 2).

O período compreendido entre agosto a outubro de 2007 é marcado por entraves jurídicos e legais:

9) 23 de agosto de 2007 o Tribunal de Contas do Estado bloqueia a efetivação do Convênio com o Instituto Sollus. 10) 23 de agosto de 2007, o Secretário ELISEU anuncia que a Procuradoria Geral do Município estuda medidas jurídicas para assegurar a parceria com o Instituto Sollus (...) O Instituto Sollus passa a contratar os profissionais do PSF, com exceção dos Agentes Comunitários de Saúde, que são admitidos, através de contrato temporário pela Prefeitura Municipal de Porto Alegre. 13) 11 de setembro de 2007, em reunião com o Ministério Público Estadual, solicitada pelo Conselho Municipal de Saúde, é entregue a Prestação de Contas, planilhas financeiras e planos operativos ao convênio com Instituto Sollus. 13) 23 de outubro de 2007 a promotoria de Justiça de Defesa do Patrimônio Público do Ministério Público Estadual recomenda ao Senhor Prefeito suspender de imediato os repasses de verbas ao Instituto Sollus (auditorias e treinamentos) (Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre, 2009, p.1- 3).

Importante apontar que após as denúncias realizadas pelo CMS/POA, foi firmado um Termo de Compromisso de Ajustamento de Conduta (TAC) (PORTO ALEGRE. RS, 2007) entre SMS/POA e Ministério Público do Trabalho e Ministério Público Estadual, em 03 de setembro de 2007, com finalidade de obrigar o município realizar concurso público para a área da APS (Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre, 2009). Desta forma, como resposta da gestão municipal, o projeto de implantação do Instituto Municipal de Estratégia de Saúde da Família (IMESF), em 2011, seria consolidado.

No período compreendido entre abril de 2008 a maio de 2009,

³Grifo registrado conforme escrito na Ata 18/09 do CMS/POA.

constataram-se irregularidades no uso dos recursos repassados ao Instituto Sollus, como registrado:

14) 15 de abril de 2008, o Conselho Municipal de Saúde realiza análise preliminar das prestações de contas do Instituto Sollus, onde ficam evidentes indícios de irregularidades no uso dos recursos repassados. Esta análise é encaminhada ao Tribunal de Contas da União, ao Ministério Público Estadual, ao Ministério Público Federal e ao Ministério Público de Contas. (...) 16) 17 de maio de 2009 evidenciam-se as irregularidades praticadas pelo Instituto Sollus, que estão sendo investigadas pelos órgãos competentes (Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre, 2009, p. 3 - 4).

Em agosto de 2009, a Prefeitura de Porto Alegre não renova o contrato com o Instituto Sollus e inicia processo de conveniamento com a Fundação de Cardiologia, como segue:

17) 18 de agosto de 2009, a Prefeitura de Porto Alegre decide não renovar o contrato com o Instituto Sollus, que tem vencimento em 31 de agosto. O Instituto Sollus começa o processo de demissão dos trabalhadores. Então, no dia 6 de agosto nós estivemos no gabinete do Secretário de Gestão, CLÓVIS MAGALHÃES, onde foi nos informado que a intenção da Prefeitura Municipal de Porto Alegre era de conveniar com a Fundação de Cardiologia, para dar prosseguimento ao Programa de Saúde da Família (Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre, 2009, p. 3 - 4).

De acordo com Mesquita (2021), após a péssima experiência com a gestão do Instituto Sollus, a Fundação Universitária de Cardiologia (FUC)/Instituto de Cardiologia, uma fundação pública de direito privado assume a responsabilidade de gerir os grupos do ESF, permanecendo até 2012, momento em que o IMESF já estava lentamente começando seus trabalhos, sendo assim, não houve a renovação do contrato vigente com a FUC.

No início da gestão Fortunati (2010), foi sugerida a criação de uma fundação pública de direito privado que teria como única atribuição gerir o ESF. A sugestão deu início a várias discussões entre representantes do controle social (CMS e Sindicatos), executivo e legislativo municipal, começando uma disputa entre o ser ou não ser aprovada a criação dessa nova instituição, em razão de sua legalidade constitucional (Mesquita, 2021).

Apesar dos esforços contrários para a não criação, o Instituto Municipal de Estratégia da Família de Porto Alegre (IMESF) foi institucionalizado através da Lei 11.062, de abril de 2011. No mesmo dia de sua criação, processo judicial de inconstitucionalidade foi impetrado por 17 entidades (sindicatos, associações e CMS/POA). Cita-se alguns dos problemas encontrados:

1. É dever do município gerir a prestação de serviços públicos de saúde e não pode transferir integralmente essa responsabilidade para uma entidade de direito privado. Ela pode atuar apenas de maneira complementar. 2. Para criar uma fundação pública de direito privado por meio de lei ordinária anteriormente há a necessidade de existência de uma lei complementar definindo suas áreas de atuação e no momento de criação do IMESF essa lei complementar não existia (...) (Mesquita, 2021, p.50).

A permanência do IMESF ao longo dos anos (2012 a 2020) foi pautada pela briga judicial instaurada em várias instâncias até culminar com sua inconstitucionalidade por decisão proferida pela Ministra do Supremo Tribunal Federal (STF) Rosa Weber. Cabe registrar que tal acontecimento se deve principalmente ao fato de que, em 2019, o executivo municipal decidiu não mais fazer recursos judiciais. Os processos de mudanças, na rede de Atenção Primária à Saúde em Porto Alegre, implementados pela gestão municipal anterior (2017-2020), prosseguem na atual gestão municipal (2021-2024). Entre estas mudanças, destaca-se a extinção do Instituto Municipal de Estratégia da Saúde de Porto Alegre (IMESF) tendo como justificativa o julgamento de sua inconstitucionalidade perante o Superior Tribunal Federal (STF). Concomitante, a contratualização da rede hospitalar para gestão da assistência nas diversas unidades básicas se fazia de forma paulatina, mesmo sem levar em conta as diversas discussões sobre o tema que ocorriam em vários espaços: Conselho Municipal de Saúde (CMS), Conselhos Distritais de Saúde (CDS), sindicatos e outros órgãos institucionais como o Ministério Público e Justiça do Trabalho.

A gestão atual, ao instituir o decreto de Redimensionamento das Gerências Distritais de Saúde de Porto Alegre (Decreto Lei n. 21.315 de 29 de dezembro de 2021), ignora o papel consultivo e deliberativo do CMS. Neste aspecto, não há como deixar de registrar a manobra do executivo municipal junto a sua base de vereadores quando da criação da Lei Complementar (LC) n. 955/22 que redefiniria competências do CMS assim como na estrutura de seu colegiado. Mesmo aprovada, a lei está suspensa por decisão judicial até julgamento final. Registra-se que:

A decisão baseou-se na iminência da capital deixar de receber os repasses financeiros para o Fundo Municipal de Saúde tendo em vista que a LC 955 não cumpre os requisitos de Conselho de Saúde com composição paritária de acordo com regimentos federais e afasta o caráter deliberativo do Colegiado também previsto em lei federal (Sindicato dos Municipários de Porto Alegre, 17 de outubro de 2022).

Depreende-se, através desta situação, que há a existência de divergências políticas ou ideológicas nas relações institucionais entre a gestão pública municipal, representada pela Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, e

controle social formal, representado pelo CMS/POA. As diferenças de administração e organização existentes entre estas instituições são fatores que podem dificultar a elaboração e implantação de políticas públicas de saúde.

4 REFERENCIAIS TEÓRICOS

Com os referenciais teóricos elencados, busca-se o aprofundamento reflexivo de temas costurados de forma direta ou indireta ao tema central que é Territorialização. Neste aspecto, registra-se a importância da amplitude do estudo nas mais diversas áreas, revelando seu aspecto interdisciplinar.

4.1 Administração Pública

A Administração é o aparelhamento do Estado estruturado com vistas à realização de seus serviços, para a satisfação das necessidades coletivas (Meirelles, 1989 *apud* Lozano, s/d, p.2). Nesse sentido, a Administração Pública possui um conjunto de órgãos e entes, que exercem uma série de atos administrativos, celebrando contratos e prestando serviços públicos, vinculados ou discricionários, visando à satisfação de necessidades públicas em detrimento do privado, podendo-se se apresentar de duas formas: direta e indiretamente, através de órgãos e entidades representativas do Estado-Administrador, buscando respeitar e resguardar a constituição e ordem pública(Santos, 2019).

Conforme Santos (2019, p. 250), “a pessoa Estatal é regida pelos princípios constitucionais previstos no artigo 37 da Constituição Federal, quais sejam: Legalidade, Impessoalidade, Moralidade, Publicidade e Eficiência”, dotando o Estado de poderes administrativos, visando o melhor para com os seus administrados. Destaforma, a Administração Pública traz consigo atribuições: social, democrática e livre, cabendo aos agentes públicos, no exercício de suas funções, a prática de atos, com intuito de satisfazer o interesse coletivo.

Para Lozano (s/d), existem três modelos de Administração Pública: Patrimonialista; Burocrática e Gerencial. Na noção Patrimonialista, tem-se que o “aparelho do Estado é visto como uma extensão dos domínios do soberano (governante), onde capitalismo e democracia tornam-se dominantes; sociedade civil e mercado se distinguem do Estado.

Na noção Burocrática, temos, com a ascensão do Estado liberal, diretrizes como: a existência de princípios orientadores dos procedimentos; o desenvolvimento dos sentidos de profissionalismo e capacitação técnica, impondo a ideia de noções de carreira com base em hierarquia funcional, impessoalidade e formalismo.

O paradigma Gerencial apresenta-se como uma alternativa modernizadora do aparelho do Estado, buscando tornar suas ações de gestão direcionadas para a eficiência, eficácia e efetividade. Assim, busca avançar sobre o modelo burocrático na medida que enfatiza processos voltados para/aos “fins” com vistas ao deslocamento da noção de “interesse do Estado” para “interesse público” (Lozano,s/d). Os princípios do paradigma Gerencial são: descentralização das decisões; horizontalização das estruturas; descentralização de funções; controle por resultados; incentivos à criatividade; orientação para o cidadão-cliente. Na verdade, podemos dizer que o paradigma Gerencial tem como modelo a política neoliberal de governar. Neste aspecto, o modelo neoliberal em saúde caracteriza-se pela descentralização dos serviços e retirada substancial da administração e organização dos serviços da gestão municipal nos territórios de saúde com repasse das obrigações às instituições contratadas. Assim, um dos objetivos da gestão municipal em saúde, através da Diretoria de Atenção Primária, é a implantação de programas de saúde por metas atreladas à Carteira de Serviços. Aponta-se que tais medidas não contemplam os preceitos da territorialização e tão pouco os fundamentos da Política Nacional de Atenção Básica.

4.2 Agenda 2030 e Objetivos de Desenvolvimento Sustentável 3 e 16

A Agenda 2030, aprovada pela Organização das Nações Unidas em 2015, é um plano de ação para as pessoas, o planeta e a prosperidade, buscando fortalecer a paz universal com mais liberdade. Nela, os países signatários reconhecem que a erradicação da pobreza em todas as suas formas e dimensões, incluindo a pobreza extrema, é o maior desafio global e um requisito indispensável para o desenvolvimento sustentável. Na Agenda 2030, encontram-se os 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) e as 169 metas propostas. Os ODS's são integrados e indivisíveis, e mesclam, de forma equilibrada, as três dimensões do desenvolvimento sustentável: a econômica, a social e a ambiental.

Os 17 ODS são: 1. Erradicação da pobreza; 2. Fome zero e agricultura sustentável; 3. Saúde e bem-estar; 4. Educação de qualidade; 5. Igualdade de gênero; 6. Água potável e saneamento; 7. Energia limpa e acessível; 8. Trabalho decente e crescimento econômico; 9. Indústria, inovação e infra-estrutura; 10. Redução das desigualdades; 11. Cidades e comunidades sustentáveis; 12. Consumo e produção responsáveis; 13. Ação contra a mudança global do clima; 14.

Vida na água; 15. Vida terrestre; 16. Paz, justiça e instituições eficazes; 17. Parcerias e meios de implementação.

Neste estudo, atenta-se para o ODS 3. Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades; No item 3.c encontramos: aumentar substancialmente o financiamento da saúde e o recrutamento, desenvolvimento, treinamento e retenção do pessoal de saúde nos países em desenvolvimento, especialmente nos países de menor desenvolvimento relativo e nos pequenos Estados insulares em desenvolvimento; Objetivo 16. Promover sociedades pacíficas e inclusivas para o desenvolvimento sustentável, proporcionar o acesso à justiça para todos e construir instituições eficazes, responsáveis e inclusivas em todos os níveis. Especial atenção para os itens: 16.6 desenvolver instituições eficazes, responsáveis e transparentes em todos os níveis; 16.7 garantir a tomada de decisão responsiva, inclusiva, participativa e representativa em todos os níveis (Nações Unidas no Brasil, 2015).]

Faltando menos de dez anos para alcançar os Objectivos de Desenvolvimento Sustentável, na Cimeira dos ODS, em Setembro de 2019, os líderes mundiais apelaram a uma década de ação e resultados para o desenvolvimento sustentável, comprometendo-se a mobilizar financiamento, melhorar a implementação a nível nacional e fortalecer as instituições para alcançar as Metas dentro do prazo (ano de 2030), sem deixar ninguém para trás.

O Secretário-Geral das Nações Unidas apelou a todos os setores da sociedade para se mobilizarem nesta década. Para isso, aponta a ação a três níveis: ação global para garantir maior liderança, mais recursos e soluções mais inteligentes relativamente aos Objectivos de Desenvolvimento Sustentável; ação a nível local, incluindo as transições necessárias nas políticas, orçamentos, instituições e quadros regulamentares dos governos, cidades e autoridades locais; e ação das pessoas, incluindo jovens, sociedade civil, meios de comunicação social, setor privado, sindicatos, universidades e outras partes interessadas, para gerar um movimento imparável que impulse as transformações necessárias (NAÇÕES UNIDAS, s/d). Vivenciar o contexto de um mundo globalizado faz com que cada cidadão e cidadã tragam suas contribuições para o avanço das implantações, aprimoramentos e manutenção dos ODS em suas cidades, seus estados e, conseqüentemente, em seus países.

4.3 Atenção Primária à Saúde

Para Matta e Morosini (2008), a Atenção Primária à Saúde (APS) tem-se apresentado como uma estratégia de organização da atenção à saúde voltada para responder de forma regionalizada, contínua e sistematizada à maior parte das necessidades de saúde de uma população, integrando ações preventivas e curativas, bem como a atenção a indivíduos e comunidades.

Não há como falar em APS sem referendarmos o Relatório Dawson (1920), na Inglaterra, e a 1ª. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde (1978), realizada em Alma-Ata, no Cazaquistão (na antiga URSS), promovida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF).

Conforme Lavras (2011, p. 868), encontramos que o Relatório Dawson

é considerado um dos primeiros documentos a utilizar o conceito de Atenção Primária à Saúde em uma perspectiva de organização sistêmica regionalizada e hierarquizada de serviços de saúde, por nível de complexidade e sob uma base geográfica definida.

O referido relatório, através de suas concepções, influenciou a criação do sistema nacional de saúde britânico em 1948, que por sua vez passou a orientar a reorganização dos sistemas de saúde em vários países (Lavras, 2011).

Na Declaração de Alma-Ata (1978) está registrado que:

Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (OMS, 1978, p.1-2 apud Lavras, 2011, p. 869).

A Declaração de Alma-Ata e o Relatório Dawson são dois documentos importantes que contribuíram para o desenvolvimento da APS no Brasil. Esses documentos ajudaram a definir a APS como um modelo de atenção à saúde centrado na comunidade e na prevenção de doenças, influenciando na incorporação da APS ao SUS e a implantação da Estratégia Saúde da Família.

Com relação a história do processo de implantação da APS, no Brasil, é

importante destacar o movimento sanitário, onde as concepções da APS foram incorporadas ao ideário reformista, compreendendo a necessidade de reorientação do modelo assistencial, rompendo e colocando em crise o modelo médico-privatista vigente até o início dos anos 80 (Matta e Morosini, 2008). Com a crise do modelo médico-previdenciário, representado pela centralidade do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), surgiram as Ações Integradas de Saúde (AIS) que visavam ao fortalecimento de um sistema unificado e descentralizado de saúde, provenientes de convênios entre estados e municípios, custeadas por recursos transferidos diretamente da previdência social (Matta e Morosini, 2008).

Conforme Matta e Morosini (2008), a constituição do SUS (Brasil, 1988) e sua regulamentação (Brasil, 1990), somadas às experiências referenciadas acima, possibilitaram a construção de uma política de Atenção Básica à Saúde (ABS)⁴ que visasse reorientação do modelo assistencial, tornando-se o contato prioritário da população com o sistema de saúde. A concepção da ABS desenvolveu-se a partir dos princípios do SUS. Os princípios do SUS (BRASIL, 1990) são: universalidade, descentralização, integralidade e participação popular. Tais princípios encontram-se na portaria que institui a Política Nacional de Atenção Básica, caracterizando a ABS como:

(...) por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos.

É desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas. Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A

⁴ A Política Nacional da Atenção Básica considera os termos “Atenção Básica” e “Atenção Primária à Saúde”, nas atuais concepções, como termos equivalentes (BRASIL. Ministério da Saúde, 2012, p. 22).

atenção básica considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral (BRASIL, 2012, p. 19-20).

Conforme a PNAB (BRASIL, 2012, p. 20), a Atenção Básica tem como fundamentos e diretrizes:

I - Ter território adstrito sobre o mesmo, de forma a permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais com impacto na situação, nos condicionantes e nos determinantes da saúde das coletividades que constituem aquele território, sempre em consonância com o princípio da equidade;

II - Possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada aberta e preferencial da rede de atenção, acolhendo os usuários e promovendo a vinculação e corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde. O estabelecimento de mecanismos que assegurem acessibilidade e acolhimento pressupõe uma lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde que parte do princípio de que a unidade de saúde deva receber e ouvir todas as pessoas que procuram os seus serviços, de modo universal e sem diferenciações excludentes. O serviço de saúde deve se organizar para assumir sua função central de acolher, escutar e oferecer uma resposta positiva, capaz de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população e/ou de minorar danos e sofrimentos desta, ou ainda se responsabilizar pela resposta, ainda que esta seja ofertada em outros pontos de atenção da rede. A proximidade e a capacidade de acolhimento, vinculação, responsabilização e resolutividade são fundamentais para a efetivação da atenção básica como contato e porta de entrada preferencial da rede de atenção;

III - Adscriver os usuários e desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado. A adscrição dos usuários é um processo de vinculação de pessoas e/ou famílias e grupos a profissionais/equipes, com o objetivo de ser referência para o seu cuidado. O vínculo, por sua vez, consiste na construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde, permitindo o aprofundamento do processo de corresponsabilização pela saúde, construído ao longo do tempo, além de carregar, em si, um potencial terapêutico. A longitudinalidade do cuidado pressupõe a continuidade da relação clínica, com construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo e de modo permanente, acompanhando os efeitos das intervenções em saúde e de outros elementos na vida dos usuários, ajustando condutas quando necessário, evitando a perda de referências e diminuindo os riscos de iatrogenia decorrentes do desconhecimento das histórias de vida e da coordenação do cuidado.

Em relação a coordenação da integralidade dos serviços prestados na APS, encontramos:

IV - Coordenar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integrando as ações programáticas e demanda espontânea; articulando as ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a estes fins e à ampliação da autonomia dos usuários e coletividades; trabalhando de forma multiprofissional, interdisciplinar e em equipe; realizando a gestão do cuidado integral do usuário e coordenando-o no conjunto da rede de atenção. A presença de diferentes formações profissionais, assim como um alto grau de articulação entre os profissionais, é essencial, de forma que não só as ações sejam compartilhadas, mas

também tenha lugar um processo interdisciplinar no qual progressivamente os núcleos de competência profissionais específicos vão enriquecendo o campo comum de competências, ampliando, assim, a capacidade de cuidado de toda a equipe. Essa organização pressupõe o deslocamento do processo de trabalho centrado em procedimentos, profissionais para um processo centrado no usuário, onde o cuidado do usuário é o imperativo ético-político que organiza a intervenção técnico-científica (BRASIL, p. 21-22).

Em relação a participação popular e controle social, a PNAB estabelece:

V - Estimular a participação dos usuários como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde e das pessoas e coletividades do território, no enfrentamento dos determinantes e condicionantes de saúde, na organização e orientação dos serviços de saúde a partir de lógicas mais centradas no usuário e no exercício do controle social. A Política Nacional de Atenção Básica considera os termos “atenção básica” e “Atenção Primária à Saúde”, nas atuais concepções, como termos equivalentes. Associa a ambos: os princípios e as diretrizes definidos neste documento. A Política Nacional de Atenção Básica tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da atenção básica. A qualificação da Estratégia Saúde da Família e de outras estratégias de organização da atenção básica deverá seguir as diretrizes da atenção básica e do SUS, configurando um processo progressivo e singular que considera e inclui as especificidades locais regionais (BRASIL, 2012, p.22-23).

Considera-se que os itens I e III dos fundamentos da APS tem relação direta ao conceito de Territorialização, assim como das responsabilidades legais e institucionais para a execução de serviços de saúde no âmbito da Atenção Primária.

4.4 Territorialização

Segundo a Portaria 2436 de 21 de setembro de 2017 do Ministério da Saúde (MS), Territorialização e Adscrição são diretrizes da Atenção Básica, permitindo:

o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais com foco em um território específico, com impacto na situação, nos condicionantes e determinantes da saúde das pessoas e coletividades que constituem aquele espaço e estão, portanto, adstritos a ele. Para efeitos desta portaria, considera-se Território a unidade geográfica única, de construção descentralizada do SUS na execução das ações estratégicas destinadas à vigilância, promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde. Os Territórios são destinados para dinamizar a ação em saúde pública, o estudo social, econômico, epidemiológico, assistencial, cultural e identitário, possibilitando uma ampla visão de cada unidade geográfica e subsidiando a atuação na Atenção Básica, de forma que atendam a necessidade da população adscrita e ou as populações específicas (BRASIL, 2017, n.p.).

Para Colussi e Pereira (2016, p. 19),

o território, no contexto do sistema de saúde brasileiro, tem definições político-organizativas desde o seu princípio, quando a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080) definiu que o município passaria a ser, de fato, o responsável imediato pelo atendimento das necessidades e demandas de saúde da sua população e das exigências de intervenções saneadoras em seu território”.

Neste aspecto, as autoras supracitadas registram que concomitante à municipalização, agregou-se o processo de regionalização, propondo a estruturação dos Distritos Sanitários como unidades organizacionais mínimas do sistema de saúde. Desta forma, “o distrito sanitário deveria ter uma base territorial definida geograficamente, com uma rede de serviços de saúde com perfil tecnológico adequado às características epidemiológicas da sua população” (Colussi e Pereira, 2016, p. 20).

Conforme Gondim e Monken (2008, p. 394), “os territórios, no setor saúde, são estruturados por meio de horizontalidades, constituindo-se em uma rede de serviços, devendo ser ofertada pelo Estado a todo cidadão em seu direito de cidadania”. Assim, a organização e a operacionalização do espaço geográfico é pautada pelo pacto federativo e por instrumentos normativos assegurados pelos princípios e diretrizes do Sistema de Saúde regidos pela Constituição Federal de 1988.

Gondim e Monken (2008), assinalam que no processo de territorialização encontram-se em jogo vários temas: construção da integralidade; da humanização e da qualidade na atenção e gestão em saúde com foco na responsabilidade para com os impactos das práticas adotadas e dos projetos terapêuticos, estimulando a afirmação da vida pelo desenvolvimento e estímulo à autodeterminação dos vários tipos de sujeitos envolvidos (usuários, população e profissionais de saúde).

Concomitantemente, Gondim e Monken (2008) salientam que a territorialização pode expressar também pactuação em relação a delimitação de unidades fundamentais de referência, devendo estruturar funções associadas ao conjunto da atenção em saúde. Para que isso ocorra, deve haver o envolvimento da organização e gestão do sistema, a alocação de recursos e a articulação das bases de oferta de serviços por meio de fluxos de referência. Desta forma, Gondim e Monken (2008) ressaltam que como processos de delineamento de arranjos espaciais, da interação dos diversos atores, organizações e recursos temos como resultante um movimento que estabelece linhas e vínculos de estruturação do campo relacional à dinâmica da realidade sanitária do SUS no nível local.

5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

O presente trabalho tem por proposta a construção de Estudo de Caso (Ex-pos facto), do tipo qualitativo, descritivo, exploratório, documental com ênfase na análise de conteúdo das discursividades (usuários, trabalhadores, governo e prestadores de serviços) que se encontram na gravação da Plenária Ordinária Virtual do Conselho Municipal de Saúde de 07 de outubro de 2021. Entende-se que se trata de estudo com foco nas reflexões/análises (discursividades) ocorridas, buscando assinalar temas com questões pertinentes a Administração Pública e os preceitos de Sustentabilidade elencados na Agenda 2030 (Nações Unidas no Brasil, 2015), principalmente no que diz respeito ao ODS 3 e ODS 16, especificamente, no que diz respeito a territorialização. Neste aspecto, é importante registrar o papel institucional do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre (CMS/POA) e de seus Conselhos Distritais de Saúde (CDS), com o intuito de reforçar a importância das plenárias em todos os seus níveis de representação. Desta forma, justifica-se a escolha específica da Plenária Ordinária acima citada, considerando que oportuniza a análise do debate entorno do tema.

Michel Foucault (2002) utiliza o conceito de discursividade para descrever as práticas sociais por meio das quais o discurso é formado, regulado e utilizado como instrumento de poder e como as instituições exercem poder sobre ele, contribuindo para a formação de discursividades específicas em diversos contextos.

Sobre discurso, aponto a seguinte reflexão:

(...) suponho que em toda a sociedade a produção do discurso é ao mesmo tempo controlada, selecionada, organizada e redistribuída por certo número de procedimentos que têm por função conjurar seus poderes e perigos, dominar seu acontecimento aleatório, esquivar sua pesada e temível materialidade. (FOUCAULT, 2002, p. 8)

Para Foucault, o discurso vem carregado por procedimentos de interdição e exclusão, culminando em processos de coerção. Principalmente, quando atrelado a práticas discursivas instauradas no interior das instituições. Neste sentido, resalto que:

As práticas discursivas não são pura e simplesmente modos de fabricação de discursos. Ganham corpo em conjuntos técnicos, em instituições, em esquemas de comportamento, em tipos de transmissão e de difusão, em formas pedagógicas, que ao mesmo tempo as impõem e as mantêm. (FOUCAULT, 1997, p. 12)

Para tanto, depreende-se que as práticas discursivas e o discurso em Foucault são essenciais para as reflexões que podem associar-se ao estudo proposto. Penso que estas práticas discursivas que acontecem em meio às relações institucionais entre Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e CMS/POA circulam, produzindo saberes e verdades, integrando-se ou amarrando-se ao discurso jurídico-legal, produzindo subjetivações em todos os sujeitos envolvidos de forma direta ou indireta. Assim, conforme Dreyfus e Rabinow (1995), as práticas discursivas remetem à ideia de conduta, conotando que, no ato de conduzir, existem relações de poder, oportunizando mecanismos de coerção mais ou menos estritos.

Segundo Campos (2000), as Organizações, através de estratégias e métodos administrativos, importaram dispositivos e técnicas de controle do campo da política e das instituições totais, reforçando a ideia de um pensamento administrativo que procura técnicas de dominação e consenso.

Em Gil (1999) encontramos que estudo de caso é caracterizado pelo estudo profundo e exaustivo de um ou de poucos objetos, sendo utilizado, com frequência, por pesquisadores sociais. Neste aspecto, o estudo de caso apresenta algumas peculiaridades: explorar situações da vida real e descrever a situação do contexto. A análise prevista para este estudo é qualitativa. Para tanto, o referencial bibliográfico terá aporte nas obras de Minayo (2004) e Gil (1999), entre outros. Conforme Gil (1999, p. 43), “pesquisas exploratórias têm como principal finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, tendo em vista, a formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores”.

Minayo (2004, p. 203) apud Vieira (2005, p. 49) afirma:

Todo o esforço teórico para desenvolvimento de técnicas visa – ainda que de formas diversas e até contraditórias – a ultrapassar o nível do senso comum e do subjetivismo na interpretação e alcançar uma vigilância crítica frente à comunicação de documentos, textos literários, biografias, entrevistas ou observação.

Ao operacionalizar a análise de conteúdo, o pesquisador deve partir de uma literatura de primeiro plano com a finalidade de atingir um nível mais aprofundado. Para a mesma autora, a análise de conteúdo relaciona estruturas semânticas (significantes) com estruturas sociológicas (significados) dos enunciados. Desta forma, a análise deve vincular variáveis que podem ser determinantes (Vieira, 2009). Entre estas, destaco: variáveis psicossociais, contexto cultural, contexto e processo

de produção de mensagem.

Em Polit, Beck e Hungler (2004), evidenciam-se referências para a construção de um sistema de classificação temático que vá ao encontro dos objetivos desta pesquisa. Desta forma, como ferramentas de análise indicam-se: controle social, territorialização e administração pública dos serviços de saúde da Atenção Básica.

5.1 O contexto observado

O Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre (CMS/POA) foi criado em 20 de maio de 1992. As atribuições do CMS/POA foram instituídas com base na Constituição Federal. Conforme as diretrizes da Resolução n. 453/2012 do Conselho Nacional de Saúde, é instância deliberativa de planejamento, fiscalização e avaliação permanente do Sistema Único de Saúde de Porto Alegre. O CMS/POA tem caráter de colegiado (integrado por representantes do governo, profissionais de saúde, usuários e prestadores de serviços) sendo sua composição, organização e competências fixadas na Lei Federal n. 8.142/90 e na Lei Municipal Complementar n. 277/92. (Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre, s/d)

Conforme apontamentos do CMS/POA (s/d), o Plenário tem as seguintes atribuições, sendo a:

Instância máxima de deliberação do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre, sobre toda e qualquer matéria relativa à saúde pública. É responsável pelo debate, análise e aprovação do Plano Municipal e Plurianual de Saúde e dos Relatórios de Gestão relativos à política de saúde do município de Porto Alegre. As deliberações são procedidas através de reuniões ordinárias ou extraordinárias e formalizadas por meio de Resoluções, que são encaminhadas para a homologação do Prefeito Municipal e publicadas no Diário Oficial do Município.

O Plenário está constituído conforme o artigo 4º da Lei Complementar 277/92 e as Entidades e Conselhos Distritais de Saúde devem indicar representantes a cada ano.

A composição dos membros do Plenário se dá de forma paritária. Atualmente, são 43 representantes dos usuários, 27 representantes dos trabalhadores em saúde, 6 representantes dos prestadores de serviços e 10 representantes do governo municipal, totalizando 86 membros. (Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre, s/d)

As instâncias representativas, descentralizadas e regionalizadas do CMS/POA nos vários distritos de saúde de Porto Alegre são os Conselhos Distritais de Saúde (CDS). O CDS tem função deliberativa de planejamento, fiscalização e avaliação do

Sistema Único de Saúde na sua área de abrangência (correspondente ao espaço geográfico do Distrito de Saúde), ficando sua criação, modificação, fusão, incorporação ou extinção sujeita à aprovação do Plenário do CMS/POA. Entre as diversas competências que cabem aos CDS's, destaca-se:

(...) representar o Conselho Distrital de Saúde no Plenário do Conselho Municipal de Saúde, designando dois representantes do segmento dos usuários e um representante do segmento dos trabalhadores em saúde; definir a política de saúde no respectivo distrito em consonância com o Plano Municipal de Saúde; estabelecer prioridades através da identificação dos problemas da comunidade; acompanhar, avaliar e fiscalizar as ações de saúde no Distrito de Saúde (...) (Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre, s/d).

O contexto escolhido para observação e análises propostas para este Estudo é a Plenária Ordinária Virtual do CMS/POA realizada em 07 de outubro de 2021, gravada e com acesso ao público, disponível através do endereço eletrônico: <https://www.facebook.com/conselhodesaudeportoalegre/videos/1250047918775001>. Trata-se de uma plenária com duração total de 3hs:48min:32seg. Neste contexto, foi apresentado um roteiro norteador para o desenvolvimento desta plenária. O Coordenador do CMS passou a coordenação de pauta e introdução para outra representante do CMS. Após a introdução, houve a apresentação da pauta: "Territorialização e Distritos de Saúde: Proposta de mudança da organização das Gerências Distritais de Saúde". Na continuidade, houve apresentação da proposta pela Diretora da Atenção Primária e, na sequência, foi realizada a explanação pelo (convidado) Professor Alcides Miranda (docente da Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS) para subsidiar o debate sobre a proposta apresentada pela SMS/POA. Após as explicações dos palestrantes (Diretora da Atenção Primária e Professor convidado), foi oportunizado momento para manifestação dos conselheiros (10 inscritos do plenário) e presentes no chat do Facebook (5 perguntas). Logo em seguida, representantes da Gestão e Professor convidado tiveram mais 10 minutos, cada um, para tecer suas manifestações. Após todas as manifestações, foi oportunizado momento para os encaminhamentos.

Fizeram parte, como membros desta plenária e, portanto, com direito a voto: Coordenação do CMS/POA, Conselheiros (as) Distritais, Representantes de instituições vinculadas de forma direta ou indireta a área da saúde (Controle Social instituído) e Representantes do governo municipal. Ao mesmo tempo, salienta-se

quea transmissão ao vivo pelos canais do Facebook teve a audiência de 89 pessoas com manifestações no chat (Participação popular). A forma de computação da presença das pessoas que assistiram a Plenária se deu através de levantamento feito a partir dos comentários registrados no chat, optando-se por contabilizar as presenças, assim como das manifestações registradas, através da seleção “Mais relevantes”. Salienda-se que durante a plenária houve a presença oscilante de 48 conselheiros ou suplentes. Contudo, com base na declaração redigida pelo Coordenador do CMS/POA votaram 26 conselheiros, resultando na reprovação da proposta de unificação das gerências distritais de Porto Alegre com o seguinte resultado: 4 votos a favor, 22 contrários e zero abstenções.

5.2 Os sujeitos do contexto

A fim de preservar a identidade dos sujeitos, utilizaremos um sistema de codificação. A codificação a ser utilizada levará em conta o local de onde foram feitas as discursividades, assim como a identificação de suas representações. Isto é, para sujeitos presentes no Plenário, a letra inicial de identificação será “P”. Para os presentes no chat do Facebook, utilizaremos a letra “CFB”. Contudo, como no Plenário houve a presença de Conselheiros Distritais, Professor Convidado e representantes da gestão municipal, utilizaremos: PCD (Plenário Conselheiro Distrital); PPC (Plenário Professor Convidado); PRG (Plenário Representantes da Gestão) e para que não ocorram repetições ou confusão de ideias, após a colocação das siglas, serão acrescentadas as iniciais de seus respectivos nomes entre parênteses, identificados no vídeo gravado, onde encontram-se registradas as discursividades

6 DISCURSIVIDADES EM ANÁLISE

Nesta seção, faço a discussão sobre temas que surgiram durante a realização da Plenária Ordinária do CMS que ocorreu em 07 de outubro de 2021. Para tanto, reitero que este estudo está pautado em referenciais norteadores para a Análise de Conteúdo. Sendo assim, me propus a transitar, de forma dialógica, entre as falas/discursividades dos participantes e os referenciais bibliográficos pesquisados.

Considerando o Objetivo Geral e os Objetivos Específicos deste Estudo, foram criadas duas subseções para apresentação dos respectivos temas para análise/discussão: “Redimensionamento das Gerências Distritais: economia em saúde ?” e “A Agenda 2030 nas relações entre Gestão Pública Municipal e Controle Social”.

6.1 Redimensionamento das Gerências Distritais: economia em saúde?

O redimensionamento das Gerências Distritais de Saúde de Porto Alegre reduziu o número de gerências de 8 para 4. Esta medida foi justificada pela gestão pública com a necessidade de melhorar a eficiência e a eficácia do gerenciamento de saúde nos territórios de Porto Alegre.

Uma das justificativas para este redimensionamento é permitir uma melhor coordenação entre as gerências distritais, resultando em um atendimento mais eficiente e humanizado à população.

No entanto, ficaram evidenciados nas discursividades manifestadas pelo Plenário do CMS, pelo Professor convidado e participantes do chat do Facebook, questionamentos tanto em relação a questões de ordem econômica (oferta de serviços de saúde) quanto de organização e gestão dos serviços no que diz respeito a sua proximidade dos territórios e, conseqüentemente, das pessoas e de suas necessidades de saúde. Neste aspecto, houve argumentos que o redimensionamento levará ao aumento da burocracia e distanciamento entre a população e os serviços de saúde. Além disso, houve discursividades que levantaram hipóteses de que este redimensionamento poderia prejudicar a autonomia das gerências distritais, dificultando a implementação de políticas públicas próprias e direcionadas às necessidades e características de cada território.

Em relação a temas de ordem econômica atrelados a questões de ordem de

gestão, a fala de PPC (AM) sobre economia de escala/varejo e economia de escopo oportunizou subsídios para o debate sobre o redimensionamento gerencial em saúde nos territórios. Assim, registra-se:

(...) vocês já ouviram falar muito da idéia de redes, redes de cuidado, redes de atenção à saúde... E, aí, inclusive, isso é muito importante porque a rede denota um arranjo ao mesmo tempo descentralizado e centralizado. Mas, o que é descentralizado? O que é centralizado? Eu vou usar dois conceitos aqui da economia que você já deve ter ouvido falar bastante também... Mas, para dizer que embora eles sejam complementares, eles são distintos. Há uma idéia de economia de escala. (...) Qual é a idéia de economia de escala? Eu centralizo alguns fluxos. Eu centralizo algumas coisas para diminuir custos... O que daria bom resultado na saúde em termos de economia de escala? Eu centralizar compras, eu centralizar sistemas de apoio, de suporte. Uma outra idéia que também vem da economia, mas a gente usa muito na saúde é a idéia de economia de escopo. (...) Mas, a economia de escopo tem a ver com o seguinte... A economia não é conjugada só pela ideia do que foi gasto no orçamento, mas a ideia de custo social.

Neste sentido, ocorreram manifestações no chat do Facebook. CFC (ES) assinalou a seguinte observação: *“Custo social para área de saúde deveria ser prioridade”*. Para CFC (GG), *“a economia de escopo se mede analisando melhorias do estado de saúde e acesso da população aos serviços”*.

Para Silva (2011, p. 2756), a economia de escala é:

obtida quando o custo médio dos procedimentos diminui pelo bom aproveitamento da capacidade instalada, com distribuição de custos fixos para o maior número possível de procedimentos, eliminando ociosidades e desperdícios.

Para Szwarcfiter e Dalcol (1997) economia de escala está dentro das chamadas Economias de Especialização, sendo assim:

A divisão do trabalho e a conseqüente especialização constitui talvez o alicercemais importante das economias de escala na produção em massa e, mais ainda, segundo muitos economistas políticos e sociólogos, uma das mais importantes características da produção industrial no modo de produção capitalista (Szwarcfiter e Dalcol, 1997, p. 120).

Em uma lógica contrária, a economia de escopo se obtém:

ampliando a gama de serviços oferecidos pela unidade assistencial, com isso reduzindo também os custos fixos pelo fato de eles se diluírem em tipos diferentes de procedimentos como ocorre, por exemplo, com unidades de APS de maior porte, que agregam alguns serviços ambulatoriais especializados e de diagnose-terapia (SILVA, 2011, p. 2756).

Szwarcfiter e Dalcol (1997), alertam para questões que dizem respeito a padronização dos serviços ofertados tendo em vista a conciliação da necessidade de diversificação e flexibilização com a manutenção das vantagens disponíveis com as economias de escala. Poderemos compreender que a padronização dos serviços

ofertados está resumida na carteira de serviços criada pela gestão municipal de saúde. Assim, a economia de escala e a carta de serviços podem ser complementares. A carteira de serviços pode ajudar a empresa a aproveitar as vantagens da economia de escala, melhorando a comunicação com os clientes, a eficiência dos processos e a confiança dos clientes. Contudo, torna-se questionável sua aplicação em termos de APS, quando nos deparamos com conceitos essenciais, que embasam o SUS, tais como: equidade, longitudinalidade, transversalidade, universalidade, territorialização, culminando com facilidade de acesso aos serviços.

Para Mendes (2007, p.17), “Economia de escala, economia de escopo, disponibilidade de recursos e acesso aos diferentes pontos de atenção saúde determinam, dialeticamente, a lógica fundamental da organização das redes de atenção à saúde”. No que diz respeito à associação que é feita entre escala e qualidade, o autor supracitado registra:

Uma singularidade dos serviços de saúde é que parece haver uma relação estreita entre escala e qualidade, ou seja, entre quantidade e qualidade. Esta relação estaria ligada a uma crença generalizada de que serviços de saúde ofertados em maior volume são mais prováveis de apresentar melhor qualidade; nessas condições, dentre outras razões, os profissionais de saúde estariam melhor capacitados a realizar os serviços de saúde (Bunker, Luft e Enthoven, 1982, apud Mendes, 2007, p. 17).

Fica evidenciado que, em saúde, a conjugação de economia de escala com economia de escopo é pertinente. Contudo, importante ressaltar a ênfase dada a cada uma nos diversos níveis de produção de serviços em saúde. Porém, há de se registrar que a ênfase a ser dada em APS deve ser pautada pela economia de escopo. Para tanto, é importante considerar os preceitos ancorados na territorialização. Neste aspecto, territorialização e economia de escopo são dois conceitos que podem se complementar. Ao estabelecer uma presença física em um determinado território, uma unidade básica de saúde, por exemplo, pode reduzir seus custos e aumentar sua eficiência, o que pode levar a vantagens sobre distanciamentos provocados por certas centralizações gerenciais.

Em relação a carteira de serviços, é importante compreender que não pode ser encarada como padronização de serviços prestados às diferentes populações. Há de se compreender como certo tipo de normatização que tem em sua essência certas limitações, considerando-se as necessidades de saúde da população adscrita nos diversos territórios da capital. Conforme CFC (GS), é a “*carteira de serviços essa quetambém restringe a importância do território e a reduz a multiprofissionalidade*”.

Para PRG (CS), Diretora da Atenção Primária em Saúde de Porto Alegre,

A gente tem atendimentos que são avaliados, essa carteira de serviços são 28 atendimentos, 5 deles são de saúde bucal e 23 são atendimentos médico, enfermeiro, agente comunitário de saúde... São atendimentos. (...) Mas, a idéia da carteira de serviços é a gente conseguir oportunizar para todas as unidades. Vou dar o exemplo que a gente quer que isso aconteça. E, a gente vem trabalhando. A colocação de DIU nas mulheres, dentro das unidades de saúde.

Cunha et all. (2020) registram que o Ministério da Saúde do Brasil propôs diversas estratégias de fortalecimento da APS através da criação da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS), em maio de 2019. Uma das estratégias desenvolvidas pela SAPS foi a elaboração da Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde (CASAPS), visando buscar a integralidade do cuidado nas ações desenvolvidas por equipes de Saúde da Família e Saúde Bucal. Na carteira nacional de serviços para a APS, foram definidos 210 itens, com ações previstas de integração entre atenção primária e vigilância em saúde.

Segundo Antunes (2019), a criação da carteira de serviços da APS dividiu opiniões. Na época da elaboração da carteira de serviços, além do governo, entidades como a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) argumentaram que o instrumento era necessário para ampliar a resolutividade e aferir a qualidade e eficiência dos serviços prestados em nível nacional. Contudo, instâncias colegiadas como o Conselho Nacional de Saúde (CNS), associações de trabalhadores com presença importante na atenção primária, particularmente da enfermagem, além de pesquisadores da Saúde Coletiva, denunciaram a exclusão do controle social do SUS do processo de elaboração/criação, criticando a predominância de um modelo biomédico de atenção à saúde no documento, com pouco espaço para prevenção e promoção da saúde. Ao mesmo tempo, significando um esvaziamento do princípio da integralidade do SUS.

Para Cunha et all. (2020), a carteira nacional poderá ser adaptada às realidades e contextos municipais em cada uma das unidades federativas. Neste aspecto, chama atenção a discrepância constatada entre o número de itens definidos na carteira de serviços da SAPS e o número de atendimentos/procedimentos definidos pela Diretoria de Atenção Primária de Porto Alegre na carteira de serviços da APS.

6.2 A Agenda 2030 nas relações entre Gestão Pública Municipal e Controle Social

A Agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável é um plano de ação global, adotado em setembro de 2015 pelos 193 Estados-Membros das Nações Unidas, para promover o desenvolvimento sustentável até 2030. Ela é composta por 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) e 169 metas, que abrangem uma ampla gama de temas, incluindo erradicação da pobreza, fome e doenças, proteção do meio ambiente e promoção da igualdade (Nações Unidas no Brasil, 2015).

Nesta subseção, retomam-se os ODS que julgamos pertinentes ao tema em discussão. Atenta-se para o ODS 3. Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades; No item 3.c encontram-se: aumentar substancialmente o financiamento da saúde e o recrutamento, desenvolvimento, treinamento e retenção do pessoal de saúde nos países em desenvolvimento, especialmente nos países de menor desenvolvimento relativo e nos pequenos Estados insulares em desenvolvimento; ODS 16. Promover sociedades pacíficas e inclusivas para o desenvolvimento sustentável, proporcionar o acesso à justiça para todos e construir instituições eficazes, responsáveis e inclusivas em todos os níveis. Especial atenção para os itens: 16.6 desenvolver instituições eficazes, responsáveis e transparentes em todos os níveis; 16.7 garantir a tomada de decisão responsiva, inclusiva, participativa e representativa em todos os níveis (Nações Unidas no Brasil, 2015).

Importante ressaltar que a implantação de políticas públicas, que vão ao encontro dos ODS da Agenda 2030, devem ocorrer em todos os níveis de gestão do país (federal, estadual e municipal). Neste aspecto, a gestão municipal deverá ser responsável pela implantação de políticas públicas que promovam o desenvolvimento sustentável em seu território.

O controle social formal é um mecanismo que permite à população participar da gestão pública e acompanhar a política pública em saúde. Ele é essencial para garantir que as políticas públicas sejam implantadas e implementadas de forma transparente, participativa e responsável. As relações entre gestão municipal e controle social formal são fundamentais para o sucesso da incorporação da Agenda 2030 na execução de ações voltadas para a saúde da população. Uma gestão municipal que esteja aberta ao controle social formal será mais bem-sucedida em promover o desenvolvimento sustentável. Para tanto, compreende-se que a gestão

municipal em saúde ao promover e valorizar o controle social formal, representado pelo CMS/POA, estará reforçando a implantação da Agenda 2030. Isto é, fortalecendo os mecanismos de transparência e accountability, divulgando informações sobre suas ações de forma transparente e acessível, e criando mecanismos para que a população possa denunciar irregularidades.

Para Mota et all. (2021, p. 13):

Accountability social é entendida como um conjunto de mecanismos ou ferramentas pelas quais a sociedade busca, controla e intervém nas ações dos gestores públicos, não sendo necessário que tais gestores sejam provenientes de mandato eletivo, nem mesmo que as ações da sociedade se limitem ao período eleitoral, sendo exercidas em caráter contínuo.

Em vários momentos da Plenária Ordinária do CMS (07/10/20121), houve manifestações de queixas e questionamentos sobre a forma pela qual a gestão municipal tratou o redimensionamento das GD's com os Conselhos Distritais de Saúde (CDS) e Conselho Municipal de Saúde (CMS).

No início da reunião ordinária do CMS, houve tempo para informes. Neste momento, foi dada a palavra a uma conselheira distrital (presente na plenária) que leu manifesto escrito em nome dos Conselhos Distritais Leste e Nordeste endereçados ao Conselho Municipal de Saúde e Secretário Municipal de Saúde de Porto Alegre. Transcreve-se abaixo, parte do manifesto:

(...) a Gerente Distrital da Leste e Nordeste divulgou a decisão da Secretaria, apresentando a proposta de que os dois Distritos – Leste e Nordeste – passariam a ser responsabilidade da atual Gerente Distrital da Partenon/Lomba do Pinheiro e a GD passaria a ser nomeada como Gerência Leste, incorporando os 04 Distritos de Saúde apontados. Também foi relatado que esta região seria o "piloto" dessa mudança que ocorrerá na cidade toda, passando a cidade das atuais 08 Gerências Distritais para 04: Leste, Oeste, Sul e Norte.

(...) Como se trata de uma proposta de reorganização em toda a cidade e pela relevância do tema, que incide diretamente na organização da territorialização da Saúde nos Distritos de Saúde, entendemos que cabe ao Conselho Municipal de Saúde a competência para análise e deliberação sobre o tema, (...)

Continuando a leitura do manifesto, encontraremos:

A proposta apresentada pela gestão fere frontalmente as diretrizes do SUS de descentralização e territorialização, na medida em que a lógica de base territorial é estruturante na Rede de Atenção à Saúde, em especial na Rede de Atenção Básica e, mesmo que não hajam mudanças na composição das Unidades existentes, essa mudança altera diretamente a forma de gestão da Saúde, que dever ser alinhada à lógica territorial, próxima aos territórios. (...) essa proposta deixa explícita que a gestão da Rede de Atenção Básica está dividida e fragmentada na medida em que todas as US com Saúde de Família estão sob gestão de outras entidades, e não da SMS. No caso em questão, dos Distritos Leste/Nordeste e Partenon/Lomba do Pinheiro, temos

ainda entidades diferentes dentro do mesmo território: respectivamente Irmandade Santa Casa e Sociedade Sulina Divina Providência deixando evidente que a proposta de reorganização da gestão local da AB transforma a gestão distrital em meros fiscais de contrato, retirando sua responsabilidade clínico-sanitária e repassando para essas entidades, através da delegação defunções da gestão direta da SMS, para os gerentes de Unidades e responsáveis técnicos.

Assim, manifestamos a reprovação dessa proposta e repúdio ao modelo de gestão que vem sendo adotado: centralizador, autoritário e privatista. (...)

No chat do Facebook encontram-se várias manifestações que dizem respeito a formapelo qual a gestão tratou o redimensionamento das GD's: Para CFB (EK) “a gestão vem com um discurso de que vai ouvir e, ao mesmo tempo, vem com uma proposta verticalizada, que na verdade já é uma decisão de gestão”; CFB (ATJ) assinalou: “Sugiro mudar o nome da secretaria de saúde para secretaria da doença. Me desculpem, mas não dá para normalizar o autoritarismo”; CFB (LEM) citou: “ARTIGO 159 DA LEI ORGÂNICA DIZ NA DIRETRIZ VII DESCENTRALIZAÇÃO política administrativa da gestão dos serviços, assegurada ampla participação popular”⁵; Para CFB (BW) “A centralização da gestão que é o que parece tb, distância os gestores da prestação dos serviços, qdo isso é em prestadores terceirizados afasta ainda mais o diálogo que é já é precário!”⁶; Para CFB (MZ):

“Marchezan iniciou esse desmonte do SUS DE Poa e Melo dando continuidade de forma mais agressiva. O que o Melo quer fazer com essa centralização é uma brecha para fechar unidades para centralizar em outras estilo Saúde na Hora, quando a cada unidade ampliada, 2 a 3 fechadas”.

No registro feito por CFB (GS) encontraremos:

“Essa mudança, para a centralização não vem por acaso, é só mais uma parte do plano de mercantilização da saúde. CASAPS⁷, PNAB 2017, terceirização (privatização), centralização, a precarização dos vínculos de trabalho. Tudo diminui a importância do território, dos ACS, da multiprofissionalidade, das necessidades integrais e amplas de saúde das pessoas. Restringe a saúde a intervenções contra patologias, focando em atendimentos individuais, esquecendo-se da determinação social, preocupando-se em manter as pessoas produtivas, servindo ao capital, destituídas de direitos e cuidados”.

Entre os pronunciamentos realizados pelos conselheiros na plenária do CMS, destaca-se a de PCD (MA):

“A indignação é imensa... É imensa. É muita ousadia... É muita ousadia uma proposta dessas. Sabe... Olha, tenho que reconhecer que essas gestões estão se puxando na ousadia... É inversamente proporcional à capacidade de escuta. (...) Então, a gente tem que ressaltar o processo autoritário que vem de antes, vem do governo Marchezan e que segue de modo camuflado,

⁵ Nota do autor: Transcrição tal qual redigido no chat do Facebook.

⁶ Nota do autor: Transcrição tal qual redigido no chat do Facebook.

⁷ Nota do autor: CASAPS é sigla de Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde.

disfarçado de diálogo, onde não há diálogo. A gestão Powerpoint, a gestão que chega ali, apresenta, faz passar e acha que ao apresentar foi discutido e encerrado. Assunto esse que estamos começando... E, já quero propor como encaminhamento, que seja feita uma nova e acolher o que o conselheiro PCD (HN)⁷ ali falou de aprofundar realmente esse assunto. Eu gostaria de saber o seguinte: A quem serve essa proposta? A quem serve? Quem foi o autor dessa proposta? Porque menosprezam a nossa inteligência... (...) Isso vem de cima pra baixo e as pessoas da gestão são meros executores de um plano pronto. Então, agora cabe a nós, conselheiros e conselheiras, pensar o que nós vamos fazer com isso? ”.

Os registros acima são discursividades que retratam sentimentos e percepções dos diversos participantes da reunião ordinária ocorrida. Neste aspecto, importante ressaltar que, nos pronunciamentos realizados, a proposta da gestão é tida como verticalizada, impositiva e autoritária. Assim, indo contra aspectos legais e estruturantes em relação ao papel consultivo e deliberativo dos CDS e CMS, mas, também, conforme várias manifestações, afrontando a Lei do SUS no que diz respeito a acesso dos serviços de saúde, integralidade e territorialização.

No que diz respeito ao ODS 3. Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades; No item 3.c encontram-se: aumentar substancialmente o financiamento da saúde e o recrutamento, desenvolvimento, treinamento e retenção do pessoal de saúde nos países em desenvolvimento, especialmente nos países de menor desenvolvimento relativo e nos pequenos Estados insulares em desenvolvimento.

O aumento substancial do financiamento da saúde e do recrutamento, desenvolvimento, treinamento e retenção do pessoal são medidas necessárias para garantir o acesso universal, tendo por pilar a rede de serviços da APS. O financiamento da saúde no Brasil é insuficiente para atender às necessidades da população. Segundo Ocké-Reis et al. (2022) o gasto total em saúde, no Brasil, como proporção do PIB foi de 9,5% em 2018, ficando acima da média da Europa (8,5%) e próxima à de Portugal (9,4%) e Reino Unido (10,0%). Para os autores supracitados, países mais desenvolvidos tendem a gastar entre 10% e 12% do PIB com saúde, enquanto os mais pobres gastam, em geral, entre 6% e 7%. Esse déficit de financiamento limita o acesso a serviços de saúde essenciais, como prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças.

O recrutamento, desenvolvimento, treinamento e retenção do pessoal de saúde são desafios permanentes para a manutenção do SUS nos diversos territórios. O país enfrenta um déficit de profissionais de saúde, especialmente em áreas remotas e de baixa renda. Esse déficit dificulta o acesso a serviços de saúde de qualidade em todo

o território nacional.

A contratação de rede privada para gerenciamento das unidades de saúde de Porto Alegre vai na contramão destes pressupostos na medida em que não se treina ou se aprende territorialidade ou territorialização sem a presença de profissionais de saúde com vínculos de trabalho duradouros.

A territorialização garante que os serviços de saúde sejam organizados de acordo com as necessidades da população local. Sob esta lógica pode-se depreender do pensamento de Krenak (2019) que o território não é somente um pedaço de chão. O território é espaço de existência, de memórias e de sonhos, evidenciando a relação com outros seres e espíritos, tornando-se espaço de cura, de aprendizado e de resistência.

O controle social permite que a população participe da gestão do SUS, garantindo que os serviços sejam prestados de forma democrática e participativa. A combinação dessas medidas é essencial para garantir o acesso universal e integral na rede de serviços da APS.

Ações concretas poderiam ser adotadas para aumentar o recrutamento, desenvolvimento, treinamento e retenção do pessoal de saúde na rede de APS, tais como: Aumento do número de vagas em cursos de graduação e pós-graduação em saúde (Saúde Coletiva e afins); Oferta de incentivos para atrair e reter profissionais de saúde em áreas remotas e de baixa renda; Melhoria das condições de trabalho e remuneração dos profissionais de saúde. No tocante a questões de Territorialização e controle social, há de ser estimulada a implementação de planejamentos conjuntos entre gestão municipal e conselhos de saúde, visando não somente o fortalecimento destes conselhos, mas, a ampliação da participação da população na gestão do SUS, através da aproximação territorial entre gestão de saúde e população. Para tal, ao invés de proposições que diminuem o número de GD's, é necessário repensar a criação do organograma institucional da SMS, principalmente da APS. A implementação dessas medidas exigirá um esforço conjunto da gestão municipal, da sociedade civil e dos profissionais de saúde. Contudo, vivemos época da ascensão de ideologias políticas centradas no neoliberalismo. Não muito diferente do que ocorre em grande parte dos países ocidentais, a política brasileira é atravessada por tal ideologização. Em nossa cidade não está sendo diferente desde o governo Marchezan.

Para Rizzotto (2009), o Estado liberal teria como principais funções: a

regulação, a representatividade política, a justiça e a solidariedade. Assim, devendo se afastar do campo da produção e se concentrar na função reguladora, ofertando alguns serviços básicos. Neste aspecto, Rizzotto (2009) salienta que a implementação de reformas administrativas e gerenciais permitiriam a focalização da ação estatal no atendimento das necessidades sociais básicas, com a redução das áreas de atuação do Estado por meio de três mecanismos: a privatização, a publicização (transferência da gestão de serviços e atividades para o setor público não-estatal) e a terceirização (compra de serviços de terceiros).

Na área da Saúde, no Brasil, os pressupostos neoliberais foram assimilados a partir da década de 1990, resultando num quadro que pode ser caracterizado da seguinte forma:

Ampliação do acesso aos serviços de atenção básica; mercantilização dos serviços de nível secundário e terciário (cerca de 70% da oferta estão na iniciativa privada); grande precarização dos vínculos de trabalho no setor público; terceirização de grande parte dos serviços assistenciais e terapêuticos; conformação de um sistema de saúde complementar, regulamentado; e institucionalização da participação, por meio dos conselhos e conferências de saúde nas três esferas de governo (Rizzotto, 2009, p. 279).

No tocante ao ODS 16 (Promover sociedades pacíficas e inclusivas para o desenvolvimento sustentável, proporcionar o acesso à justiça para todos e construir instituições eficazes, responsáveis e inclusivas em todos os níveis), chama-se atenção para os itens: 16.6: desenvolver instituições eficazes, responsáveis e transparentes em todos os níveis; 16.7: garantir a tomada de decisão responsiva, inclusiva, participativa e representativa em todos os níveis (Nações Unidas no Brasil, 2015).

A tomada de decisão responsiva, inclusiva, participativa e representativa é um dos elementos essenciais para o cumprimento desse objetivo e dos subitens assinalados. Isso significa que os processos de decisão devem ser baseados nas necessidades e prioridades da população, e que todas as pessoas devem ter a oportunidade de participar desses processos. Importante ressaltar o papel dos CDS e CMS, tendo em vista sua representatividade perante a população.

Durante a plenária houve manifestação de PCD (HN)⁸ que assinalou vários itens relativos a questões legais sobre a proposta da gestão municipal. Conforme noticiado/registrado na página do CMS (12/10/2021), aponta-se:

(...) ressaltou que a proposta não está somente na contramão do SUS como

⁸ Nota do autor: Apesar de ser transcrição direta, o nome do conselheiro referenciado segue a metodologia de identificação proposta neste estudo.

também da lei orgânica do município e reforçou os compromissos fundamentais da LO. Entre eles, registrou a descentralização político administrativa, o art. 85, que diz que “o poder executivo deve exercer suas atividades dentro de um processo de planejamento permanente atendendo a interesse local e aos princípios técnicos adequados ao desenvolvimento integrado da comunidade”, e que para o planejamento é garantida a participação popular nas diversas esferas de discussão e de deliberação. Também citou o art. 97, que fala da soberania popular, o inciso 5, que inclui a participação popular nas decisões do município e no aperfeiçoamento democrático de suas instituições, e o art. 101, que tem por finalidade propor e fiscalizar matérias referentes a setores da administração bem como sobre elas deliberar. Fez referência, ainda, ao decreto nº 13.820, de 25.07.2002, que criou as Gerências Distritais por regiões, e à Instrução Normativa nº 007, de 12.05.2015, que fala que os distritos sanitários visam a delimitação dos territórios assistenciais regionais facilitando o acesso do cidadão aos serviços do SUS e direcionando o planejamento das ações da gestão centralizada e das GDS para atender as necessidades populacionais de cada território.

No chat do Facebook, houve manifestações que indicavam, como um dos encaminhamentos, mover ação junto ao Ministério Público do Estado do Rio Grande do Sul (MP) . No registro feito por CFB (MM) constata-se: “ *Enviar carta de repúdio para que eles registrem e arquivem não está resolvendo, já q o SUS está sendo atingido q se acione o MP*⁹”.

Para PPC (AM) existem outros pontos a serem observados diante desta proposta de redimensionamento das GDS's:

(...) Discute, discute, discute. Depois a gestão vai fazer o que bem entender. A discussão tem que ocorrer, mas com o compromisso de que o produto dessa discussão, o processo e produto dessa discussão seja considerado. Que não venha, não seja decidido por alguns vereadores que vão fazer a intermediação de clientelas eleitorais e não dos usuários do sistema de saúde. Então, eu acho que é uma questão realmente muito importante, uma questão séria e eu lembro todo mundo... O SUS vem sendo degradado, não é de agora. Ele vem sendo degradado aos poucos. Um pouquinho em cada mandato eleitoral. Ele vai sendo degradado até ele estar completamente desfigurado na sua arquitetura. Ele está sendo degradado no varejo. Então nós temos que nos preocupar com reformas que parecem alguma coisa maravilhosa no curto prazo, mas são outras no médio, no longo prazo. (...) Então vamos, a partir desse compartilhamento, justificar o nosso compromisso com um Sistema Único de Saúde que não foi feito para o mercado da doença no mercado neoliberal (...)

Com relação ao pronunciamento acima, deve-se registrar que o redimensionamento das GDS's, assim como a troca de nome para Coordenadorias de Saúde foram sancionados através do Decreto Lei n. 21.315, de 29 de dezembro de 2021. Apesar das mudanças estruturais no organograma da APS, das justificativas da gestão municipal apoiadas em ideais de eficiência e eficácia, com suporte na

⁹ Nota do autor: Texto transcrito tal como redigido no chat Facebook, onde a sigla MP refere-se a Ministério Público.

fiscalização de contratos com as empresas terceirizadas, percebe-se que, praticamente três anos após esta decisão, continuam existindo problemas relacionados a contratação de profissionais de saúde e outros de ordem estratégica. Neste aspecto, recorre-se a Ata da 25ª. Reunião Ordinária da Comissão de Saúde e Meio Ambiente (COSMAM) da Câmara de Vereadores de Porto Alegre, ocorrida em 01/08/2023, tendo como tema debater a desburocratização das contratualizadas da área da saúde de Porto Alegre e as especificidades dos contratos. Conforme o Art. 41. do Regimento da Câmara Municipal de Porto Alegre, compete à Comissão de Saúde e Meio Ambiente examinar e emitir parecer sobre: I- sistema único de saúde e seguridade social; II- vigilância sanitária epidemiológica e nutricional; III- segurança e saúde do trabalhador; IV- saneamento básico; V- proteção ambiental; VI- controle da poluição ambiental; VII- proteção da vida humana e preservação dos recursos naturais e VIII- planejamento e projetos urbanos. A COSMAM é composta por 06 vereadores sendo que apenas um é representante de partido opositor da atual gestão municipal. Participaram desta reunião, representantes da gestão pública (Diretora da APS e Procuradora Geral do Município) e representantes do CMS, além dos vereadores que compõem esta comissão. Apesar das empresas parceiras/contratualizadas terem sido convidadas, não houve presenças de seus representantes.

Desta forma, apresentam-se recortes da referida reunião, iniciando-se pela manifestação do Presidente da Comissão Vereador José Freitas:

(...) apresentou a pauta, comentando a importância da qualidade do atendimento nas Unidades Básicas de Saúde (UBSs) e do debate sobre o regime de contratualização e sua capacidade de reduzir filas de espera por atendimento, em especial no que diz respeito ao atendimento em especialidades médicas. Também salientou haver demora reposição dos profissionais que se exoneram ou se demitem e perguntou se os salários oferecidos estão atraentes o suficiente (COSMAN, 2023).

As vereadoras Tanise Sabino, Cláudia Araújo e Mônica Leal manifestaram preocupação diante desta realidade. Mônica Leal assinalou que com a precarização acarretada pela terceirização da rede de saúde, a perspectiva de aumento da quantidade de UBSs em regime de contratualização representa um risco de piora do problema.

A atual Diretora da APS, sra. Vânia Maria Franz relatou que:

atualmente há pontos focais de falta de profissionais de saúde, destacando o problema de celeridade no processo de reposição deles. Comunicou que há estratégias sendo implementadas para a cobertura temporária dos profissionais que saem da rede e informou haver prazo de até trinta dias para a reposição de profissionais por parte das contratadas, observando que esse prazo costuma ser respeitado. Comunicou que foram efetuados

chamamentos por meio dos programas Mais Médicos e Médicos pelo Brasil. Explicou que, em algumas regiões do município, há dificuldade de fixação de profissionais (...)

Afirmou que, apesar da contratualização de diferentes parceiros para a prestação de serviços na rede de atenção primária à saúde, a gestão em saúde é única no município e suas diretrizes precisam ser respeitadas em toda a rede. Informou que a rotatividade de profissionais no âmbito do serviço contratualizado está sendo reduzida e que um escopo da atual administração é a qualificação e capacitação desses profissionais (COSMAM, 2023).

O vereador Aldacir Oliboni criticou a precarização causada pela terceirização, iniciada no governo municipal anterior e mantida no governo atual. Sugeriu alterações contratuais com a rede parceirizada, propondo a redução do prazo máximo de trinta dias para reposição de profissionais, bem como previsão de encaminhamento dos pacientes que não recebem atendimento para a UBS mais próxima.

O representante do CMS, senhor Alberto Terres defendeu a avaliação criteriosa das justificativas apresentadas na reunião para os problemas da rede de atenção básica. Relembrou o intenso debate sobre a criação do Instituto Municipal de Estratégia de Saúde da Família (Imesf) no início da década passada, o qual foi defendido na época como forma de agilizar as contratações de profissionais de saúde, mas que atualmente pode constatar-se que não surtiu os efeitos propagandeados. Afirmou que o discurso utilizado na época é o mesmo utilizado agora, mesmo diante dos problemas para reposição de profissionais. Defendeu a análise técnica, com base em dados e parâmetros, do cumprimento dos contratos pelas instituições parceiras, questionando se estão sendo devidamente cumpridos, qual valor é destinado para essa rede parceira e se está garantido o atendimento à população. Por fim, destacou que é geral a queixa sobre falta de atendimento nas UBSs.

A senhora Vânia Maria Frantz afirmou, quanto à fiscalização do serviço prestado pela rede parceirizada, que há comissões de monitoramento dos termos de parceria.

Ao término da reunião, o presidente da COSMAM, realizou os seguintes encaminhamentos relativos ao tema em discussão: a) envio de Pedido de Informação sobre contratualização na atenção básica à saúde a fim de obter detalhes sobre cada contrato individualmente, bem como informações sobre seu cumprimento, e b) envio de Pedido de Informação sobre falta de profissionais em cada equipe da rede de atenção básica à saúde.

Diante do exposto, fica-se a pensar sobre os processos de retroalimentação do

sistema político, principalmente no que diz respeito a lógica neoliberal. Ficam evidentes indícios da existência de problemas na administração das unidades de saúde, da rede contratualizada, provenientes da alta rotatividade de profissionais de saúde. Neste contexto, aponta-se para a importância da manutenção de contratos de trabalho, permanência de profissionais de saúde nos territórios. Mais do que isso, é necessária a fiscalização intensa por parte do controle social em seus respectivos territórios e, conseqüentemente, por parte do CMS/POA (mesmo a contragosto da gestão municipal). Sendo assim, pergunta-se: Seria suficiente desburocratizar contratações de profissionais de saúde? Outra questão que permeia sobre a contratualização dos serviços de saúde na APS, diz respeito ao grau de eficiência e eficácia tão propagadas pela gestão municipal anterior, tornando-se uma das justificativas para a extinção do IMESF. Isto é, passados praticamente 3 anos de sua implantação, questiona-se a ausência de ferramentas de avaliação qualitativa e quantitativa na perspectiva dos usuários. Aliás, reitera-se que a decisão de terceirizar a rede de serviços da APS de Porto Alegre não foi aceita e continua a não ser aceita pelo CMS/POA, sendo pauta constante das reivindicações como constatado na 9ª. Conferência Municipal de Saúde de Porto Alegre através da seguinte moção de repúdio:

O SUS, já fragilizado pelo subfinanciamento, vem passando por um processo de precarização e privatização, atrás da proposta de OSs OSCIPs e parceria público-privada Repudiamos a gestão municipal de Porto Alegre, que tem como opção de modelo de Atenção Básica/Primária voltada ao capital, desconsiderando o cuidado territorializado, a longitudinalidade do cuidado, dificultando a constituição de vínculo entre trabalhadores e usuários, com alta rotatividade profissional. O modelo de terceirização e privatização fere diretrizes e princípios do SUS, é um modelo insuficiente que não atende às necessidades da comunidade ao tratar a saúde como mercadoria, favorecendo os interesses do capital. Por isso apresentamos a presente moção de REPÚDIO com mais de 100 assinaturas de acordo com o regimento em relação em anexo. NOME DA RESPONSÁVEL PELA MOÇÃO: Sheila Mai. (9ª. Conferência Municipal de Saúde de Porto Alegre, 2023)

Foucault (2001, p. 23) nos alerta para as relações de luta e poder que se estabelecem entre homens e instituições:

Se quisermos realmente conhecer o conhecimento, saber o que ele é, apreendê-lo em sua raiz, em sua fabricação, devemos nos aproximar, não dos filósofos, mas dos políticos, devemos compreender quais são as relações de luta e de poder. E é somente nessas relações de luta e poder – na maneira como as coisas entre si, os homens entre si se odeiam, lutam, procuram dominar uns aos outros, querem exercer, uns sobre os outros, relações de poder – que compreendemos em que consiste o conhecimento.

Neste contexto de reordenamento das GDS's, ficou evidenciado que há distanciamento nas relações institucionais entre SMS/POA e CMS/POA.

Depreende-se que a forma neoliberal de gestionar a saúde pública de Porto Alegre pauta-se de forma autoritária e tecnicista. No sentido contrário a esta lógica, ratifica-se a forma de cogestão defendida e implementada constantemente pelo CMS/POA. Assim, compreende-se que o ODS 16 e subitens arrolados ficam comprometidos.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nas considerações que faço, depois de proceder à análise das informações, retomo a metodologia de pesquisa empregada tendo como referencial a análise do conteúdo. Refiro-me a considerações como não finais, tendo em vista seu caráter temporário e possibilidades de interpretação daqueles que irão ler este trabalho.

É importante considerar que os pressupostos que embasam a territorialização sejam ferramentas norteadoras para a saúde das pessoas nos mais diversos territórios. Desta forma, não há como falar em APS sem falar em descentralização de gestão, gerencial e assistencial.

O processo de territorialização permite a construção da integralidade, da humanização e da qualidade na atenção e gestão em saúde, estimulando a afirmação da vida pelo desenvolvimento e estímulo à autodeterminação dos diferentes sujeitos envolvidos (usuários, população e profissionais de saúde).

Ficou evidenciado que, em saúde, a conjugação de economia de escala com economia de escopo é pertinente. Contudo, importante ressaltar a ênfase dada a cada uma nos diversos níveis de produção de serviços em saúde. Assim, há de se registrar que a ênfase a ser dada em APS deve ser pautada pela economia de escopo. Para tanto, é importante considerar os preceitos ancorados na territorialização. Neste aspecto, territorialização e economia de escopo são dois conceitos que podem se complementar.

As relações entre gestão municipal e controle social são fundamentais para o sucesso da implementação da Agenda 2030. Uma gestão municipal que esteja aberta ao controle social será mais bem-sucedida em implementar políticas públicas que promovam o desenvolvimento sustentável. Para tanto, compreende-se que a gestão municipal pode promover o controle social para implementar a Agenda 2030. Isto é, fortalecendo os mecanismos de transparência e accountability, divulgando informações sobre suas ações de forma transparente e acessível, e criando mecanismos para que a população possa denunciar irregularidades.

A implantação de políticas públicas, que vão ao encontro dos ODS da Agenda 2030, devem ocorrer em todos os níveis de gestão do país (federal, estadual e municipal). Neste aspecto, a gestão municipal deverá ser responsável pela implementação de políticas públicas que promovam o desenvolvimento sustentável em seu território.

Compreende-se que em relação ao ODS 3 e subitens analisados, o aumento substancial do financiamento da saúde e do recrutamento, desenvolvimento, treinamento e retenção do pessoal são medidas necessárias para garantir o acesso universal, tendo por pilar a rede de serviços da APS.

A contratação de rede privada para gerenciamento das unidades de saúde de Porto Alegre vai na contramão destes pressupostos na medida em que não se treina ou se aprende territorialidade ou territorialização sem a presença de profissionais de saúde com vínculos de trabalho duradouros.

A tomada de decisão responsiva, inclusiva, participativa e representativa é um dos elementos essenciais para o cumprimento do ODS 16 e dos subitens assinalados. Isso significa que os processos de decisão devem ser baseados nas necessidades e prioridades da população, e que todas as pessoas devem ter a oportunidade de participar desses processos, ressaltando-se o papel dos CDS e CMS.

Depreende-se que as práticas de gestão em saúde devem ser conduzidas pela legalidade e constitucionalidade, referendadas nas leis federais (Lei do SUS e Constituição Federal) e municipais, com vistas as atribuições dos CDS e CMS.

Compreende-se, ao analisar-se este contexto, que as ações tomadas pela gestão municipal ao longo dos últimos 6 anos não vão ao encontro dos pressupostos elencados na Agenda 2030 das Nações Unidas, principalmente no que diz respeito aos ODS 3 e ODS 16 e subitens referenciados, dificultando ou travando o desenvolvimento sustentável em nosso município.

Considera-se que este estudo é apenas uma ponta do iceberg. Para tanto, estudos sobre esta temática e outras relacionadas serão sempre bem-vindos. Assim, aponta-se como um dos temas para futuros estudos: Avaliação Quantitativa e Qualitativa dos Serviços da APS após o redimensionamento das Gerências Distritais.

REFERÊNCIAS

ANTUNES, A. **Proposta de carteira de serviços da Atenção Primária divide opiniões**. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio – FIOCRUZ. 30/08/2019. Disponível em: <https://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/proposta-de-carteira-de-servicos-da-atencao-primaria-divide-opinioes> . Acessado em: 23/09/2023.

BRASIL. **Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acessado em: 02/02/2022.

BRASIL. **Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acessado em: 02/02/2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 2.436 de 21 de setembro de 2017**. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html#:~:text=%2D%20Territorializa%C3%A7%C3%A3o%20e%20Adstri%C3%A7%C3%A3o%3A%20de%20forma,que%20constituem%20aquele%20espa%C3%A7o%20e. Acessado em: 02/02/2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** – Brasília : Ministério da Saúde, 2012. 110 p. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/acao-a-informacao/acoes-e-programas/estrategia-saude-da-familia/legislacao/politica-nacional-atencao-basica-2012.pdf/@@download/file>. Acessado em: 05/11/2023.

CAMPOS, G. W. D. S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda**. São Paulo: HUCITEC, 2000.

COLUSSI, C. F.; PEREIRA, K. G. **Territorialização como instrumento no planejamento local na Atenção Básica** [Recurso eletrônico]. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis: UFSC, 2016. Disponível em: https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/13957/1/TERRITORIALIZACAO_LIVRO.pdf. Acessado em: 15/01/2023.

COMISSÃO DE SAÚDE E MEIO AMBIENTE DA CÂMARA DE VEREADORES DE PORTO ALEGRE - COSMAM. Porto Alegre (RS). **Ata n. 25**. 01/08/2023. Disponível em: https://sei.camarapoa.rs.gov.br/sei/controlador.php?acao=documento_i. Acessado em: 29/09/2023.

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE. Porto Alegre (RS). **ATA 18/09**. 12 de agosto de 2009. Disponível em: http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/cms/usu_doc/ata_18-09.pdf. Acessado em: 14/05/2023.

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE. Porto Alegre (RS).

Conselhos Distritais

de Saúde. Disponível em:

http://www2.portoalegre.rs.gov.br/cms/default.php?p_secao=71.

Acessado em: 14/05/2023.

CONSELHO MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE. Porto Alegre (RS). **O CMS/POA.**

Disponível em:

http://www2.portoalegre.rs.gov.br/cms/default.php?p_secao=1994. Acessado

em: 14/05/2023.

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE. Porto Alegre (RS).

Plenária Ordinária

Virtual. 07 de outubro de 2021. Disponível em:

https://www.facebook.com/watch/live/?ref=watch_permalink&v=1250047918775001.

Acessado em: 02/02/2022.

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE. Porto Alegre (RS).

Plenário reprovava proposta da SMS de fusão e redução das Gerências Distritais de Saúde. 12.10.2021. Disponível em:

http://www2.portoalegre.rs.gov.br/cms/default.php?reg=503&p_secao=8. Acessado em :02/02/2022.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução 453, de 10 de maio de 2010.**

Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso453.pdf>. Acessado em: 15/09/2023.

CUNHA, C. R. H. et all. **Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde:**

garantida integralidade nas Equipes de Saúde da Família e Saúde Bucal no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. Associação Brasileira de Saúde Coletiva. 25(4).pág. 1313 -1326. 2020. Disponível em:

<https://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/carteira-de-servicos-da-atencao-primaria-a-saude-garantida-de-integralidade-nas-equipes-de-saude-da-familia-e-saude-bucal-no-brasil/17480?id=17480>. Acessado em:

30/09/2023.

DREYFUS, H. L.; RABINOW, P. **Michel Foucault:** uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

FOUCAULT, M. **A ordem do discurso.** 8ª. ed., São Paulo: Edições Loyola, 2002.

FOUCAULT, M. **A verdade e as formas jurídicas.** 2ª. ed., Rio de Janeiro: Nau Ed., 1999.

FOUCAULT, M. **Resumo dos cursos do Collège de France (1970-1982).**

Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997.

FOUCAULT, M. **Vigiar e Punir:** nascimento da prisão. 23ª. ed., Petrópolis:

EditoraVozes, 2000.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5ª. ed., São Paulo: Atlas S.A., 1999.

GONDIM, G.M.M.; MONKEN, M. **Territorialização em Saúde**. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J.C.F. **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2.ed. rev.ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008, pág. 392-399. Disponível em: <https://www.epsjv.fiocruz.br/publicacao/livro/dicionario-da-educacao-profissional-em-saude-segunda-edicao-revista-e-ampliada>. Acessado em: 12/05/2023.

KRENAK, A. **Ideias para adiar o fim do mundo**. São Paulo: EditoraSchwarcz, 2019.

LAVRAS, C.. **Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil**. Saúde e Sociedade, v. 20, n. 4, p. 867–874, out. 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902011000400005>. Acessado em: 04/11/2023.

LOZANO, J. R. L. **Fundamentos conceituais de administração pública**. ADM. PÚBLICA I. (s/d). Disponível em: http://professor.pucgoias.edu.br/SiteDocente/admin/arquivosUpload/3843/material/01_FUNDAMENTOS%20ADM%20P%C3%9ABLICA_1.pdf. Acessado em: 20/05/2022.

MARTINI, J. G. **Implantação do Programa de Saúde da Família em Porto Alegre**. R. Bras. Enferm. Brasília, v. 53, n. especial , p. 71 -76, dez. 2000. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/m4T6fL7m765Jkg5wkQmyjYJ/?lang=pt>. Acessadoem: 28/01/2023.

MATTA, G. C.; MOROSINI, M. V. G.. **Atenção Primária à Saúde**. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J.C.F. **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2.ed. rev.ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008, p. 44-50. Disponível em: <https://www.epsjv.fiocruz.br/publicacao/livro/dicionario-da-educacao-profissional-em-saude-segunda-edicao-revista-e-ampliada>. Acessado em: 05/11/2023.

MINAYO, M. C. S. (org.) **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 21.ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2002.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8.ed.São Paulo: HUCITEC, 2004.

MENDES, E. V. **A modelagem das redes de atenção à saúde**. Secretaria de Estado de Minas Gerais. 2007. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0260.pdf>. Acessado em:20/09/2023.

MESQUITA, A. L. N. **O Avanço do Modelo Liberal Nas Políticas Públicas de Saúde de Porto Alegre: Uma análise das organizações privadas na**

Estratégia de Saúde da Família (ESF). Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Departamento de Ciências Administrativas. Porto Alegre, 2021. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/237899>. Acessado em 15/05/2023.

MOTA, et all., **Concepções Teóricas sobre Accountability**. 4.o Congresso de Contabilidade. Universidade Federal de Uberlândia. Disponível em: <https://eventos.ufu.br/sites/eventos.ufu.br/files/documentos/contufu2021.completo0078.pdf>. Acessado em 02/10/2023.

PORTO ALEGRE (RS). **Decreto Lei n. 13.820 de 25 de julho de 2002**. Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/a1/rs/p/porto-alegre/decreto/2002/1382/13820/decreto-n-13820-2002-institui-as-gerencias-districtais-regionais-e-o-hospital-materno-infantil-presidente-vargas-na-sm-cria-e-altera-subordinacao-de-uts-exclui-lota-altera-denominacao-basica-e-classificacao-de-ccs-e-fgs-altera-a-estrutura-da-sm-os-itens-12-e-18-do-anexo-ao-decreto-n-8713-86-o-inc-xii-do-art-2-do-decreto-n-9391-89-e-das-outras-providencias>. Acessado em: 02/02/2022.

PORTO ALEGRE (RS). **Decreto Lei n. 21.157 de 08 de setembro de 2021**. Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/a1/rs/p/porto-alegre/decreto/2021/2115/21157/decreto-n-21157-2021-consolida-a-estrutura-organizacional-da-secretaria-municipal-de-saude-sm-nos-termos-das-leis-municipais-n-2662-de-18-de-dezembro-de-1963-e-n-7-414-de-14-de-abril-de-1994-e-revoga-o-decreto-n-20-422-de-6-de-dezembro-de-2019>. Acessado em: 02/02/2022.

PORTO ALEGRE (RS). **Decreto Lei n. 21.315 de 29 de dezembro de 2021**. Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/a1/rs/p/porto-alegre/decreto/2021/2132/21315/decreto-n-21315-2021-consolida-a-estrutura-organizacional-da-secretaria-municipal-de-saude-sm-nos-termos-das-leis-municipais-n-2662-de-18-de-dezembro-de-1963-e-n-7414-de-14-de-abril-de-1994-e-revoga-o-decreto-n-21157-de-8-de-setembro-de-2021-e-o-art-1-do-decreto-n-13820-de-25-de-julho-de-2002?r=p>. Acessado em: 02/02/2022.

PORTO ALEGRE (RS). **Lei Complementar 955/22**. Disponível em: https://www.camarapoa.rs.gov.br/draco/processos/137166/LC_955.pdf. Acessado em: 14/06/2023

PORTO ALEGRE (RS). **Termo de Compromisso de Ajustamento de Conduta**. Disponível em: https://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/cms/usu_doc/tac_psf_2007.pdf termo de compromisso de ajustamento de conduta 03 set 2007. Acessado em: 21/10/2023.

PORTO ALEGRE (RS). Secretaria Municipal de Saúde. **EDITAL 22/2022 – CHAMAMENTO PÚBLICO**. Disponível em: https://prefeitura.poa.br/sites/default/files/usu_doc/secretarias/smap/DLC/EDITAL%20CH%2022_2022.pdf. Acessado em: 20/10/2023.

PORTO ALEGRE (RS). Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de**

Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência. 2016-2021. Disponível em: https://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/plano_municipal_pcd.pdf. Acessado em: 03/02/2022.

PORTO ALEGRE (RS). Secretaria Municipal de Saúde. Diretoria de Atenção Primária à Saúde. **Carteira de Serviços de Atenção Primária à Saúde.** Disponível em: https://prefeitura.poa.br/sites/default/files/usu_doc/cartadeservicos/Carteira%20de%20Servi%C3%A7os%20APS%20POA.pdf. Acessado em: 02/02/2022.

PORTO ALEGRE (RS). Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre. Diretoria de Atenção Primária à Saúde. **PORTFÓLIO ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.** MAIO/2023. Porto Alegre. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/1zjmGa3kmKJTfDoyc4LfdSfY5Nykigig9q/view>. Acessado em: 21/10/2023.

NAÇÕES UNIDAS. **A Agenda para o Desenvolvimento Sustentável.** (s/d). Disponível em: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/development-agenda/>. Acessado em 22/11/2023.

NAÇÕES UNIDAS NO BRASIL. **Agenda 2030.** Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/91863-agenda-2030-para-o-desenvolvimento-sustentavel>. Acessado em: 13/05/2022.

OCKÉ-REIS, O. et all., **SUS:** avaliação da eficiência do gasto público em saúde. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada –IPEA. 2022. Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/12029/1/SUS_avaliao%C3%A7%C3%A3o_da_eficiencia.pdf. Acessado em 05/10/2023.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem:** métodos, avaliação e utilização. 5.ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

RIZZOTTO, M. L. F. **Neoliberalismo e Saúde.** In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J.C.F. **Dicionário da educação profissional em saúde.** 2.ed. rev.ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008, pág. 275-279. Disponível em: <https://www.epsjv.fiocruz.br/publicacao/livro/dicionario-da-educacao-profissional-em-saude-segunda-edicao-revista-e-ampliada>. Acessado em: 06/10/2023.

SANTOS, F. **Considerações sobre os direitos e garantias fundamentais dos usuários de serviços públicos e contratos administrativos:** contributos da Lei 13.460/2017. Revista Direitos Fundamentais e Alteridade, Salvador, V.3,n.2, p.249-273,jul-dez, 2019. Disponível em: <https://periodicos.ucsal.br/index.php/direitosfundamentaisealteridade/articloe/view/748/562>. Acessado em: 15/05/2022.

SILVA, S. F. **Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde:** desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). Ciência &

Saúde Coletiva. Associação Brasileira de Saúde Coletiva.16(6).pág.2753 - 2762. 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000600014>. Acessado em 02/09/2023.

SZWARCITER, C. DALCOL, P.R.T. **Economias de escala e de escopo:** desmistificando alguns aspectos da transição. Prod [Internet]. 1997Dez;7(2):117–129. Acessado em: 22/09/2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-65131997000200001>. Acessado em: 22/09/2023.

SINDICATO DOS MUNICIPAÍRIOS DE PORTO ALEGRE – SIMPA. **MP ingressa com ação para suspender alteração no Conselho Municipal de Saúde.** Disponível em: <https://simpa.org.br/mp-ingressa-com-acao-para-suspender-alteracao-no-conselho-municipal-de-saude/>. Acessado em: 18/05/2023.

VIEIRA, S. A. **Fuga de pacientes do hospital:** concepções de uma equipe multidisciplinar. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem. Curso de Mestrado em Enfermagem, Porto Alegre, 2005.