



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA

GLADYS REIS DE OLIVEIRA

Demandas municipais e elaboração do Plano de Saúde da
Bahia 2012-2015: controle social e planejamento participativo

FEIRA DE SANTANA-BA
2016



GLADYS REIS DE OLIVEIRA

Demandas municipais e elaboração do Plano de Saúde da Bahia 2012-2015: controle social e planejamento participativo

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana, para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Washington Luiz Abreu de Jesus

FEIRA DE SANTANA-BA
2016

Ficha Catalográfica - Biblioteca Central Julieta Carteado - UEFS

O47 Oliveira, Gladys Reis de
Demandas municipais e elaboração do Plano de Saúde da Bahia 2012-2015 :
controle social e planejamento participativo / Gladys Reis de Oliveira. – 2016.
107 f.: il.

Orientador: Washington Luiz Abreu de Jesus
Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de Feira de Santana, Programa
de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Feira de Santana, 2016.

1. Plano Estadual de Saúde – Bahia – 2012-2015. 2. Planejamento participativo.
3. Saúde pública – Bahia. 4. Saúde – Conferências. 5. Atenção básica – políticas
públicas. I. Jesus, Washington Luiz Abreu de, orient. II. Universidade Estadual de
Feira de Santana. III. Título.

CDU: 614(814.2)

GLADYS REIS DE OLIVEIRA

Demandas municipais e elaboração do Plano de Saúde da Bahia 2012-2015: controle social e planejamento participativo

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana, para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Feira de Santana, 12 de agosto de 2016.

BANCA EXAMINADORA

Orientador: Prof. Dr. Washington Luiz Abreu de Jesus (ORIENTADOR)
Faculdade de Medicina da UFBA – FAMED/UFBA
Salvador – Ba.

Banca: Prof. Dra. Ana Luiza Queiroz Vilasbôas (**MEMBRO TITULAR**)
Instituto de Saúde Coletiva da UFBA – ISC/UFBA
Salvador-Ba.

Banca: Profa. Dra. Erenilde Marques de Cerqueira (MEMBRO TITULAR)
Universidade Estadual de Feira de Santana – UEFS/BA.
Feira de Santana, Ba.

Banca: Profa. Dra. Maria José Bistafa Pereira (MEMBRO SUPLENTE)
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP
Ribeirão Preto, São Paulo.

Banca: Prof. Dr. Giovanni Gurgel Aciole da Silva (MEMBRO SUPLENTE)
Universidade Federal de São Carlos - UFSCar
São Carlos, São Paulo.

Dedico esta dissertação de mestrado a todos os profissionais que lutam por um planejamento em saúde mais participativo e condizente com a realidade da nossa população brasileira.

AGRADECIMENTO

Agradeço profundamente a Deus, porque apesar de todas as dificuldades enfrentadas, Ele agiu sutilmente e, ao meu tempo, foi mostrando-me caminhos para me libertar e continuar realizando os meus sonhos;

Agradeço a minha filha Ana Victoria pela beleza e grande aprendizado ao tê-la em minha vida;

Agradeço aos meus familiares queridos que proporcionaram apoio total nos momentos em que precisei: **Mainha, Painho, Gleydson, Flor, Allan, Allison, Alexander**;

Ao meu orientador e companheiro profissional de vários movimentos do SUS **Washington Abreu**: a minha admiração, carinho e respeito.

A Zezé Bistafa, que me acompanhou nos primeiros movimentos de avaliação e escrita desta dissertação.

Agradecimentos aos **meus amigos, professores e companheiros** de luta do movimento de defesa por um SUS mais digno para todos nós.

Agradecimentos a **todos da Universidade Estadual de Feira de Santana**, em especial ao Mestrado Profissional em Saúde Coletiva.

E um **agradecimento especial ao Conselho de Saúde do Estado da Bahia** pela confiança em meu trabalho.

RESUMO

Esse estudo consiste na utilização do Sistema de Informação denominado de SICARFmunicipal que é um sistema criado pela Secretaria de Saúde do Estado da Bahia para organização das demandas da sociedade a partir das conferências municipais de saúde, no intuito da realização da 8ª. Conferência Estadual de Saúde, ocorrida no ano de 2011. Portanto, o objetivo geral desse estudo é analisar o sistema de cadastro dos relatórios finais (SICARFmunicipal) como dispositivo articulador das demandas das Conferências Municipais de Saúde, no ano de 2011, para ações de planejamento da política de Atenção Básica do Estado da Bahia. Os objetivos específicos são: descrever o processo de elaboração do SICARFmunicipal e a utilização deste durante a organização da 8ª. Conferência Estadual de Saúde da Bahia; Analisar como a equipe técnica da Secretaria Estadual de Saúde (SESAB) se apropriou das propostas, a partir do SICARFmunicipal, para construir o Plano Estadual de Saúde 2012-2015. A abordagem metodológica selecionada foi a qualitativa, cujo resultado consistiu na produção de dois artigos científicos, cujo método selecionado foi o estudo de caso e análise documental, respectivamente. O **primeiro artigo científico** busca descrever o processo de concepção e funcionamento do SICARFmunicipal e as suas contribuições para a organização da 8ª. Conferência Estadual de Saúde. Já o **segundo artigo científico** retrata a análise de apropriação das demandas das conferências de saúde para elaboração do Plano Estadual de Saúde 2012-2015, a partir do SICARFmunicipal, isto é, em que medida este processo foi desenvolvido. As análises demonstraram que houve a incorporação das demandas da sociedade para fins de ações de planejamento no Plano Estadual de Saúde 2012-2015, representando um avanço para o movimento de gestão participativa. Além disso, O SICARFmunicipal foi considerado como estratégia de apoio organizativo e preparatório da conferência estadual de saúde que de forma transparente registrou as demandas sociais. Descrever o seu processo de elaboração e execução, confirmou que foi participativo, destacando a sua importância para ampliação e desenvolvimento de futuros modos de organização das demandas pelo Estado, entre as diversas formas de espaços legítimos de escuta social.

Palavras-chave: Planejamento Participativo. Planos de Saúde. Conferências de Saúde. Demandas da Sociedade.

ABSTRACT

This study consists in the use of the information system called SICARFmunicipal which is a system created by the health secretariat of the State of Bahia to organize the demands of society from the Municipal health conferences, in order to Achievement of the 8^a. State Conference of Health occurred in the year 2011. Therefore, the general objective of this study is to analyze the system of registration of the final reports (SICARFmunicipal) as a device articulator of the demands of the municipal health conferences in the year 2011 for actions of planning the policy of primary care of the state of Bahia. The specific objectives are: to describe the process of preparation of the SICARFmunicipal and the use of this during the organization of the 8^a. State Health Conference of Bahia; Analyze how the technical team of the State Secretariat of Health (SESAB) appropriated the proposals from SICARFmunicipal to construct the state health plan 2012-2015. The methodological approach selected was the qualitative one whose result consisted in the production of two scientific articles whose selected method was the case study and documentary analysis respectively. The first scientific article seeks to describe the process of conception and functioning of the SICARFmunicipal and its contributions to the organization of the 8th. State Health Conference. The second scientific article portrays the analysis of appropriation of the demands of health conferences for the elaboration of the state Health plan 2012-2015, from the SICARFmunicipal, that is, to what extent this process was developed. The analyses showed that the company's demands were incorporated for the purposes of planning actions in the state health plan 2012-2015, representing a breakthrough for the participatory management movement. In addition, the SICARFmunicipal was considered as a strategy of organizing and preparatory support of the state health conference that transparently recorded the social demands. Describing its process of elaboration and execution, confirmed that it was participative, and highlighting its importance for the expansion and development of future modes of organization of the demands by the state, among the various forms of legitimate spaces of listening Social.

Keywords: Participatory Planning. Health Plans. Health Conferences. Society's demands.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 -	Layout do Sistema de Cadastro dos Relatórios Finais das Conferências Municipais de Saúde. SESAB, 2011.....	40
Figura 2 -	Imagem do SISCONFERÊNCIA – Sistema de Apoio a Conferências.....	43
Figura 3 -	A organização dos Caderno de Propostas da 8ª. CONFERES..	48
Figura 4 -	Movimento cíclico e interdependente da elaboração do PPA 2012-2015 e PES 2012-2015.....	69
Figura 5 -	Imagem do Sistema do PPA-P da Secretaria de Planejamento do Governo do Estado da Bahia.....	72
Figura 6 -	As influências das demandas sociais para elaboração dos compromissos do PPA 2012-2015 E PES 2012-2015.....	74

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Descrição das Etapas Metodológicas.....	24
Quadro 2 - Lista das fontes utilizadas para a análise documental, discriminadas em documentos públicos e documentos produzidos por meio da cooperação técnica entre SESAB/OPAS-OMS.....	26
Quadro 3 - Passo-a-passo de sistematização das propostas das conferências municipais para elaboração do Caderno de Propostas da 8ª. CONFERES. Salvador, 2011.....	46
Quadro 4 - A organização das 413 propostas-síntese em subeixos e diretrizes da 8ª. Conferência Estadual de Saúde.....	49
Quadro 5 - As contribuições do SICARFmunicipal para elaboração do PES 2012-2015: linha do tempo Abril de 2011 a fevereiro de 2012.....	64
Quadro 6 - Descrição dos Compromissos do Programa Bahia Saudável descrito no PES 2012-2015.....	73
Quadro 7 - Compatibilização das propostas-síntese com os compromissos do programa Bahia Saudável.....	75

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ASIS – Análise de Situação de Saúde

ASPLAN – Assessoria de Planejamento da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia

B. I. – Bacharelado interdisciplinar

CEO – Centro de especialidades odontológicas

CES – Conselho Estadual de Saúde

CIB - Comissão Intergestores Bipartite

CMS - Conselho Municipal de Saúde

CNS – Conselho Nacional de Saúde

CONFERES – Conferência Estadual de Saúde

COPE – Coordenação de Projetos Especiais

DIRES – Diretoria Regional de Saúde

DMA – Diretoria de Modernização Administrativa da SESAB

ESF – Estratégia de saúde da família

GASEC – Gabinete do Secretário

ISC – Instituto de Saúde Coletiva da UFBA

NASF – Núcleo de apoio à saúde da família

NUPISC – Núcleo de Pesquisa Integrada em Saúde Coletiva

OPAS – Organização Panamericana de Saúde

PEB – Política Estadual da Atenção Básica

PES – Planejamento Estratégico Situacional

PES 2012-2015 - Plano Estadual de Saúde 2008-2011

PlanejaSUS - Sistema de Planejamento do SUS

PMAQ – Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

PPA 2012-2015 – Plano Plurianual do Governo do Estado da Bahia 2012-2015

PPA-p - Plano Plurianual Participativo

PROVAB – Programa de valorização do profissional da atenção básica.

PSE – Programa Saúde na Escola

PSF - Programa Saúde da Família

RAG – Relatório Anual de Gestão

SARGSUS – Sistema de Apoio para Elaboração dos Relatórios de Gestão

SEPLAN - Secretaria de Planejamento

SESAB - Secretaria da Saúde do Estado da Bahia

SGA - Superintendência de Gestão e Avaliação

SICARFmunicipal – Sistema de Cadastro dos Relatórios Finais das Conferências Municipais de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

T. I. – Tecnologia da informação

UEFS – Universidade Estadual de Feira de Santana

UFBA – Universidade Federal da Bahia

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA E ASPECTOS ÉTICOS.....	23
REFERÊNCIAS.....	27
ARTIGO 1: O PROCESSO DE ORGANIZAÇÃO DAS DEMANDAS DAS CONFERÊNCIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE OCORRIDAS NO ANO DE 2011 NO ESTADO DA BAHIA.	31
RESUMO.....	32
ABSTRACT.....	33
1 INTRODUÇÃO	34
2 O CONCEITO DE DEMANDA ADVINDAS DA PARTICIPAÇÃO SOCIAL DURANTE AS CONFERÊNCIAS DE SAÚDE.....	36
3 MÉTODO.....	37
4 RESULTADOS E DISCUSSÕES	37
4.1 A CRIAÇÃO DO SICARFMUNICIPAL PARA ORGANIZAÇÃO DA 8A. CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE E AS CONTRIBUIÇÕES DO SISCONFERÊNCIA (DATASUS) NESTE PROCESSO.....	38
4.2 O envio das propostas das Conferências Municipais de Saúde através do SICARFmunicipal e as contribuições do SISCONFERÊNCIA-DATASUS.....	42
4.3 A ELABORAÇÃO DO CADERNO DE PROPOSTAS E O RELATÓRIO FINAL DA 8ª. CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE COMO PRODUTO DE ANÁLISE DA CONSOLIDAÇÃO DAS PROPOSTAS	44
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	51
REFERÊNCIAS.....	52
ARTIGO 2: O PROCESSO DE APROPRIAÇÃO DAS DEMANDAS DAS CONFERÊNCIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE PARA A ELABORAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA 2012-2015.	55
RESUMO.....	56
ABSTRACT.....	57
1 INTRODUÇÃO	58
2 MÉTODO.....	60
3 RESULTADOS E DISCUSSÕES	63
3.1 OS PASSOS METODOLÓGICOS DE ELABORAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA 2012-2015.....	63
3.2 MOVIMENTO I: CONSOLIDAÇÃO DA ANÁLISE DA SITUAÇÃO DE SAÚDE – ASIS - IDENTIFICANDO OS PRINCIPAIS PROBLEMAS (FOCOS DE ATENÇÃO).	65

3.3 MOVIMENTO II: A ELABORAÇÃO DOS COMPROMISSOS DO PES 2012-2015	67
3.4 O PROGRAMA BAHIA SAUDÁVEL COMO PROJETO POLÍTICO DE GOVERNO	72
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	75
REFERÊNCIAS.....	76
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS DA DISSERTAÇÃO.....	78
ANEXOS	79
ANEXO A - INSTRUTIVO ÀS COMISSÕES ORGANIZADORAS DAS CONFERÊNCIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE PARA REGISTRO E ENVIO ON LINE DOS RELATÓRIOS FINAIS PARA A 8ª CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE (SICARF MUNICIPAL).....	80
ANEXO B - IMAGENS DO SICARFMUNICIPAL	93
ANEXO C - INSTRUTIVO PARA CONSOLIDAÇÃO DE PROPOSTAS DAS CONFERÊNCIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE	97
ANEXO D - PERFIL SINTETIZADO DA ANÁLISE DE SITUAÇÃO DE SAÚDE	105
ANEXO E - QUADRO DE CONEXÕES CONCEITUAIS ENTRE O PPA 2012-2015 E O PES 2012-2015.....	107
ANEXO F - MATRIZ ESTRATÉGICA DO SUS-BA.....	108
ANEXO G – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....	109
ANEXO H – AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA.....	114

1 INTRODUÇÃO

O estudo no campo da formulação de políticas públicas advindas das conferências de saúde é resultado da minha trajetória como Enfermeira atuando exclusivamente no Sistema Único de Saúde a partir do ano de 2003, quando me graduei em enfermagem pela UFBA.

Naquele ano, ingressei como enfermeira do Programa de Agentes Comunitários de Saúde em um dos municípios da Chapada Diamantina com cerca de 12.000 habitantes, sendo a única enfermeira naquele município. E neste mesmo ano, foi implantado o colegiado gestor da unidade básica de saúde trazendo a minha primeira experiência em gestão participativa.

Para aprofundar os meus conhecimentos práticos e teóricos já inspirados na primeira experiência no cuidado e em gestão em serviço, no ano de 2004 ingressei na Residência em Medicina Social pelo ISC-UFBA agregando experiências singulares na assistência e na gestão municipal e estadual, além de concluir, no ano de 2008, o curso de especialização em gestão de tecnologias em saúde nesta mesma universidade. As especializações me proporcionaram assumir a Diretoria de Média e Alta Complexidade no município de Camaçari, o qual não faltaram desafios de ações mais integrativas entre a atenção básica e a atenção secundária.

Além disso, o retorno ao interior do Estado, como enfermeira da estratégia de saúde da família, aumentou a minha expectativa sobre o desafio que envolve o trabalho de promoção da saúde, e planejamento local em saúde em articulação com a comunidade. Além disso, outras atuações de gestão da atenção básica (planejamento em saúde) e em educação permanente foram agregadas ao rol de experiências vivenciadas.

E, continuando a jornada de experenciação profissional fui apoiadora institucional pela Fundação Estatal de Saúde da Família, o que me permitiu viajar pelos municípios, na função de implantar e implementar a estratégia de saúde da família, além de atuar em cooperação técnica com as antigas Diretorias Regionais de Saúde (hoje denominadas bases operacionais em saúde)¹ no âmbito da atenção básica, mais especificamente na região da Chapada Diamantina.

¹ Atendendo à Lei Nº 13.204 de 11 de dezembro de 2014, as Diretorias Regionais de Saúde (Dires) foram extintas e criados os Núcleos Regionais de Saúde (NRS). Os nove núcleos regionais de saúde irão concentrar as ações de coordenação, planejamento e supervisão, que antes vinham sendo conduzidas pelas antigas Dires. As

Porém, como assessora de planejamento em saúde da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB) pude consolidar as experiências do cotidiano das práticas em saúde em ações de planejamento sob fortes incentivos em desenvolver uma gestão mais participativa no governo por meio da institucionalização do Planejamento em Saúde no âmbito do SUS, o PlanejaSUS (JESUS, 2010). Desta forma, a aproximação do Conselho Estadual de Saúde se tornou indubitável e todo o envolvimento que o setor do planejamento em saúde (ASPLAN e posteriormente COPE²) pôde fomentar: como a elaboração de instrumentos de gestão, periodicidade de encontros com os conselheiros estaduais para apresentações dos relatórios trimestrais, além do envolvimento do setor, no processo de relatoria das conferências de saúde.

Assim sendo, a forte experiência no planejamento em saúde da SESAB articulada ao movimento de transparência pública junto ao Conselho Estadual de Saúde me proporcionou inspirações em fazer parte da elaboração e qualificação do Plano Estadual de Saúde 2012-2015 com a inclusão das propostas aprovadas na 8ª Conferência Estadual de Saúde, nesse instrumento de gestão.

Entretanto, existem relatos de experiências ou estudos de casos que retratem esta realidade em utilizar as propostas das conferências para elaboração de planos de saúde? De que forma eram incorporadas nesses instrumentos como políticas públicas? Havia algum método que retratasse de forma fidedigna e transparente o consolidado dos anseios priorizados pelos sujeitos participantes das conferências? Essas perguntas produzem um sentido quanto a minha prática nesse contexto, e que a partir delas, se esperam produzir respostas e sentidos, além de lacunas científicas para essas questões no campo de um planejamento em saúde participativo.

Sendo assim, levantamentos realizados nas bases de dados internacionais consolidados na Biblioteca Virtual em Saúde Regional (<https://pesquisa.bvsalud.org/regional/index.php> – último acesso em 30 de setembro de 2016 às 23:30 horas) foram

estruturas físicas ocupadas pelas antigas Dires serão mantidas como bases operacionais do sistema (Bases Regionais de Saúde – BRS) (SESAB, 2016).

² “O setor de planejamento e avaliação institucional da SESAB foi representado pela Assessoria de Planejamento do Gabinete do Secretário da Saúde (ASPLAN-GASEC) que por meio de movimentos de ajuste funcional na instituição muda sua estrutura e passa ser nomeada Coordenação de Projetos Especiais (COPE), assumindo a coordenação a partir de janeiro de 2010 das atividades antes conduzidas pela ASPLAN”. (SANTANA, 2012, p. 41)

identificados artigos científicos internacionais por meio da busca avançada dos seguintes descritos em saúde “planning health and health conferences”.

O portal disponibilizou publicações realizadas no período de 2000 a 2016. Em seguida, foi aplicado um filtro dos seguintes assuntos principais: “planejamento em saúde”, “diretrizes para o planejamento em saúde”, “prioridades em saúde”, “participação da comunidade”, “conferências de saúde”, “conselhos de saúde” e “implementação de plano de saúde”. Foram identificados 54 (cinquenta e quatro) artigos científicos, 3 (três) monografias e 2 (dois) documentos em vídeo, totalizando 59 (cinquenta e nove) documentos selecionados. A maioria das publicações foram encontradas em base de dados internacionais (51). Foram excluídos dessa análise os documentos em vídeo e sob a forma de monografias, restando 51 publicações para análise, acumuladas no período 2006 a 2016.

Dentre os artigos disponíveis para leitura completa, demonstraram uma tendência de participação cidadã³ na elaboração de planos locais e nacionais de saúde, bem como a participação comunitária no processo ativo do cuidado. A experiência de elaboração do 3º (terceiro) plano de saúde do arquipélago das Ilhas Canárias, por exemplo, na Espanha, teve a identificação e priorização de problemas de saúde, bem como definições conjuntas de planos de ações específicos para cada ilha consideradas viáveis, ainda agrupadas por temas, e ponderadas de acordo com o impacto potencial dos problemas priorizados (O'SHANAHAN *et al*, 2016).

Já experiências de planos nacionais abordaram, por exemplo, a priorização no combate a mortalidade infantil por pneumonia e diarreia deflagrada pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Com base na devolutiva dos profissionais de saúde em países com alta mortalidade infantil, a OMS e a Unicef com apoio de outros parceiros realizaram oficinas para facilitar a inclusão de ações sustentáveis nos planos de saúde de 36 países selecionados. (QAZI *et al*, 2016).

A OMS define a necessidade expressiva do envolvimento comunitário em saúde como direito básico, e especialmente por aumentar a possibilidade dos programas e políticas públicas de saúde sejam apropriados e sustentáveis. A experiência de programas-piloto antes da Declaração de Alma-Ata e evidências subsequentes de estudos também sugerem que a mobilização da comunidade pode

³ Também considerado como participação da comunidade é definido como o envolvimento de membros da comunidade nos afazeres da mesma. DecS: 3275.

trazer reduções substanciais e com boa relação custo-benefício na mortalidade e melhorias na saúde de recém-nascidos, crianças e mães (RIFKIN, 2001).

Além disso, breves relatos de estudos de casos bem-sucedidos de envolvimento da comunidade no planejamento de saúde distrital na Bolívia, Nepal, Senegal, Índia, Bangladesh foram identificados. Na Etiópia, um ensaio randomizado mostrou que a mobilização de grupos de mulheres para reconhecer e tratar eficazmente a malária em casa levou a uma redução de 40% na mortalidade de menores de 5 anos, além de outros estudos de controle. Essas experiências demonstraram evidências de que a mobilização da comunidade é um método eficaz para promover a participação e capacitar as comunidades também em uma gama de outros benefícios de aspectos Inter setoriais (ROSATO *et al*, 2008)

Seguindo a tendência das práticas de participação cidadã para configurações de planos de saúde em outros países, existem experiências que reúnem cidadãos e todos aqueles que fazem parte do processo de decisão para avaliar os possíveis impactos da saúde quanto a aplicabilidade de determinadas políticas públicas. Isto é, a Health Impact Assessment (HIA) é configurada como um fluxo de prática que vem crescendo desde o final dos anos 90 em todo o mundo. É uma ferramenta de suporte à decisão. Não é uma ferramenta de tomada de decisão e nem de avaliação de programa. O HIA tem a característica de utilizar uma abordagem holística para a saúde, o que significa que todos os determinantes da saúde são considerados, portanto a análise deve ser multidisciplinar e Inter setorial para que as políticas públicas sejam avaliadas os seus impactos antes de serem executadas em seus planos (SAINT-PIERRE, 2014).

Entende-se nos estudos apresentados que a sociedade civil tem papel crucial, desde *advocacy*, criação de demanda e na fiscalização da prestação de serviços, como também na definição de políticas e a na sua supervisão, consolidando a transparência pública e a publicização da prestação de contas (ATUN *et al*, 2009).

Os artigos também demonstraram que há participação cidadã para escuta e apoio nas tomadas das decisões de políticas públicas ou ações programáticas em saúde, fundamenta-se em um planejamento que utiliza técnicas de participação aproximando-se ao planejamento estratégico situacional. Entretanto, não há descrição específica de um espaço deliberativo e regulamentado como as conferências de saúde no Brasil. Por outro lado, percebe-se que existe uma referência e cumprimento da participação cidadã em documentos de pactuações internacionais

de promoção da saúde como a Declaração de Alma-Ata. Além disso, os estudos pouco descrevem como se deu metodologicamente a organização e apropriação das demandas para elaboração dos planos de saúde e outros planos semelhantes.

No conjunto de cinco artigos levantados nas bases de dados SciELO e LILACS com o descritor “planejamento em saúde e conferências de saúde”, no período entre 2006 e 2016⁴ foi observado a continuidade de incorporação da participação cidadã, como em fóruns comunitários, na execução e pactuação de ações programáticas em saúde, fortalecendo a participação ativa no processo de *advocacy*, monitoramento, prestação de contas, além de sustentação de políticas e práticas emancipatórias de comunidades (MALTA *et al*, 2014; LIMA; SA; PINHEIRO, 2012).

Em análise de discursos sobre a definição das políticas e elaboração de planos de saúde nos espaços das conferências de saúde em Mato Grosso, por exemplo, afirmaram que nesses espaços houve um levantamento de demandas e anseios da sociedade, definindo diretrizes para as políticas públicas. Entretanto, o entendimento das conferências como fórum deliberativo e efetivo é contestada diante da qualidade das demandas aprovadas, bem como da não execução das mesmas por gestores públicos (MULLER; ARTMANN, 2016; MOREIRA; ESCOREL, 2010).

Em um estudo realizado no Estado do Paraná produziu um resultado semelhante ao anterior, cujo o estudo analisou o impacto de cinco conferências estaduais de saúde realizadas entre 1991 e 2002. O manuscrito afirma que as conferências permitiram a identificação dos problemas de saúde e de gestão, porém os gestores não seguiram as prioridades estabelecidas, havendo pouca influência na definição das políticas públicas de saúde (CARVALHO, 2004). Além disso, a existência de uma predefinição das políticas priorizadas pela representação governamental é uma característica comum (WENDHAUSEN; CARDOSO, 2007).

Os estudos publicados no Brasil destacam o caráter democratizador das conferências de saúde, bem como outros espaços de participação cidadã que proporcionam a identificação dos problemas de saúde identificadas pela população e decifradas em demandas e anseios nesses espaços, porém a capacidade de

⁴ Foi realizado o seguinte filtro de assuntos principais abordados nos artigos: participação da comunidade, conselhos de planejamento em saúde, planejamento social, conferências de consenso como assunto, participação social, planejamento em saúde, diretrizes para o planejamento em saúde, prioridades em saúde, formulação de políticas, política pública, conselhos de saúde, tomada de decisões, democracia, conferências de consenso cidadão e política de saúde. Além disso foram selecionados apenas artigos em português com disponibilidade de texto completo.

influenciar a priorização de políticas públicas em planos de saúde ou instrumentos semelhantes parece ser ainda limitante.

Novos estudos que examinem as relações sociais entre diversos atores no espaço das conferências e, sobretudo, a ação desses atores em redes sociais que extrapolam o espaço e o evento de cada 'processo conferencista' poderão elucidar qual o papel das conferências, tendo em vista o lugar que ocupam na arena decisória da área de saúde em determinado momento histórico (CÔRTEZ, 2009, p. 122)

Para o Estado da Bahia, mais especificamente a representação governamental da Secretaria de Saúde do Estado, traz a experiência em incorporar as demandas das conferências de saúde durante a elaboração do Plano Estadual de Saúde 2008-2011, confirmando assim o acolhimento do caráter deliberativo que esses espaços proporcionam no planejamento em saúde no Estado (JESUS; TEIXEIRA, 2010).

A prática dos Conselhos de Saúde e as conferências fazem parte da conjuntura do controle social, sendo formas que a sociedade civil encontra em participar e controlar as ações públicas em saúde. Adota-se a definição do controle social como resultado da participação direta da população no processo de gestão pública, conferindo a apropriação pela sociedade de meios e instrumentos para planejar, fiscalizar e analisar as ações e os serviços. É uma nova forma de relacionamento entre a sociedade e o poder executivo do Estado, implicado no processo de democratização do país e ao mesmo tempo na consolidação desse ideal (COTTA *et al*, 2009, 2011).

No Brasil, as ações dos conselhos de saúde está amparada pela a lei 8.142/90 que confere aos conselhos a atribuição de atuar na formulação de estratégias e no controle da execução das políticas de saúde, atuando na cogestão do sistema, nas três esferas de poder (BRASIL, 1990).

No parágrafo primeiro da Lei 8.142/90, inciso primeiro, as Conferências de Saúde reúnem-se a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais com intuito de "avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por este ou pelo Conselho de Saúde" (Ibid., s;p) .

Ainda referente a incorporação das demandas das conferências de saúde em planos de saúde ou em outros instrumentos de gestão semelhantes, as experiências da Bahia, anteriormente citada, trazem uma antecipação positiva das práxis de

incorporação de uma gestão participativa que se denominaria, a posteriori, como a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS – ParticipaSUS.

Esta política imbuí nos conselhos e conferências de saúde a importância no planejamento de governo cujo o objetivo é

agregar legitimidade às ações de governo, criando sustentação para os programas e políticas propostas, assegurando a inclusão de novos atores políticos e possibilitando a escuta das necessidades por meio da interlocução com usuários e entidades da sociedade, ampliando, desse modo, a esfera pública e conferindo maior densidade ao processo de redemocratização da sociedade brasileira (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009, p. 09)

O contexto político a partir do ano de 2007 se tornou favorável com mudança da gestão governamental, ocasionando um clima de fortalecimento das políticas públicas instituídas, renovação e formulação de outras nos âmbitos estadual e municipal. Todo esse movimento foi apoiado pelo Sistema de Planejamento em Saúde – PlanejaSUS – conduzido pelo Ministério da Saúde que instituiu o planejamento como cultura organizacional nas esferas públicas de saúde, proporcionando o fortalecimento e elaboração dos instrumentos de gestão de forma ascendente, com participação social (JESUS; TEIXEIRA, 2010).

O PlanejaSUS foi instituído pelo Ministério da Saúde, no ano de 2009, em conjunto e estrategicamente com a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa do SUS, o ParticipaSUS. Portanto, o contexto nacional e estadual influenciou e fortaleceu a escuta das demandas sociais nos espaços deliberativos das conferências de saúde, agregando-as como políticas nos instrumentos de gestão do Estado.

Sendo assim, a 8ª. Conferência de Saúde do Estado da Bahia surge em um contexto favorável de um planejamento mais participativo e deliberativo, no ano de 2011. As demandas advindas das conferências municipais de saúde e estadual trouxeram para a equipe de planejamento da SESAB uma oportunidade em incorporar as demandas sociais na elaboração do Plano de Saúde 2012-2015.

Para a participação dos delegados e delegadas do Estado, bem como a priorização das demandas de âmbito nacional para a 14ª. Conferência Nacional de

Saúde, deveriam ser precedidas por etapas municipais e estadual. Acrescenta-se ainda que esses espaços de congregação da participação cidadã também proporcionavam demandas de âmbito municipal e estadual importantes para o fomento de políticas públicas, respectivamente para essas esferas. Dessa forma, estaria posto o desafio em acolher todas as demandas das etapas municipais de âmbito estadual e nacional, realizando a sua consolidação para serem apreciadas, votadas e priorizadas durante a 8ª. CONFERES.

Sendo assim, foi criado um sistema pioneiro e *on line* de pré-categorização das demandas das conferências municipais e estadual de saúde denominado de SICARFmunicipal. Este sistema teve o propósito de apropriação das referidas demandas para elaboração de um consolidado das propostas municipais de âmbitos estadual e nacional. Essa consolidação foi organizada em um documento intitulado Caderno de Propostas da 8ª. CONFERES que seria utilizada pelos delegados e delegadas durante a etapa estadual.

À luz desta perspectiva de identificação e organização das demandas da sociedade, a Secretaria de Planejamento do Governo do Estado (SEPLAN), a Secretaria de Relações Institucionais (Seri) e de Desenvolvimento e Integração Regional (Sediar) apoiaram o desenvolvimento de um sistema *on line* (operava na estrutura governamental com acesso de todas as secretarias para consultas e análises) e *off line* (a inclusão das propostas eram feitas durante os debates das plenárias, sem necessidade de acesso a internet) utilizado durante as plenárias temáticas do Plano Plurianual Participativo – PPAp em todo o território do Estado (POMPONET, 2012). Processo este que influenciou a idealização e concepção do SICARFmunicipal pela Secretaria de Saúde naquela época.

Ainda sobre a contextualização de criação de sistemas de identificação e organização de demandas de conferências, a organização da 13ª. Conferência Nacional de Saúde no ano de 2007 contou com o auxílio do DATASUS que desenvolveu um sistema informatizado (SISCONFERÊNCIA) que incorpora e rastreia todas as propostas aprovadas nas etapas estaduais. Este sistema proporcionou viabilidade na organização e consolidação do grande número de propostas advindas das conferências estaduais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

Portanto, o objeto desse estudo concerne em analisar o desenvolvimento do método de apropriação das demandas⁵ da sociedade advindas das conferências de saúde, o SICARFmunicipal, e de que forma proporcionou a formulação de políticas públicas para o Estado.

Métodos de apropriação das demandas para formulação de políticas públicas de saúde estão referenciados em Teixeira (2010) quando afirma que após a 8ª. Conferência Nacional de Saúde (culminado pelo movimento de Reforma Sanitária), a criação do SUS e suas legislações proporcionaram meios favoráveis de

...desenvolvimento do planejamento em saúde nas organizações públicas, quer no que diz respeito à incorporação das concepções e métodos para a formulação de políticas, planos e projetos, quer no que diz respeito à disseminação de métodos, técnicas e instrumentos de programação de ações e serviços de saúde em vários níveis de complexidade organizacional (Ibid., 2010, p. 11).

Pela oportunidade de encontrar-me inserida no mestrado profissional e ter participado diretamente da criação do SICARFmunicipal, o referido objeto de estudo será analisado a partir das seguintes **questões norteadoras**:

- Como se deu o processo de elaboração da ferramenta SICARFmunicipal e sua utilização durante a organização da 8ª. Conferência Estadual de Saúde da Bahia?
- Em que medida pode-se perceber uma apropriação das demandas das Conferências Municipais de Saúde no processo de elaboração do Plano Estadual 2012-2015?

Diante do exposto, temos como **objetivos** deste estudo:

⁵ A demanda é aqui entendida como um [...] “pedido explícito, a **tradução** de necessidades mais complexas do usuário” (CECÍLIO, 2001, p. 116).

É válido ainda ressaltar que os conceitos de demanda e proposta, utilizados nesse estudo são sinônimos. Entende-se **demanda por saúde** como socialmente construída, não apenas em função da doença e de seu combate ou prevenção, mas reconhecer a demanda mais positiva, mais ampla, mais complexa, ou seja, agregando a interdisciplinaridade no campo da saúde coletiva (LUZ, 2006).

- a) Analisar o processo de elaboração do sistema de captação de propostas SICARFmunicipal e sua utilização durante a 8ª. Conferência Estadual de Saúde da Bahia;
- b) Analisar a apropriação das demandas originadas das conferências municipais de saúde no processo de elaboração do PES 2012-2015.

2 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA E ASPECTOS ÉTICOS

Com o propósito de atingir aos objetivos deste estudo, em busca de descrever a realidade e caracterização do objeto, a abordagem qualitativa é a mais indicada já que se propõe analisar e interpretar aspectos mais profundo, descrevendo a complexidade do objeto proposto (MARCONI; LAKATOS, 2010).

Richardson “afirma que a pesquisa qualitativa pode ser caracterizada como a tentativa de uma compreensão detalhada dos significados e características situacionais apresentadas” [...] (1999 apud LAKATOS; MARCONI, 2010, p. 271). Segundo Menga “o estudo qualitativo é o que se desenvolve numa situação natural, é rico em dados descritivos, tem um plano aberto e flexível e focaliza a realidade de forma complexa e contextualizada (1986 apud LAKATOS; MARCONI, 2010, p. 271). E ainda Minayo afirma que a pesquisa qualitativa “responde a questões particulares”, “pois analisa um universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores, atitudes [...] que não podem ser reduzidas a operações com variáveis” (MINAYO, 2002, p. 21-22).

Segundo os métodos empregados foram o estudo de caso e o documental. Para justificar a utilização dos referidos procedimentos metodológicos, consistiu na apresentação dos resultados em dois artigos científicos que possibilitaram a completude dos objetivos propostos.

O **Quadro 1** descreve o caminho metodológico dessa pesquisa com base na produção dos resultados sob forma de artigos científicos, destacando a abordagem qualitativa para ambos.

Quadro 01 - Descrição das Etapas Metodológicas.

ARTIGOS CIENTÍFICOS	OBJETIVO	MÉTODO
1ª	Descrever a criação e utilização do SICARFmunicipal no cenário de organização da 8ª. Conferência Estadual de Saúde.	Estudo de caso
2ª	Analisar a apropriação das demandas das conferências de saúde no processo de elaboração do PES 2012/2015.	Análise documental

Fonte: Elaborado pela autora.

O **primeiro artigo científico** busca descrever o processo de concepção e funcionamento do SICARFmunicipal e as suas contribuições para a organização da 8ª. CONFERES. Desta forma, o estudo de caso é o mais apropriado para análise haja vista que se propõe a fazer um levantamento mais aprofundado e exclusivo deste processo pioneiro ocorrido na SESAB, no ano de 2011. Segundo Triviños “o estudo de caso é uma categoria de pesquisa cujo o objeto é uma unidade que se analisa profundamente” (1987 apud LAKATOS; MARCONI, 2010, p. 274). O estudo de caso reúne o “maior número de informações detalhadas, valendo-se de diferentes técnicas de pesquisa, visando apreender uma determinada situação e descrever a complexidade de um fato” (Ibid.).

Ter o conhecimento da realidade, bem como a caracterização contextual do objeto é de fundamental importância para a fidedignidade e operacionalidade da análise. Por isso, as contribuições da autora neste processo de análise do estudo de caso são justificadas por compreender-se de um saber militante, ou seja, um sujeito que esteve implicado no processo:

A situação do sujeito implicado com a ação protagônica não promete *a priori* a produção do conhecimento, mas antes de tudo a ação, a construção intencional que dê sentido para o agir em determinados campos da atividade humana, e como tal opera sem precedência epistêmica, como muitos sujeitos: sujeito político, pedagógico, epistêmico, dos afetos, técnico, entre outros. A mobilização para conhecer vem de certos incômodos que a ação protagônica pôde gerar como acontecimento, mobilizando que as várias dimensões do sujeito interajam para conduzir a um saber militante, igualmente válido e legítimo, permitindo-lhe compreender “mais” sobre a situação e a ação, para continuar agindo. Neste tipo de processo a implicação é estruturante do processo, coloca-se sob análise a si mesmo em ação e intenção. O processo é obrigatoriamente auto analítico. Este processo é inacabado e desejante, a relação sujeito e objeto é sempre um acontecendo. O incomodo que mobiliza é também material da

análise para possibilitar o conhecimento da mútua relação: sujeito e objeto em produção, em ato militante. Sempre se repondo, como instituído e instituinte (MERHY, 2004, p. 43)

Já o **segundo artigo científico** retrata a análise de apropriação das demandadas das conferências de saúde para elaboração do Plano Estadual de Saúde 2012-2015, a partir do SICARFmunicipal, isto é, em que medida este processo foi desenvolvido. Desta forma, a coleta documental é suficiente para esclarecer as motivações proposta para este artigo.

Os autores Lüdke e André (1986) enfatizam que os estudos em documentos constituem uma fonte estável e rica, sendo possível sua consulta sempre que necessário. Constituem-se também em uma fonte intensa de onde podem ser retiradas evidências, que baseiam afirmações e declarações do pesquisador, bem como permitindo ao mesmo tempo maior aproximação com o contexto em que as informações foram produzidas. Seu uso tem o custo baixo, pois requer apenas investimento de tempo e atenção para selecionar e analisar os documentos mais relevantes.

Os critérios para seleção dos documentos para análise consistiram em identificar todos aqueles que fizeram parte do processo de organização da 8ª. Conferência Estadual de Saúde, bem como aqueles que proporcionaram a elaboração do Plano Estadual de Saúde 2012-2015.

Referente aos documentos institucionais, a SESAB estabeleceu cooperação técnica com a Organização Pan-americana da Saúde, constituindo-se como o seu principal parceiro, “pelo contínuo aporte técnico, administrativo e político”, principalmente pela disponibilização de apoio institucional na “produção de um conjunto significativo de documentos, metodologias e processos”, na área de planejamento em saúde (JESUS *et al*, 2013). Esses documentos foram fundamentais para a análise de consolidação das demandas das conferências que se integraram ao plano. O período de cooperação técnica se constituiu entre os anos de 2007 a 2010. Sendo assim, os critérios de seleção dos documentos institucionais e produtos de cooperação técnica para análise consistiu em terem sido produzidos no processo de planejamento desenvolvido na SESAB, até o ano de 2012 sob coordenação da ASPLAN/COPE e com estreita relação com o objeto proposto para a produção dos dois artigos científicos citados. O **Quadro 2** apresenta os documentos utilizados na análise documental desse estudo.

Quadro 02 - Lista das fontes utilizadas para a análise documental, discriminadas em documentos públicos e documentos produzidos por meio da cooperação técnica entre SESAB/OPAS-OMS.

1. Documentos publicizados pela 8ª. Conferência Estadual de Saúde	2. Documentos institucionais de planejamento em saúde	3. Relatórios de Cooperação Técnica SESAB/OPAS
1.1 Relatório das plenárias temáticas e final da 8ª. Conferência Estadual de Saúde do Estado da Bahia. Comissão de Relatoria da 8ª. CONFERES. Setembro, 2011. 66 pg.	2.1 RBSP. Plano Estadual de Saúde (Gestão 2012-2015). Salvador: Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Trimestral, v.33, supl. 1, nov. 2012. ISSN 0100-0233	3.1 Organização Pan-Americana da Saúde – (OPAS/OMS). Documento técnico contendo Compromissos do PPA 2012-2015 com vistas à construção de Políticas Geracionais e de Promoção e Proteção da Saúde articuladas às propostas do PPA participativo e das Conferências Municipais de Saúde ocorridas em 2011.
1.2 Caderno de Propostas da 8ª. Conferência Estadual de Saúde	2.2 Plano Plurianual do Governo do Estado da Bahia - PPA 2012-2015. SEPLAN, 2011. Páginas 91 a 109. Acessado em: http://www.seplan.ba.gov.br/arquivos/File/ppa/PPA2012_2015/20120223_175245_PPA_2012_2015_Intenet.pdf	3.2 Organização Pan-Americana da Saúde – (OPAS/OMS). Documento técnico contendo a sistematização da análise da situação de saúde da Bahia articulada à compatibilização das propostas do PPA participativo e das conferências municipais de saúde ocorridas em 2011
1.3 Instrutivo de utilização do SICARFmunicipal para encaminhamento dos relatórios finais das conferências municipais de saúde.	2.3 Planilha de análise das propostas do PPA participativo e estadual referente a saúde distribuídas em categorias e territórios identidade. SESAB e SEPLAN 2011.	3.3 Organização Pan-Americana da Saúde – (OPAS/OMS). Documento técnico contendo a análise de compatibilidade dos compromissos do PPA 2012-2015 com vistas à gestão do sistema, gestão do trabalho e educação permanente em saúde e gestão democrática e participativa articuladas às propostas do PPA participativo e das conferências municipais de saúde ocorridas em 2011
		3.4 Organização Pan-Americana da Saúde – (OPAS/OMS). Documento técnico contendo a análise de compatibilidade dos Compromissos do PPA 2012-2015 com vistas ao fortalecimento, ampliação e melhoria do acesso à Atenção Primária, Atenção de Média e Alta complexidade e Atenção Farmacêutica articuladas às propostas do PPA participativo e das Conferências Municipais de Saúde ocorridas em 2011.

Fonte: Elaborado pela autora.

Apesar do estudo não envolver a pesquisa em seres humanos durante o decurso da análise, o projeto de pesquisa foi registrado na Plataforma Brasil sob o número CAA 06125812.8.0000.0053 obtendo o parecer favorável pelo Comitê de Ética de Pesquisa (CEP) do Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana sob o número 100.628, no dia 28 de setembro de 2012. Neste documento também está descrito o caminho metodológico, bem como a autorização de pesquisa em documentos institucionais e relatórios sob coordenação da ASPLAN/COPE. Nos anexos desse estudo encontram-se a cópia deste parecer da CEP, bem como os documentos utilizados para análise quando citados no decurso da leitura dos artigos.

REFERÊNCIAS

ATUN, R. *et al.* Venice Statement on global health initiatives and health systems. – **The Lancet**; v. 374, n. 9692, p. 783-784, 2009. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(09\)61588-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(09)61588-9/fulltext) Acesso em: 10 abr. 2016.

BRASIL. Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 1990. Disponível em < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm> Acesso em: 10 abr. 2015.

CARVALHO, M. **O impacto das conferências de saúde na definição do financiamento do SUS no Paraná.** 2004. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Centro de Ciência da Saúde, UEL, Londrina, 2004.

CECÍLIO L.C.O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A., (organizadores). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.** Rio de Janeiro: UERJ; 2001. p.113-26.

CÔRTEZ, S.M.V. Conselhos e conferências de saúde: papel institucional e mudança nas relações entre Estado e sociedade. In: Fleury S, Lobato L, organizadores. **Participação, democracia e saúde.** Rio de Janeiro: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde; 2009. p. 102-27.

COTTA, R. M. M.; CAZAL, M. M; RODRIGUES, J. F. C. **Participação, Controle Social e Exercício da Cidadania:** a (des)informação como obstáculo à atuação dos conselheiros de saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 419-438, jan./jun. 2009. Disponível em < <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320141911.07712014>>. Acesso em 04 marc. 2016.

JESUS, W. A. *et al.* Cooperação técnica para o fortalecimento do planejamento em saúde: reflexões sobre uma experiência concreta. *In: CONGRESSO DA ASSOCIAÇÃO LATINA PARA ANÁLISE DE SISTEMAS DE SAÚDE - ALASS, XXIV.*, 2013, Rennes - França. **Proceedings** [...]. [S. l.: s. n.], 2013. Tema: Les maladies chroniques, un enjeu pour les systèmes de santé, un enjeu de société, p. 13-14. Disponível em: http://www.alass.org/wp-content/uploads/calass_resum_2013.pdf. Acesso em: 20 ago. 2016.

JESUS, W. L. A.; TEIXEIRA, C. F. Planejamento estadual no SUS: o caso da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro , v. 15, n. 5, p. 2383-2393, Aug. 2010. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000500013>> Acesso em: 05 marc. 2016.

LIMA, D. M. A.; SA, T. S.; PINHEIRO, A. A. A. Fóruns comunitários: uma estratégia de construção participativa do desenvolvimento local. **Rev. psicol. polít.**, São Paulo , v. 12, n. 23, p. 59-70, jan. 2012. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-549X2012000100005&lng=pt&nrm=iso> Acesso em: 04 mar. 2016.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: UPU, 1986.

LUZ, M. T. Demanda em saúde: construção social no campo multidisciplinar da saúde coletiva. *In: Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde*. Roseni Pinheiro e Ruben Araújo de Mattos (org). Rio de Janeiro: CEPESC. 2006. p. 27 -34.

MALTA, D. C. *et al.* Doenças crônicas não transmissíveis e o suporte das ações intersetoriais no seu enfrentamento. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro , v. 19, n. 11, p. 4341-4350, nov. 2014 .

MARCONI, M. A; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 7.ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MERHY, E.E. O conhecer militante do sujeito implicado: o desafio de reconhecê-lo como saber válido. *In: Acolher Chapecó: uma experiência de mudança do modelo assistencial, com base no processo de trabalho*. Franco, T.B. et al (org.). São Paulo: Hucitec, 2004. Disponível em: <<http://site.ims.uerj.br/pesquisa/ccaps/?p=1015>>. Acesso em: 10 set 2016

MINAYO, M. C. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis, Vozes, 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS): uma construção coletiva – trajetória e orientações de operacionalização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 318 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS – ParticipaSUS**. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório consolidado para a 13ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.82 p. – (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

MOREIRA M.R., ECOREL S. Dilemas da participação social em saúde: reflexões sobre o caráter deliberativo dos conselhos de saúde. **Saúde em Debate** 2010; 34:47-55.

MULLER NETO, J. S; ARTMANN, E. Discursos sobre o papel e a representatividade de conferências municipais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, p. 68-78, jan. 2014. Disponível em < <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00136012>>. Acesso em: 04 marc. 2016.

O'SHANAHAN J., J. J. *et al.* Metodologia para un proceso apreciativo, dinámico y colaborativo: III Plan de Salud de Canarias. **Gac Sanit**, Barcelona , v. 30, n. 6, p. 477-479, dic. 2016 . Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.04.018>>. Acesso em: 03 mai. 2016.

POMPONET, A. S. **Plano plurianual participativo 2008-2011 na Bahia**: uma análise. Orientadora: Profa. Dra. Elizabeth Matos Ribeiro. Dissertação (mestrado). Salvador: Universidade Federal da Bahia Escola de Administração, 2012, 140 p.

QAZI, S. *et al.* Ending preventable child deaths from pneumonia and diarrhoea by 2025. Development of the integrated Global Action Plan for the Prevention and Control of Pneumonia and Diarrhoea. - **Arch Dis Child**;100 Suppl 1: S23-8, 2015 Feb. Disponível em: https://adc.bmj.com/content/100/Suppl_1/S48. Acesso em: 02 set. 2016.

RIFKIN, S.B. Ten best readings on community participation and health. **Afr Health Sci**. 2001;1(1):42-5.. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2704450/> Acesso em: 02 sep 2016

ROSATO, M. *et al.* Community participation: lessons for maternal, newborn, and child health. **The Lancet Journal**, [S. l.], ano 2008, v. 372, p. 962-971, 13-09-2008. DOI [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61406-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61406-3). Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(08\)61406-3/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(08)61406-3/fulltext). Acesso em: 30 ago. 2016.

SAINT-PIERRE, L; LAMARRE, M. C.; SIMONS, J. L'evaluation d'impact sur la sante (EIS): une demarche intersectorielle pour l'action sur les determinants sociaux, economiques et environnementaux de la sante. / [Health Impact Assessments (HIA): an intersectoral process for action on the social, economic and environmental determinants of health]. **Glob Health Promot**; 21(1 Suppl): 7-14, 2014 Mar. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1757975914522667> Acesso em 02 set. 2016.

SANTANA, S. F. **Planejamento em saúde no SUS: O caso do grupo de trabalho de planejamento na Secretaria do Estado da Bahia, 2007-2011.** (Mestrado em Saúde Coletiva). Universidade Estadual de Feira de Santana, 2012.98f.

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA. Criação dos Núcleos Regionais de Saúde. Matéria publicada em 29-01-2015 pela ASCOM da SESAB. **Assessoria de Comunicação**. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/2015/01/29/reestruturacao-das-diretorias-regionais-de-saude-dires-nucleos-regionais-de-saude-nrs/>. Acesso em: 06 jun. 2016

TEIXEIRA C.F. (org.). **Planejamento em Saúde: conceitos, métodos e experiências**. Salvador: EDUF-BA. 2010.

WENDHAUSEN, A.; CARDOSO, S. M. Processo decisório e Conselhos Gestores de Saúde: aproximações teóricas. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 60, n. 5, p. 579-584, Oct. 2007. Disponível em < <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672007000500018>> Acesso em: 04 marc. 2016.

ARTIGO 1: O PROCESSO DE ORGANIZAÇÃO DAS DEMANDAS DAS CONFERÊNCIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE OCORRIDAS NO ANO DE 2011 NO ESTADO DA BAHIA.

RESUMO

O PROCESSO DA ORGANIZAÇÃO DAS DEMANDAS DAS CONFERÊNCIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE OCORRIDAS NO ANO DE 2011 NO ESTADO DA BAHIA.

Gladys Reis de Oliveira⁶

Washington Luiz Abreu de Jesus⁷

A convocatória nacional de realização das conferências de saúde no ano de 2011 possibilitou uma ampla movimentação entre os municípios do estado da Bahia. Dessa forma, estava posto o desafio em acolher todas as demandas das etapas municipais a realização da sua consolidação para serem apreciadas, votadas e priorizadas durante a 8ª. Conferência Estadual de Saúde. Sendo assim, diante de inúmeras demandas advindas das conferências municipais de saúde classificadas em âmbitos estadual e nacional existiu a necessidade de reuni-las de tal forma que favorecessem a organização da 8ª. Conferência Estadual de Saúde: seja na organização dos debates, seja na construção de um documento formal de síntese das demandas (Caderno de Propostas da 8ª. CONFERES) para acompanhamento pelos delegados e delegadas durante o evento. Assim, foi criado um sistema *on line* de organização e pré-categorização das demandas das conferências municipais e estadual de saúde denominado de SICARFmunicipal - **Sistema de Cadastro dos Relatórios Finais das Conferências Municipais de Saúde**. Este artigo tem o propósito de descrever a criação e utilização do SICARFmunicipal no cenário de organização da 8ª. Conferência Estadual de Saúde cuja metodologia selecionada foi o estudo de caso. O SICARFmunicipal foi considerado como estratégia de apoio organizativo e preparatório da conferência estadual de saúde que de forma transparente registrou as demandas sociais. Descrever o seu processo de elaboração e execução, confirmou que foi participativo, destacando a sua importância para ampliação e desenvolvimento de futuros modos de organização das demandas pelo Estado, entre as diversas formas de espaços legítimos de escuta social.

Palavras-chave: Conferências de saúde. Demandas da Sociedade. Participação social.

⁶ Enfermeira Sanitarista. Especialista em Gestão de Tecnologias de Saúde e em Medicina Social. Mestranda do Curso de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da UEFS.

⁷ Doutor em Saúde Pública (ISC-UFBA). Mestre em Saúde Coletiva (UEFS). Professor Adjunto da Universidade Federal de São Carlos, área de Saúde da Família e Comunidade. Professor Permanente do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da UEFS (Mestrado Profissional). Professor Colaborador do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva do ISC/UFBA (Mestrado e Doutorado Acadêmico). Professor Colaborador do Programa de Pós-graduação em Gestão da Clínica (UFSCar).

ABSTRACT

THE PROCESS OF ORGANIZATION OF THE DEMANDS OF THE MUNICIPAL HEALTH CONFERENCES OCCURRED IN 2011 IN THE STATE OF BAHIA.

The national call for the realization of health conferences in the year 2011 allowed a wide movement between the municipalities of the state of Bahia. Thus, the challenge was posed to accommodate all the demands of the municipal steps, the realization of its consolidation to be appreciated, voted and prioritized during the 8th. State health Conference. Thus, faced with countless demands arising from municipal health conferences classified in state and national spheres, there was the need to gather them in such a way that they favored the organization of the 8th. State Health Conference: Whether in organizing the debates, whether in the construction of a formal document of synthesis of demands (book of proposals of the 8th. CONFERES) for monitoring by delegates and delegates during the event. Thus, an online system of organization and pre-categorization of the demands of municipal and state health conferences called SICARFmunicipal-System of registration of the final reports of municipal health conferences was created. This article aims to describe the creation and use of SICARFmunicipal in the organization scenario of the 8th. The state health conference whose methodology was selected was the case study. The SICARFmunicipal was considered as a strategy of organizing and preparatory support of the state health conference that transparently recorded the social demands. Describing its process of elaboration and execution, confirmed that it was participative, and highlighting its importance for the expansion and development of future modes of organization of the demands by the state, among the various forms of legitimate spaces of listening Social.

Keywords: health conferences. Society's demands. Social participation.

1 INTRODUÇÃO

A realização das Conferências Municipais de Saúde aconteceu de junho a agosto de 2011, o qual mobilizou a sociedade interessada em propor, participar e acompanhar a Política de Saúde na Bahia e no Brasil. As conferências tem a possibilidade da sociedade discutir os caminhos da efetivação do direito à saúde, os posicionamentos dos principais problemas de saúde que acometem o território, e as estratégias que os âmbitos municipal, estadual e nacional deverão seguir a fim de acolher as demandas pleiteadas.

As etapas municipais e estadual baiana utilizaram o mesmo tema da Etapa Nacional para o ano de 2011, **todos usam o SUS! SUS na seguridade social, política pública, patrimônio do povo brasileiro**, o qual discutiram e aprovaram propostas prévias para o pleito de discussões para a etapa Nacional.

A participação dos delegados e delegadas do Estado, bem como a priorização das demandas de âmbito nacional para a 14^a. Conferência Nacional de Saúde, foram precedidas por etapas municipais e estadual. Acrescenta-se ainda que esses espaços de congregação da participação cidadã também proporcionavam demandas de âmbito municipal e estadual importantes para o fomento de políticas públicas, respectivamente, para essas esferas. Dessa forma, estaria posto o desafio em acolher todas as demandas das etapas municipais de âmbito estadual e nacional, realizando a sua consolidação para serem apreciadas, votadas e priorizadas durante a 8^a. CONFERES.

Sendo assim, diante de inúmeras demandas advindas das conferências municipais de saúde classificadas em âmbitos estadual e nacional existiu a necessidade de reuni-las de tal forma que favorecessem a organização da 8^a. Conferência Estadual de Saúde: seja na organização dos debates, seja na construção de um documento formal de síntese das demandas (Caderno de Propostas da 8^a. CONFERES) para acompanhamento pelos delegados e delegadas durante o evento. Assim, foi criado um sistema *on line* de identificação e pré-categorização das demandas das conferências municipais e estadual de saúde denominado de SICARFmunicipal - **Sistema de Cadastro dos Relatórios Finais da Conferências Municipais de Saúde**.

Destaca-se que, mesmo sem êxito na busca bibliográfica onde existam relatos de experiências com uso de sistemas de organização de demandas advindas de

conferências de saúde, foram identificados 3 (três) sites nos seguintes âmbitos de governo: Secretaria de Planejamento do Governo do Estado da Bahia (2012), Ministério da Saúde (2015) e Secretaria de Saúde do Estado de Santa Catarina (2012). Sendo que não foram encontrados publicações pela Secretaria de Saúde do Estado de Santa Catarina que referem exatamente o uso do sistema, apenas informes noticiário da sua existência. Todos foram identificados através de páginas *on line* (*sites*) o qual orientam os usuários lotados nos municípios de seus respectivos Estados de como acessá-los.

Detalhando um pouco mais essas experiências de sistemas de identificação e organização de demandas de conferências de saúde, mais especificamente a experiência do Ministério da Saúde, o DATASUS e o Conselho Nacional de Saúde elaboraram o Sistema SISCONFERÊNCIA: uma ferramenta de informatização criada para ser utilizada pelos Estados e durante a 13ª Conferência Nacional de Saúde. Sua utilização possibilitou a sistematização das propostas debatidas pelos delegados durante as etapas que compõem a conferência. O sistema possibilitou, ainda, a classificação, consolidação e ordenação das propostas discutidas, facilitando a organização do processo de relatoria nas diferentes etapas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

À luz desta perspectiva de captação e organização das demandas da sociedade, a Secretaria de Planejamento do Governo do Estado (SEPLAN), a Secretaria de Relações Institucionais (Seri) e de Desenvolvimento e Integração Regional (Sediar) pertencentes ao governo do Estado da Bahia apoiaram o desenvolvimento de um sistema *on line* (que operava na estrutura governamental com acesso pelas secretarias para consultas e análises das demandas) e *off line* (a inclusão das propostas eram feitas durante os debates das plenárias, sem necessidade de acesso a internet) utilizado durante as plenárias temáticas do Plano Plurianual Participativo – PPAp em todo o território do Estado (POMPONET, 2012).

Sendo assim, este artigo tem o propósito de descrever a criação e utilização do SICARFmunicipal no cenário de organização da 8ª. Conferência Estadual de Saúde.

2 O CONCEITO DE DEMANDA ADVINDAS DA PARTICIPAÇÃO SOCIAL DURANTE AS CONFERÊNCIAS DE SAÚDE

As demandas originadas pela participação das pessoas das representações dos trabalhadores da saúde, usuários, prestadores de serviços e gestores públicos durante as conferências de saúde citadas neste artigo não se enquadram exclusivamente como demandas para atenção médica por entender que geraria um reforço exclusivo de ofertas de serviços de saúde trazendo um caráter exclusivamente de produção econômica. A demanda em saúde aqui constituída é concebida no campo da saúde coletiva portanto, de concepção socialmente construída, de natureza transdisciplinar, cultural e histórica (LUZ, 2006). Entretanto, logicamente que

[...]enquanto a demanda por saúde for socialmente construída em função da doença e do seu combate ou prevenção, acreditamos ser impossível aceder a uma demanda efetiva por saúde, no sentido positivo e propositivo do termo. Isto não nos impede, é certo, de tentar, a partir da presença da sociedade civil nos serviços, principalmente através das instâncias institucionais de controle social e participação, de tentar ouvir, no interstício dos reclamos da população, o que é buscado por ela em termos de saúde (Ibid., p. 31).

As demandas portanto, são solicitações manifestadas pela sociedade civil dirigidas a espaços organizados de promoção de sua escuta como um direito, caracterizadas como soluções propositivas de resolubilidade de problemas de saúde identificadas no contexto de vida dos sujeitos, caracterizando-se como participação social. O que representa um “exercício democrático e legítimo de afirmação da cidadania, no sentido da igualdade e liberdade em contextos sociais, históricos e culturais, nos quais a diferença se coloca como direito definitivo” (PINHEIRO et al, 2005, p. 20).

Sendo assim, as conferências de saúde legitimadas pela Lei 8142 do ano de 1990 são espaços dessa escuta social como um direito. A existência dessa instância tem como objetivo principal a definição de diretrizes gerais para as políticas de saúde, fomentando uma gestão participativa que pressupõe, pelo menos, o processo de formulação e implementação de política de forma compartilhada pelos gestores públicos (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008).

As conferências de saúde como espaços legítimos de defesa ao direito à saúde constituem instâncias de fortalecimento da participação social cujo papel é a

participação ativa dos sujeitos, o qual a diversidade de interesses e projetos existentes contraditórios de um coletivo sejam debatidos, havendo uma formulação de demandas que regulem a distribuição dos bens públicos no campo da saúde submetendo-as em um processo de votação nessas instâncias (ESCOREL; MOREIRA, 2005, grifo nosso).

Entendendo que uma das principais atribuições dos gestores do SUS no campo da formulação de políticas e planejamento consistem em identificar os problemas de saúde e definição de prioridades, acolher demandas de esferas legítimas de participação social se consistiu em uma estratégia favorável de promoção de ações de planejamento em saúde futuras (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008, grifo nosso).

3 MÉTODO

Com vistas em descrever como se deu o processo de elaboração da ferramenta SICARF municipal e sua utilização durante a organização da 8ª. Conferência Estadual de Saúde da Bahia, o método de análise selecionado foi o estudo de caso.

Esse tipo de estudo é considerado o mais apropriado haja vista que se propõe a fazer um levantamento mais aprofundado e exclusivo deste processo pioneiro, ocorrido na SESAB, no ano de 2011. Segundo Triviños, com o estudo de caso procura-se analisar o objeto profundamente reunindo o “maior número de informações detalhadas, valendo-se de diferentes técnicas de pesquisa, visando apreender uma determinada situação e descrever a complexidade de um fato”(1987 apud LAKATOS; MARCONI, 2010, p. 274).

Ter o conhecimento da realidade, bem como a caracterização contextual do objeto é de fundamental importância para a fidedignidade e operacionalidade da análise. Por isso, as contribuições da autora neste processo de análise do estudo de caso são justificadas por se tratar de um saber militante, ou seja, um sujeito que esteve implicado no processo (MERHY, 2004).

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

4.1 A Criação do SICARFmunicipal para organização da 8a. Conferência Estadual de Saúde e as contribuições do SISCONFERÊNCIA (DATASUS) neste processo.

A 8ª CONFERES da Bahia ocorreu no período de 12 a 15 de setembro de 2011, tendo como tema “Todos usam o SUS! SUS na seguridade social, política pública, patrimônio do povo brasileiro” (CES, 2011a). Nesta Conferência foram discutidas propostas de âmbito Estadual e Nacional relacionadas aos problemas do setor saúde formuladas durante as Conferências de Saúde Municipais do Estado da Bahia.

O setor de planejamento da SESAB assumiu o papel de assessorar e fazer parte da execução das atividades da equipe de relatoria da 8ª Conferência Estadual, juntamente com o conselheiro estadual e também coordenador da referida equipe. Como técnica indicada (através do Termo de Cooperação Técnica entre a FESF-SUS e a SESAB) para estar representando o setor de planejamento na relatoria da 8ª. CONFERES, surgiu a oportunidade em elaborar um sistema *on line*, inspirado no sistema do PPA participativo (PPA-p) da Secretaria de Planejamento do Governo do Estado, para agilizar as atividades da equipe de relatoria.

Era de grande interesse do setor de Planejamento e do Conselho Estadual de Saúde obter as propostas municipais com a melhor qualidade possível, com o número máximo de participações dos municípios, além da rapidez de acesso dessas propostas. Neste sentido, criou-se e implantou-se uma ferramenta *on line*, acessível a todos e prático no manuseio para que as secretarias municipais de saúde, mesmo com as suas diversas dificuldades de gestão e infraestrutura, pudessem acessar este sistema e garantir a inclusão das suas propostas para análise da equipe de relatoria.

Além disso, o Regimento Interno da 8ª. CONFERES, já anunciava a existência de um sistema eletrônico de encaminhamento dos relatórios finais das conferências municipais de saúde, conforme o Artigo 7º., Capítulo IV, item Metodologia,

Os Relatórios das Conferências Municipais de Saúde deverão ser encaminhados até 18 de agosto de 2011, em formato eletrônico, com sistema de senha, por meio da página eletrônica do Conselho Estadual de Saúde, para serem consolidados e subsidiarem as discussões da Etapa Estadual (CES, 2011a, p. 02).

Com a aprovação da coordenação do setor de planejamento e da coordenação da equipe de relatoria com integrantes também do Conselho Estadual de Saúde e aprovação durante a reunião da Comissão Executiva da 8ª. CONFERES, foi iniciada a proposta de um sistema de informação *on line* que todos poderiam ter acesso no site oficial da SESAB, utilizando perfis específicos. Foi realizada uma adesão junto à Diretoria de Modernização Administrativa da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (DMA – SESAB) e foi disponibilizado um técnico especializado na área de Tecnologia da Informação, iniciando-se o desenvolvimento desse projeto.

No Setor de Planejamento da SESAB, houve um debate junto à coordenação (ASPLAN-COPE) para determinar de que forma o sistema ficaria organizado para que a equipe de planejamento avaliasse as propostas em tempo hábil e contemplar o máximo de propostas advindas das conferências municipais de saúde.

Foram elaboradas propostas de *layouts* em um documento do *Word* contendo passo-a-passo da inserção das propostas, bem como as informações necessárias, e como elas deveriam ficar disponíveis para análise da equipe de relatoria. Essas propostas de *layouts* foram levadas e discutidas para o técnico da T.I. do DMA-SESAB o qual trabalhou por 30 dias (27 de maio a 26 de junho de 2011) na elaboração do sistema, até a sua aprovação final na Comissão Organizadora da 8ª. CONFERES e liberada para todos os municípios acessarem.

Este sistema foi denominado de SICARFmunicipal pois significava **Sistema de Cadastro dos Relatórios Finais das Conferências Municipais de Saúde (Figura 1)**. O seu nome surgiu como uma proposta, e foi apresentada e discutida com a equipe técnica do setor de planejamento em saúde, juntamente com residentes em saúde da família e estudantes do B.I. em saúde coletiva, todos pertencentes ao ISC-UFBA. Naquele momento, esta instituição de ensino realizava cooperação técnica, além de servir o espaço como campo de estágio.

Figura 1 - Layout do Sistema de Cadastro dos Relatórios Finais das Conferências Municipais de Saúde. SESAB, 2011.



Fonte: SICARFmunicipal. Disponível em: www1.saude.ba.gov.br/conferes8/. Acesso em: 03 fev. 2015.

O SICARFmunicipal tinha, ainda, a proposta de monitoramento de inclusão das propostas por município, território identidade e das antigas Diretorias Regionais de Saúde. O Setor de Planejamento disponibilizou um técnico que acompanhava a inclusão das propostas, bem como oferecia suporte telefônico e de e-mail para eventuais dúvidas de utilização do sistema, além de ligar para os Diretores das antigas DIRES solicitando apoio junto aos municípios. Relatórios semanais dos municípios que haviam incluído as suas propostas eram realizados e apresentados durante as Reuniões da Comissão Organizadora da 8ª. CONFERES.

A 8ª Conferência Estadual de Saúde foi orientada por meio do Regimento Interno (CES, 2011a). Neste regimento descrevia que os Relatórios das Etapas

Municipais poderiam conter até 10 (dez) propostas encaminhadas para cada subeixo temático da Conferência Estadual, e que as propostas deveriam ser inseridas no Sistema de Cadastro das Propostas Municipais (SICARF municipal).

Já o Relatório da Etapa Estadual deveria conter até 7 (sete) diretrizes nacionais relacionadas com o eixo da Conferência, podendo cada diretriz conter 5 (cinco) propostas a serem encaminhadas à Etapa Nacional da Conferência (CES, 2011a).

Os relatórios das Conferências Municipais, Estadual e Nacional resultam em documentos que podem servir para auxiliar a direcionalidade da gestão do SUS e como subsídio do controle social conforme a esfera de realização da Conferência, portanto, devem conter minimamente as diretrizes, propostas e as moções aprovadas nessas instâncias.

Além da temática da 14ª Conferência Nacional de Saúde, foi utilizado também o eixo temático **Acesso e acolhimento no SUS – desafios na construção de uma política saudável e sustentável** deliberado no Regimento Interno da 14ª Conferência Nacional de Saúde e os subeixos:

Políticas públicas, política de saúde e seguridade social: os desafios da implementação dos princípios da integralidade, universalidade e equidade; Participação, controle social e incremento à ação comunitária; Os desafios da gestão do SUS para a reorientação do sistema de saúde: intersectorialidade; financiamento; pacto pela saúde; relação público x privado; gestão do sistema; gestão do trabalho e da educação em saúde (CNS, 2011a, p. 2)

Os temas foram adaptados localmente pelas Comissões de Organização das Conferências Municipais de Saúde, conforme a metodologia escolhida a seu critério durante a realização das conferências.

4.2 O envio das propostas das Conferências Municipais de Saúde através do SICARFmunicipal e as contribuições do SISCONFERÊNCIA-DATASUS

No intuito de qualificar o envio das propostas das conferências municipais de saúde e facilitar o acesso ao SICARFmunicipal, foi elaborado um **Instrutivo** (ANEXO A) que orientava todos os usuários que se encontra em anexo, bem como as imagens do sistema. Para facilitar a compreensão de todos os usuários, o conteúdo foi elaborado em perguntas e respostas, tornando-o didático e mais acessível. O

endereço do SICARFmunicipal <<http://www1.saude.ba.gov.br/conferes8/>> ficou disponível a partir do dia 27 de junho de 2011 e foi encerrando no dia 22/08/2011, último dia de inclusão das propostas municipais.

Este sistema proporcionava a captura das demandas; a consolidação das informações relativas ao cadastro dos delegados municipais eleitos para a Conferência Estadual; os registros do tema, data e local de realização da conferência municipal de saúde; os facilitadores que foram convidados a palestrar; a relação das propostas aprovadas por município segundo abrangência (estadual e nacional) e subeixo, de acordo com o instrutivo publicizado.

No ano de 2011, 416 municípios do estado realizaram a Conferência Municipal de Saúde. Destes, 409 municípios enviaram as propostas através do SICARFmunicipal contabilizando 98,08% de participação dos municípios (CES, 2011c).

Ao final da inserção das propostas e validação das mesmas, o município tinha acesso a um relatório das informações inseridas. Entretanto, o SICARFmunicipal como explica o seu instrutivo, não substituiu os relatórios finais das conferências municipais, conforme a pergunta de número quatro: “O Relatório Final enviado pelo SICARF substitui o Relatório Final da Conferência Municipal de Saúde?”

NÃO. O SICARF municipal é um sistema de captura de informações essenciais para a 8ª Conferência Estadual de Saúde para facilitar e agilizar a sua organização, especialmente para a equipe de relatoria (na organização dos Cadernos de Propostas a serem utilizados durante a 8ª CONFERES) e para a equipe de hospedagem e alimentação. Portanto, é essencial que cada Conferência Municipal de Saúde tenha o seu relatório detalhado para fins de registro do evento e para as auditorias futuras. Geralmente, os relatórios finais da conferência são registrados em ata (SESAB, 2011, pag. 03).

Sobre o sistema de informação, SISCONFERÊNCIA criado pelo DATASUS (**Figura 2**), foi utilizado pelo Estado da Bahia, nas plenárias temáticas e na plenária final durante a realização da 8ª. CONFERES no intuito de realizar destaques das propostas consolidadas das conferências municipais (sintetizadas pela equipe de relatoria) durante as plenária temáticas, e também para votação na plenária final. A equipe de relatoria da 8ª CONFERES cadastrou 413 propostas-síntese de caráter

estadual e nacional contidas no Caderno de Propostas da 8ª. CONFERES (CES, 2015) no SISCONFERÊNCIA, distribuídas entre as diretrizes formuladas.

A votação para os destaques e aprovações das propostas nas Plenárias Temáticas e Final foram decorridas do levantamento de crachás e, caso existissem dúvidas quanto à votação, os crachás eram contados pela equipe de apoio. O sistema possuía senhas específicas de acordo com os perfis de acesso como o administrador geral, que visualizava todas as propostas inseridas, além de uma senha específica; e os relatores que só visualizavam as propostas inseridas por diretrizes designadas em cada plenária temática durante a 8ª. CONFERES.

Figura 2 - Imagem do SISCONFERÊNCIA – Sistema de Apoio a Conferências.



Fonte: Sisconferência. Disponível em:

<http://sisconferencia.saude.gov.br/sisconferencia/site/default.php?banco=LOGOFF>. Acesso em: 01 fev. 2015.

O SISCONFERÊNCIA como o SICARFmunicipal são sistemas totalmente *on line*, isto é, o armazenamento dos dados é no campo virtual. Para demais dúvidas de execução do sistema foi disponibilizado um técnico do Datasus do Ministério da Saúde que participou de todo o processo de treinamento da equipe e do monitoramento durante a realização da 8ª. CONFERES.

Os referidos sistemas também poderiam ser utilizados pelos municípios para cadastro de propostas e a equipe da 8ª. Conferes resgatá-los, entretanto, as conferências municipais de saúde já estavam acontecendo no Estado da Bahia e o

módulo do SICARFmunicipal já estava pronto e operando. Este sistema foi intensamente divulgado nas reuniões da CIB, das CIRs, no site da SESAB e nas antigas Diretorias Regionais de Saúde – DIRES.

Neste sentido, o SISCONFERÊNCIA teve grande relevância para o processo de transparência de votação das propostas e agilidade nas retificações das mesmas durante as discussões nas plenárias temáticas e na plenária final durante o evento da 8ª. CONFERES.

Após a inserção de 7.742 propostas até o dia 28 de agosto de 2011 no SICARFmunicipal, representado com a participação de 98,08% dos municípios do Estado, a equipe de relatoria intensificou as suas análises, a partir de metodologia específica, no intuito de agrupá-las em **propostas-sínteses** no intuito de originar o Caderno de Propostas e assim, serem apreciadas e priorizadas durante a 8ª. CONFERS.

4.3 A elaboração do caderno de propostas e o Relatório Final da 8ª. Conferência Estadual de Saúde como produto de análise da consolidação das propostas

A utilização do SICARFmunicipal oportunizou a pré-qualificação das propostas oriundas dos municípios. Esta qualificação se deu através da orientação do Instrutivo do SICARFmunicipal o qual a pergunta de número sete “Como elaborar uma boa proposta para 8ª. CONFERES?” (SESAB, 2011, p.3) e a pergunta de número oito “O quê são propostas de abrangência municipal, estadual e nacional?” (SESAB, 2011, p. 5) descreviam as orientações necessárias.

Para as propostas de abrangência municipal não havia limites quantitativos, uma vez que as mesmas atendiam as necessidades e interesses locais, e portanto não deveriam ser cadastradas no SICARFmunicipal, conforme orientações do instrutivo (SESAB, 2011). Já as propostas de abrangência estadual e nacional tinham limites quantitativos para serem inseridas no sistema.

No art. 2º do Regimento da 14ª Conferência Nacional de Saúde (CNS, 2011), consta que as Conferências Estaduais de Saúde não incluirão propostas diferentes daquelas encaminhadas pelos municípios, base para discussão e aprovação do Relatório para a etapa nacional. Cada município pôde inserir até dez propostas por

subeixo de abrangência estadual/nacional no SICARF municipal, totalizando 30 propostas, sendo 10 de cada subeixo, conforme parágrafo único, artigo 7º. referente ao item “Metodologia” (CES, 2011a). Com a ressalva de que as propostas devessem abarcar aspectos de suma relevância para a melhoria das condições de saúde e de vida de toda a população (SESAB, 2011).

O SICARFmunicipal apresentava também nove categorias temáticas, a saber: Gestão, Atenção Básica, Atenção às Urgências, Atenção Especializada, Assistência Farmacêutica, Vigilância e Proteção da Saúde, Saúde do Trabalhador e Intersetorialidade. Essas categorias temáticas trariam relações com as propostas inseridas. A importância de categorização das propostas, ainda realizada pelos municípios foi “essencial para que a equipe de relatoria da 8ª. CONFERES realizasse a consolidação das mesmas, elaborar o caderno de propostas e organizar as salas de debate para o evento” (SESAB, 2011, p. 6). No final do instrutivo, havia um glossário para ajudar os usuários do sistema a entender qual a melhor categoria temática que a proposta se encaixava. Além disso, “as categorias temáticas são transversais aos 3 subeixos propostos uma vez que direta ou indiretamente elas serão abordadas durante os debates nas conferências municipais de saúde” (Ibid., p. 6).

O Regimento Interno da 8ª. CONFERES no Capítulo IV, referente ao item **Metodologia**, Artigo 6º., (2011a, p. 2), cita que “será constituída uma equipe de relatores proposta pela Comissão Organizadora da 8ª Conferência Estadual de Saúde”. Esta equipe de trabalho foi composta por todos os membros da equipe do setor de planejamento da SESAB, incluindo os residentes em saúde da família do ISC-UFBA e os estudantes do B.I. do mesmo instituto.

Para análise coletiva das 7.742 propostas municipais, no intuito de elaborar o Caderno de Propostas da 8ª. CONFERES e para obter um resultado de 413 propostas-síntese distribuídas entre estaduais e nacionais, foi necessário a conformação de uma equipe de 24 pessoas que, em dedicação exclusiva no período de 15 dias úteis realizaram a etapa primeira de análise das propostas.

Esta equipe se organizou em uma sala de treinamento que pertencia ao DMA-SESAB, o qual foram disponibilizados 10 computadores em rede, onde duplas de pessoas eram identificadas em cada computador. Existiam 4 monitores que ajudavam as duplas quando surgiam dúvidas na análise das propostas. Toda equipe de análise foi treinada previamente através de uma metodologia passo-a-passo que se encontra no ANEXO C desenvolvida pela equipe do setor de planejamento da SESAB. Havia

uma escala de monitores, bem como da equipe de análise. Toda análise consistiu em uma estrutura organizacional (passo-a-passo), bem como o salvamento nos computadores em rede, pois qualquer problema que surgisse nos arquivos poderia atrasar toda a equipe.

A equipe de trabalho coordenada pelo Setor de Planejamento da SESAB analisou as propostas e categorizou-as de acordo com o quadro passo-a-passo a seguir (**Quadro 3**):

Quadro 3 - Passo-a-passo de sistematização das propostas das conferências municipais para elaboração do Caderno de Propostas da 8ª. CONFERES. Salvador, 2011.

ETAPA I – ANÁLISE DE PERTINÊNCIA DAS PROPOSTAS
<ol style="list-style-type: none"> 1. Acesso ao SICARF para construção de planilhas por município e data de validação das propostas 2. Leitura e análise de todas as propostas de acordo com a abrangência; 3. Somente as propostas de âmbito nacional e estadual continuavam a serem analisadas; 4. Classificação das propostas conforme categoria temática e subeixo; 5. Classificação das propostas segundo as diretrizes construídas.
ETAPA II - LEITURA E ANÁLISE DAS PROPOSTAS DE CADA TEMA
<p>Neste passo buscou-se identificar a “ideia central” de cada proposta:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. A geração de possíveis “propostas-mãe” que guardassem semelhança entre as mesmas, criando agrupamento das mais próximas. Na geração de cada “proposta-mãe”, buscava-se definir um título comum que contemplasse a essência das propostas. 2. Sistematização das propostas – por “proposta-mãe”. 3. As propostas passavam a ter uma redação que abarcasse a ideia central, porém respeitando as diferenças por território identidade – lógica da regionalização segundo a Secretaria de Planejamento do Estado da Bahia). 4. Síntese dos fundamentos apresentados com as propostas originais; 5. Revisão da lista de propostas; 6. Registro dos códigos das respectivas propostas – de 01 a 413 de acordo com a Diretriz.

Fonte: SESAB, OPAS, 2012 (adaptada).

O SICARFmunicipal disponibilizava as planilhas de propostas municipais por Território Identidade, Diretorias Regionais de Saúde e município em Excel, portanto

toda análise era manual, por isso a necessidade de elaborar um **instrutivo de consolidação das propostas municipais** que se encontra no ANEXO C. Este instrutivo foi testado pela equipe da ASPLAN-COPE e sofreu algumas alterações até ser finalizado e repassado para a equipe de análise.

A sistematização das propostas das Conferências Municipais de Saúde com vistas a elaboração do PES 2012 – 2015 foram realizadas agregando-as como **propostas-síntese** (propostas que coincidiam em seu sentido) em grandes temas/demandas, cujo os temas foram Atenção Básica, Atenção às urgências, saúde mental, assistência farmacêutica, vigilância e proteção à saúde, atenção especializada e Gestão do sistema.

A todo o momento da análise, membros do Conselho Estadual de Saúde visitavam os trabalhos para acompanhamento e conferir a organização e o cuidado na análise no intuito de preservar os reais sentidos das propostas vindas de diversos delegados das conferências municipais de saúde do Estado.

Para a 8ª Conferência Estadual de Saúde foram analisadas 7.742 propostas encaminhadas por 409 municípios baianos (98% de participação), as propostas foram consolidadas e sistematizadas para compor o **Caderno de Propostas da 8ª CONFERES do Estado da Bahia**. Caderno que subsidiou as discussões sobre as Políticas Públicas na Bahia (CES, 2011b).

A confecção final do Caderno partiu de um trabalho coletivo da Comissão de Relatoria da 8ª Conferência Estadual de Saúde. Comissão composta por conselheiros do Conselho Estadual de Saúde, membros da equipe do setor de planejamento da SESAB, residentes do Instituto de Saúde Coletiva e da Universidade do Estado da Bahia, estudantes de graduação do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde e do Bacharelado em Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

O Caderno de Proposta da 8ª CONFERES representa a sistematização e consolidação das propostas emanadas do processo de participação e do controle social das esferas municipais ocorridas no Estado da Bahia. O estímulo feito pela SESAB e CES para que os municípios realizassem suas conferências de saúde, resultando em 99,76% de municípios que realizaram conferências de saúde e a consolidação de 413 propostas-síntese. Simboliza também, naquele ano, o desenvolvimento e o amadurecimento da sociedade baiana no que diz respeito às discussões e deliberações democráticas sobre as políticas públicas de saúde.

O Caderno de Propostas da 8ª. CONFERES, foi organizado em: subeixos,

diretrizes, propostas, sendo que existe o eixo central definido pelo Conselho Nacional de Saúde. Além disso, após cada subeixo temático proposto pelo Conselho Nacional de Saúde e publicizado em regimento interno específico existiam **textos** que forneciam conteúdos estratégicos para auxiliar os delegados durante os debates nas plenárias temáticas. As diretrizes e propostas-síntese foram elaboradas a partir da análise das propostas municipais advindos do SICARFmunicipal, sendo que as Diretrizes foram propostas da equipe de relatoria e aprovadas pela Comissão Organizadora da 8ª. CONFERES. A organização da estrutura do Caderno encontra-se na **Figura 3**.

Figura 3 - A organização dos Caderno de Propostas da 8ª. CONFERES.



Fonte: Elaborado pela autora.

O **Quadro 4** demonstra a quantificação dos subeixos e as respectivas diretrizes, bem como a localização das 413 propostas-síntese. Foram agregados 5 (cinco) diretrizes ao subeixo III, uma vez que o mesmo contemplou cerca de 70% (69,98%) das propostas-síntese. Neste sentido, o **subeixo III** ficou em primeiro lugar em quantidade de propostas encaminhadas pelos municípios através do SICARFmunicipal, o **subeixo I** em segundo lugar com 21,3% de propostas-síntese agregadas e o **subeixo II** em terceiro na preferência com 8,7% de propostas-síntese agregadas.

Quadro 4 - A organização das 413 propostas-síntese em subeixos e diretrizes da 8ª. Conferência Estadual de Saúde.

SUBEIXOS	DIRETRIZES	Nº. DE PROPOSTAS-SÍNTESE ESTADUAIS	No. DE PROPOSTAS-SÍNTESE NACIONAIS
SUBEIXO I - Políticas Públicas, Política de Saúde e Seguridade Social: os desafios da implementação dos princípios da integralidade, universalidade e equidade.	Diretriz 1 - Fortalecer o SUS enquanto política pública e componente da seguridade social, capaz de assegurar por meio da intersetorialidade, a efetiva melhoria da situação de saúde da população, em busca de uma sociedade saudável.	47	41
	Diretriz 2 - Consolidar a participação e o controle social, assegurando o protagonismo da sociedade na condução do SUS. Fortalecer a representatividade dos diferentes segmentos sociais nas conferências e conselhos e construir uma agenda estratégica para a consolidação do SUS.	24	12
SUBEIXO II - Participação, Controle Social e Incremento à Ação Comunitária.	Diretriz 3 - Garantir o financiamento do SUS com fontes estáveis, de modo a garantir um padrão elevado de efetividade e qualidade, assegurando a participação proporcional e equânime das três esferas de governo	45	31
	Diretriz 4 - Expandir o acesso a serviços de qualidade em todos os níveis de atenção, assegurando uma oferta equânime entre as diferentes regiões e reduzindo paulatinamente a ocorrência da “dupla porta”, que diferencia o acesso de usuários do SUS e do sistema privado.	59	44
	Diretriz 5 - Assegurar a primazia do interesse público na relação do SUS com a Iniciativa privada, reconhecendo seu significativo caráter complementar na oferta de serviços de saúde. Instituir meios e casos de controle e regulação pelo SUS, reduzindo progressivamente os subsídios públicos aos planos e seguros privados de saúde.	04	06
	Diretriz 6 - Promover uma gestão e ciente do sistema de saúde, com autonomia e responsabilização de dirigentes e profissionais, fortalecendo a regionalização e o planejamento integrado.	32	19
	Diretriz 7 - Desenvolver uma Política de Gestão do Trabalho e Educação Permanente em Saúde que promova a autonomia profissional e fortaleça o compromisso social e ético dos trabalhadores da saúde.	29	20
SUBEIXO III - Os Desafios da Gestão do SUS para a Reorientação do Sistema de Saúde: Intersetorialidade, Financiamento, Pacto pela Saúde, Relação Público x Privado, Gestão do Sistema, do Trabalho e da Educação em Saúde.			

Fonte: Elaborado pela autora.

Em se tratando das propostas estaduais e nacionais distribuídas em subeixos e diretrizes, a **Diretriz 4** localizada **no subeixo III**, concentrou a maioria das propostas que tinham em sua expressão a palavra **acesso**, tanto para as propostas de abrangência estadual como para nacional. Esta evidência leva a crer que o componente **acesso ao SUS** ainda é a maior demanda a ser **respondida** em ações pelo Estado.

Segundo Assis e Jesus (2012), o acesso aos serviços de saúde tem sido objeto de análise na literatura internacional, principalmente no contexto da crise econômica que se instalou na última década, acirrando a existência de barreiras aos usuários, como é o caso das filas para marcações de consultas, do atendimento e da escassez de estratégias para sua superação. Os autores ainda afirmam “que as desigualdades de acesso encontram-se como um dos principais problemas a serem enfrentados para que o SUS funcione efetivamente, conforme as diretrizes e os princípios estabelecidos” (ASSIS; JESUS, 2012, p. 2868). Poder-se-ia investigar mais profundamente a categoria acesso, porém foge ao propósito deste artigo.

Em busca de **Cadernos de Propostas** no *google* com descritores “cadernos” e “propostas” e “estado” e “conferência” e “saúde”, não foram apresentados resultados, indicando que a publicização desses **cadernos** de forma *on line*, a princípio, não é uma prática comum, diferente da experiência do CES-Bahia em já publicizá-lo antes da realização da 8ª. CONFERES.

As 413 propostas discutidas e aprovadas com ou sem destaque nas plenárias temáticas foram submetidas para a plenária final da 8ª Conferência Estadual de Saúde de acordo com o seu regimento. Entretanto, 24 (vinte e quatro) propostas originais do caderno de propostas foram votadas com o destaque de supressão total, por isso, encontram-se excluídas neste documento.

Dentre as 24 propostas-síntese suprimidas na plenária final, 14 (quatorze), 58,33% eram de abrangência nacional e concentrando-se no subeixo III, Diretriz 7. Dentre as propostas estaduais suprimidas, a Diretriz 6 foi a que houve maior concentração.

Todas as propostas de abrangência estadual e nacional foram votadas, sendo que as propostas de abrangência nacional foram priorizadas, em número de 35 (trinta e cinco), isto é, 5 (cinco) propostas-síntese por diretriz, para integrarem ao Caderno de Propostas da 14ª Conferência Nacional de Saúde.

As 35 propostas priorizadas para a 14ª Conferência Nacional de Saúde encontram-se em destaque ao final deste documento. Algumas propostas sofreram correções de português como concordância verbal e nominal, além do uso adequado de proposições e demais correções ortográficas. As propostas que foram aprovadas com destaque receberam um grifo em vermelho denominado '**APROVADO COM DESTAQUE**' e aquelas propostas aprovadas sem destaque não receberam grifo especial neste documento, ou seja foram mantidas os formatos originais conforme divulgado no Caderno de Propostas (CES, 2011c, p. 2).

O Relatório das Plenárias Temáticas e Final da 8ª. CONFERES (CES, 2011c) contém a **Carta da Bahia** aprovada pelos delegados participantes de 8ª. CONFERES e que apontava “os caminhos a serem trilhados pela Reforma Sanitária da Bahia e do Brasil, no sentido da consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) no marco da Seguridade Social” (Ibid., 2011c, p. 7) e as propostas aprovadas com ou sem destaque, bem como as propostas de abrangência nacional priorizadas encontram-se distribuídas entre os eixos, subeixos e diretrizes.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As participações sociais em espaços legítimos de diálogos, como as conferências de saúde, proporcionam momentos singulares de debates ao direito à saúde. Entretanto, o processo organizacional de uma conferência estadual que reúne todos os delegados e delegadas eleitas das conferências municipais requer coerência e acolhimento às diferentes demandas propositivas do contexto de vida desses sujeitos.

Criar um sistema de captação dessas demandas com o objetivo principal de consolidar as diversas vozes propositivas para um fim coletivo culminou em diversas análises com transparência e registro documental, bem como identificação de demandas que a participação social mais vibra pelo fortalecimento, culminando em ato democrático e legítimo.

O SICARFmunicipal foi considerado como estratégia de apoio organizativo e preparatório das conferências de saúde que de forma transparente e responsável prontificou-se a registrar as demandas sociais. Descrever o seu processo de elaboração e execução, confirmou que foi participativo, destacando a sua importância

para ampliação e desenvolvimento de futuros modos de captação de demandas pelo Estado, entre as diversas formas de espaços legítimos de escuta social.

Além disso, os diversos produtos advindos deste sistema impulsionaram a organização e publicização das demandas com transparência e solidez nas análises, bem como uma fonte segura para processos futuros de planejamento e acompanhamento pelos conselheiros do Estado.

O desafio concentra-se em que os mesmos sujeitos ativos das conferências de saúde possam disseminar o ato democrático de direito à saúde para outros sujeitos de tal forma que as demandas eleitas tornem-se práticas concretas no cotidiano da vida das pessoas.

REFERÊNCIAS

ASSIS, M. M. A; JESUS, W. L. A. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciência & Saúde Coletiva . Rio de Janeiro** Vol. 17, Ed. 11, _ Nov. 2012, p. 2865-2875. DOI:10.1590/S1413-81232012001100002. Disponível em: <https://search.proquest.com/openview/89d919232f0260aeb412b1411329b3bd/1.pdf?pq-origsite=gscholar&cbl=2034998>. Acesso em: 23 marc. 2015.

CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE – CES. Regimento Interno da 8ª Conferência Estadual de Saúde. Aprovada na 176ª Reunião Ordinária do Conselho Estadual de Saúde. Realizada no dia 26 de maio de 2011a.

CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE (CES). Caderno de Propostas da 8ª. Conferência Estadual de Saúde. 2011b. Disponível em: http://www.saude.ba.gov.br/images/Arquivos/Conferes/caderno_propostas.pdf. Acesso em: 10 de março de 2015.

CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE (CES). Relatório das plenárias Temáticas e final da 8a. Conferência Estadual de Saúde do Estado da Bahia. Comissão de Relatoria da 8a. CONFERES. Setembro, 2011c. 66 p.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE – CNS. Regimento Interno da 14a. Conferência Nacional de Saúde aprovado na 218ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, realizada no dia 17 DE FEVEREIRO DE 2011b. Brasília. 2011, 9 p.

SCOREL, S; MOREIRA, M.R. Participação social. *In: Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Giovanella, L.; Scorel, S; LOBATO, L.V.C, NORONHA, J.C, CARVALHO, A. I. (organizadores). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008. p. 979-1010. <http://www.seplan.ba.gov.br/planejamento/instrumentos-orcamentarios/ppa-participativo>>. Acesso em: 10 out 2012.

LUZ, M. T. Demanda em saúde: construção social no campo multidisciplinar da saúde coletiva. *In: Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde*. Roseni Pinheiro e Ruben Araújo de Mattos (org.). Rio de Janeiro: CEPESC. 2006. p. 27 -34.

MARCONI, M.A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 7.ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MERHY, E.E. O conhecer militante do sujeito implicado: o desafio de reconhecê-lo como saber válido. *In: Acolher Chapecó: uma experiência de mudança do modelo assistencial, com base no processo de trabalho*. Franco, T.B. et al (org.). São Paulo: Hucitec, 2004. Disponível em: <<http://site.ims.uerj.br/pesquisa/ccaps/?p=1015>>. Acesso em: 10 set 2016.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Conselho Nacional de Saúde. Relatório consolidado para a 13ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.82 p. – (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento de Informática do SUS – DATASUS. Acesso a página do Sisconferência. Disponível em: www.sisconferencia.saude.gov.br. Acesso em: 20 de julho de 2015. Site.

NORONHA, J.C.; Lima, L.D.; Machado, C.V. O Sistema Único de Saúde - SUS. *In: Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Giovanella, L.; Escorel, S; LOBATO, L.V.C, NORONHA, J.C, CARVALHO, A. I. (organizadores). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008. p. 435-72.

PINHEIRO, R. *et al*. Demanda em Saúde e Direito à Saúde: Liberdade ou Necessidade? Algumas Considerações Sobre os Nexos Constituintes das Práticas de Integralidade *in: Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. PINHEIRO, R. e MATTOS, R. A. (organizadores) 2ª ed. – Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: ABRASCO, 2005. 308p.

POMPONET, A. S. **Plano plurianual participativo 2008-2011 na Bahia: uma análise**. Salvador: A. S. Orientadora: Profa. Dra. Elizabeth Matos Ribeiro Dissertação (mestrado) Salvador: Universidade Federal da Bahia Escola de Administração, 2012, 140 p.

SECRETARIA DE PLANEJAMENTO DO GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA – SEPLAN. Sistema do PPA participativo. Disponível em <<http://www.seplan.ba.gov.br/planejamento/instrumentos-orcamentarios/ppa-participativo>>. Acesso em: 03 marc. 2015.

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA – SESAB. Instrutivo às comissões organizadoras das conferências municipais de saúde para registro e envio *on line* dos relatórios finais para a 8ª. Conferência Estadual de Saúde (SICARF municipal). 2011, p. 21.

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA – SESAB/ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE – (OPAS/OMS). Documento técnico contendo a proposta

metodológica de sistematização das conferências municipais de saúde com vistas a elaboração do Plano Estadual de Saúde 2012-2015. Relatório Técnico. 2012

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE SANTA CATARINA (Santa Catarina).
SIACON - Sistema de Apoio às Conferências. [S. l.: s. n.], 2015. Disponível em:
<http://www.saude.sc.gov.br/index.php/noticias-geral/todas-as-noticias/1626-noticias-2015/4645-siacon-ficara-disponivel-dias-5-e-6-de-agosto-para-envio-de-propostas>.
Acesso em: 7 jun. 2016.

ARTIGO 2: O PROCESSO DE APROPRIAÇÃO DAS DEMANDAS DAS CONFERÊNCIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE PARA A ELABORAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA 2012-2015.

RESUMO

ARTIGO 2: O PROCESSO DE APROPRIAÇÃO DAS DEMANDAS DAS CONFERÊNCIAS DE SAÚDE PARA A ELABORAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA 2012-2015.

Gladys Reis de Oliveira¹⁰

Washington Luiz Abreu de Jesus¹¹

O processo de elaboração de um Plano de Saúde é de grande importância para a gestão do SUS, especialmente no que tange ao financiamento das ações em saúde, bem como o planejamento e monitoramento dessas ações. Portanto, elaborar políticas públicas de acordo com as reais necessidades e demandas da sociedade torna este instrumento de gestão mais fidedigno com a realidade social. Portanto, o referido estudo retrata a análise de apropriação das demandas das conferências de saúde para elaboração do Plano Estadual de Saúde 2012-2015 cuja metodologia selecionada foi análise de conteúdo. O processo de apropriação das demandas das conferências de saúde para a elaboração do plano de saúde do estado da Bahia 2012-2015 consistiu em um complexo processo de incorporação de diversos movimentos de planejamento, naquele momento representando um avanço para o movimento de gestão participativa.

Palavras-chave: Planejamento Participativo. Planos de Saúde. Conferências de saúde. Demandas da Sociedade.

¹⁰ Enfermeira Sanitarista. Especialista em Gestão de Tecnologias de Saúde e em Medicina Social. Mestranda do Curso de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da UEFS.

¹¹ Doutor em Saúde Pública (ISC-UFBA). Mestre em Saúde Coletiva (UEFS). Professor Adjunto da Universidade Federal de São Carlos, área de Saúde da Família e Comunidade. Professor Permanente do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da UEFS (Mestrado Profissional). Professor Colaborador do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva do ISC/UFBA (Mestrado e Doutorado Acadêmico). Professor Colaborador do Programa de Pós-graduação em Gestão da Clínica (UFSCar).

ABSTRACT

THE PROCESS OF APPROPRIATION OF THE DEMANDS OF HEALTH CONFERENCES FOR THE PREPARATION OF THE BAHIA STATE HEALTH PLAN 2012-2015.

The process of elaborating a Health Plan is of great importance for the management of the SUS, especially with regard to financing health actions, as well as the planning and monitoring of these actions. Therefore, designing public policies in accordance with the real needs and demands of society makes this management tool more reliable with social reality. Therefore, this study portrays the analysis of appropriation of the demands of the health conferences for elaboration of the State Health Plan 2012-2015 whose methodology selected was content analysis. The process of appropriating the demands of the health conferences for the elaboration of the Bahia state health plan 2012-2015 consisted of a complex process of incorporation of several planning movements at that moment representing a breakthrough for the participatory management movement.

Keywords: Participatory Planning. Health Plans. Health Conferences. Demands of the Society.

1 INTRODUÇÃO

Após mais de vinte anos da instituição do SUS, as Políticas de Saúde no Brasil mostram importantes avanços institucionais culminando na ampliação do acesso da população aos serviços públicos de saúde (SOUZA; COSTA, 2010).

Giovanella e Lobato (2008), consideram a Política Pública como o Estado em ação, do processo de construção de uma ação governamental para um setor, o que envolve recursos, atores, arenas, ideias e negociação. Paim e Teixeira (2006) definem Políticas Saúde como uma resposta, ação ou omissão de uma organização (Estado) para a sociedade diante da situação de saúde dos indivíduos e das populações: considerando seus determinantes sociais, bem como a produção, distribuição, gestão e regulação de bens e serviços que afetam a saúde humana e o meio ambiente.

Portanto, a importância da formulação de Políticas Públicas deve-se, principalmente, por esta ser a devolutiva do Estado, à sociedade, referente às condições de saúde e seus determinantes através da formulação de propostas e definição de prioridades para a ação do poder público.

Para atingir tais objetivos é imprescindível que as Políticas Públicas sejam elaboradas contendo informações precisas, com objetivos bem formulados de modo a conduzir, com eficiência, as ações de saúde na construção de um sistema digno aos cidadãos (WHO, 1978). Em se tratando da SESAB, foi proposto que a formulação de políticas tivesse como base as propostas da Conferência Estadual de Saúde, organizadas no Plano Estadual de Saúde 2012-2015.

O Plano de Saúde (PS) é um instrumento básico de planejamento que deve representar as intenções e os resultados a serem buscados por um período de 4 anos, expressos em objetivos, diretrizes e metas. É por meio do Plano que são identificados os principais problemas de saúde da população e são propostas as soluções para eles. Contudo, para que sejam contempladas as reais necessidades da população é importante que ela participe ativamente do processo de planejamento por meio de seus representantes no Conselho de Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

A Lei 8080/90 dedica o seu Capítulo III ao planejamento e orçamento. No primeiro artigo desse Capítulo, é estabelecido o processo de planejamento e orçamento do SUS, que “será ascendente, do nível local até o federal, ouvidos seus órgãos deliberativos, compatibilizando-se as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos municípios, dos

estados, do Distrito Federal e da União” (BRASIL, 1990 apud BRASIL, 2009). Essa lógica de formulação ascendente é um dos mecanismos relevantes na observância do princípio de unicidade do SUS. O seu cumprimento é desafio importante, tendo em conta as peculiaridades e necessidades próprias de cada município, estado e região do País, o que dificulta a adoção de um modelo único aplicável a todas as instâncias (Ibid., 2009, p. 17)

Observa-se, portanto, que o processo de elaboração de um Plano de Saúde é de suma importância para a gestão do SUS, especialmente no que tange ao financiamento das ações em saúde e o planejamento e monitoramento dessas ações. Portanto, elaborar políticas públicas de acordo com as reais necessidades e demandas da sociedade torna o plano de saúde mais fidedigno com a realidade social.

Para o Estado da Bahia, mais especificamente a representação governamental da Secretaria de Saúde do Estado, traz a experiência em incorporar as demandas das conferências de saúde durante a elaboração do Plano Estadual de Saúde 2008-2011, confirmando assim o acolhimento do caráter deliberativo que esses espaços proporcionam no planejamento em saúde no Estado (JESUS; TEIXEIRA, 2010).

Esta experiência traz uma antecipação positiva das práticas de incorporação de uma gestão participativa que se denominaria a posteriori como uma política nacional denominada como Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS – ParticipaSUS - que imbui nos conselhos e conferências de saúde a importância no planejamento de governo cujo o objetivo é

agregar legitimidade às ações de governo, criando sustentação para os programas e políticas propostas, assegurando a inclusão de novos atores políticos e possibilitando a escuta das necessidades por meio da interlocução com usuários e entidades da sociedade, ampliando, desse modo, a esfera pública e conferindo maior densidade ao processo de redemocratização da sociedade brasileira (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009, p. 09).

O contexto político a partir do ano de 2007 se tornou favorável com mudança da gestão governamental ocasionando um clima de fortalecimento das políticas públicas instituídas, renovação e formulação de outras nos âmbitos estadual e municipal. Todo esse movimento foi apoiado pelo Sistema de Planejamento em Saúde – PlanejaSUS – conduzido pelo Ministério da Saúde que instituiu o planejamento como cultura organizacional nas esferas públicas de saúde, proporcionando o

fortalecimento e elaboração dos instrumentos de gestão de forma ascendente, com participação social (JESUS; TEIXEIRA, 2010).

O PlanejaSUS foi instituído pelo Ministério da Saúde, no ano de 2009, em conjunto e estrategicamente com a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa do SUS, o ParticpaSUS. Portanto, o contexto nacional e estadual influenciou e fortaleceu a escuta das demandas sociais nos espaços deliberativos das conferências de saúde, agregando-as como políticas nos instrumentos de gestão do Estado.

Sendo assim, a 8ª. Conferência de Saúde do Estado da Bahia surge em um contexto favorável de um planejamento mais participativo e deliberativo, no ano de 2011. As demandas advindas das conferências municipais de saúde e estadual trouxeram para a equipe de planejamento da SESAB uma oportunidade em incorporá-las na elaboração do Plano de Saúde 2012-2015:

Além da análise de situação de saúde (ASIS), utilizaram-se bancos de dados construídos com base nas propostas advindas das Conferências Municipais de Saúde (7.500 propostas) e das plenárias territoriais do PPA participativo (350 propostas). Essas propostas, já pré-categorizadas no SICARFmunicipal, foram sistematizadas por “compromisso” e subsidiaram o processo de validação e priorização das iniciativas e, conseqüentemente, o delineamento das ações que compõem este plano (SESAB, 2012, p. 103).

O SICARFmunicipal foi um sistema pioneiro e *on line* de captação e pré-categorização das demandas das conferências municipais e estadual de saúde. Este sistema teve o propósito de apropriação das referidas demandas para elaboração de um consolidado classificado em âmbitos estadual e nacional.

Portanto, o referido estudo retrata a análise de apropriação das demandas das conferências de saúde para elaboração do Plano Estadual de Saúde 2012-2015, a partir do SICARFmunicipal, isto é, em que medida este processo foi desenvolvido.

2 MÉTODO

A análise documental é suficiente para esclarecer as motivações propostas para este artigo. Os autores Lüdke e André (1986) enfatizam que os estudos em documentos constituem uma fonte estável e rica, sendo possível sua consulta sempre

que necessário. Constituem-se também em uma fonte intensa de onde podem ser retiradas evidências, que baseiam afirmações e declarações do pesquisador, bem como permitindo ao mesmo tempo maior aproximação com o contexto em que as informações foram produzidas. Seu uso tem o custo baixo, pois requer apenas investimento de tempo e atenção para selecionar e analisar os documentos mais relevantes.

Os critérios para seleção dos documentos para análise consistiram em identificar todos aqueles que fizeram parte do processo de organização da 8ª. Conferência Estadual de Saúde, bem como aqueles que proporcionaram a elaboração do Plano Estadual de Saúde 2012-2015.

Referente aos documentos institucionais, a SESAB estabeleceu cooperação técnica com a Organização Pan-americana da Saúde constituindo como o seu principal parceiro, “pelo contínuo aporte técnico, administrativo e político”, principalmente pela disponibilização de apoio institucional na “produção de um conjunto significativo de documentos, metodologias e processos”, na área de planejamento em saúde (JESUS *et al*, 2013). Esses documentos foram fundamentais para a análise de consolidação das demandas das conferências que se integraram ao plano. O período de cooperação técnica se constituiu entre os anos de 2007 a 2010.

Sendo assim, os critérios de seleção dos documentos institucionais e produtos de cooperação técnica para análise consistiu em terem sido produzidos no processo de planejamento desenvolvido na SESAB até o ano de 2012, sob coordenação da ASPLAN/COPE e com estreita relação com o objeto proposto para a produção do referido artigo. O **Quadro 2** apresenta os documentos utilizados na análise documental desse estudo.

Quadro 02 - Lista das fontes utilizadas para a análise documental, discriminadas em documentos públicos e documentos produzidos por meio da cooperação técnica entre SESAB/OPAS-OMS. Salvador, 2011-2012.

1. Documentos publicizados pela 8ª. Conferência Estadual de Saúde	2. Documentos institucionais de planejamento em saúde	3. Relatórios de Cooperação Técnica SESAB/OPAS
1.1 Relatório das plenárias Temáticas e final da 8ª. Conferência Estadual de Saúde do Estado da Bahia. Comissão de Relatoria da 8ª. CONFERES. Setembro, 2011. 66 pg.	2.1 RBSP. Plano Estadual de Saúde (Gestão 2012-2015). Salvador: Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Trimestral, v.33, supl. 1, nov. 2012. ISSN 0100-0233	3.1 Organização Pan-Americana da Saúde – (OPAS/OMS). Documento técnico contendo Compromissos do PPA 2012-2015 com vistas à construção de Políticas Geracionais e de Promoção e Proteção da Saúde articuladas às propostas do PPA participativo e das Conferências Municipais de Saúde ocorridas em 2011.
1.2 Caderno de Propostas da 8ª. Conferência Estadual de Saúde	2.2 Plano Plurianual do Governo do Estado da Bahia - PPA 2012-2015. SEPLAN, 2011. Páginas 91 a 109. Acessado em: http://www.seplan.ba.gov.br/arquivos/File/ppa/PPA2012_2015/20120223_175245_PPA_2012_2015_Intenet.pdf	3.2 Organização Pan-Americana da Saúde – (OPAS/OMS). Documento Técnico Contendo A Sistematização Da Análise Da Situação De Saúde Da Bahia Articulada À Compatibilização Das Propostas Do PPA Participativo E Das Conferências Municipais De Saúde Ocorridas Em 2011
1.3 Instrutivo de utilização do SICARFmunicipal para encaminhamento dos relatórios finais das conferências municipais de saúde.	2.3 Planilha de análise das propostas do PPA participativo e estadual referente a saúde distribuídas em categorias e territórios identidade. SESAB e SEPLAN 2011.	3.3 Organização Pan-Americana da Saúde – (OPAS/OMS). Documento Técnico Contendo A Análise De Compatibilidade Dos Compromissos Do PPa 2012-2015 Com Vistas À Gestão Do Sistema, Gestão Do Trabalho E Educação Permanente Em Saúde E Gestão Democrática E Participativa Articuladas Às Propostas Do Ppa Participativo E Das Conferências Municipais De Saúde Ocorridas Em 2011
		3.4 Organização Pan-Americana da Saúde – (OPAS/OMS). Documento técnico contendo a análise de compatibilidade dos Compromissos do PPA 2012-2015 com vistas ao fortalecimento, ampliação e melhoria do acesso à Atenção Primária, Atenção de Média e Alta complexidade e Atenção Farmacêutica articuladas às propostas do PPA participativo e das Conferências Municipais de Saúde ocorridas em 2011.

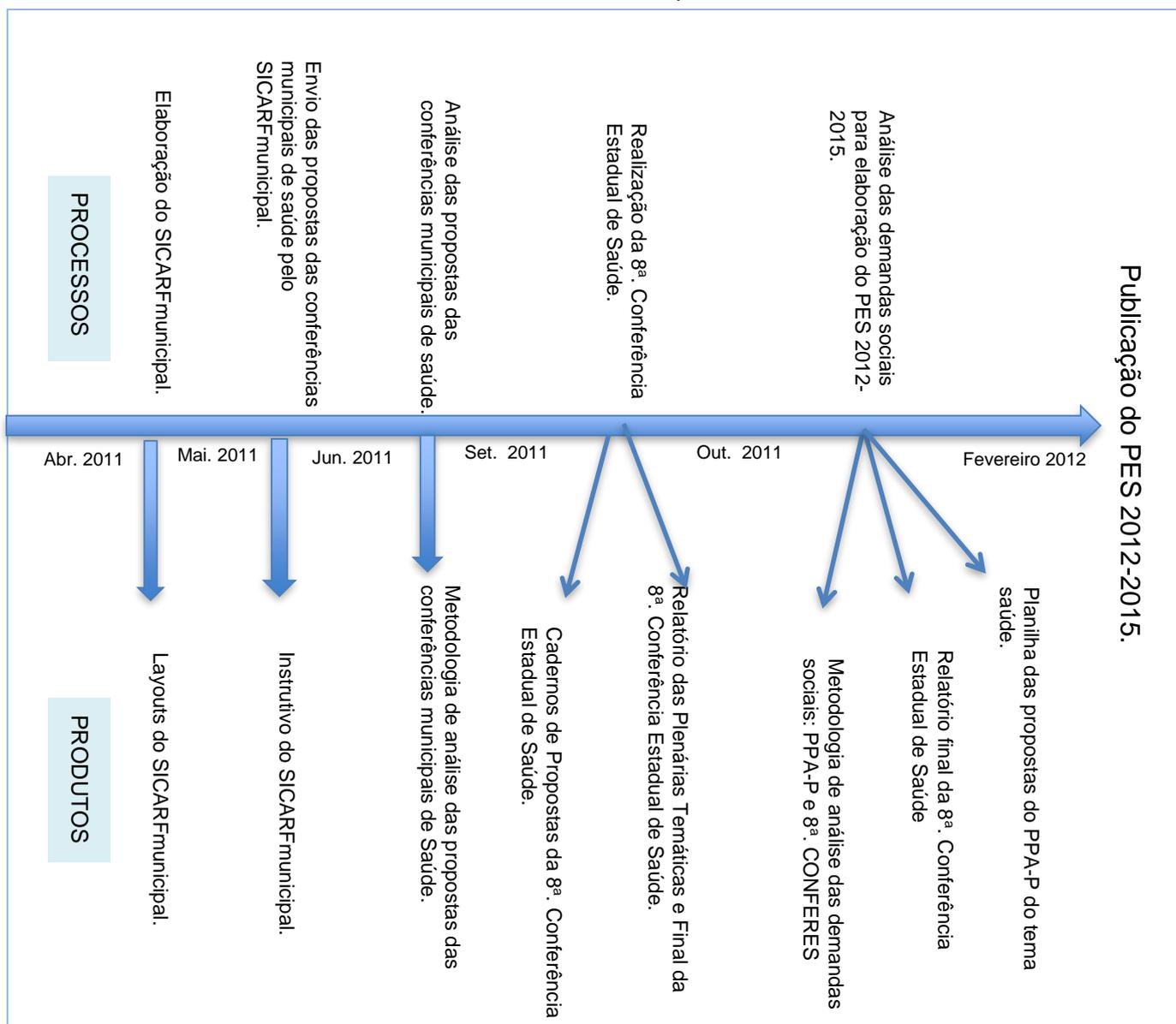
3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

3.1 Os passos metodológicos de elaboração do Plano de Saúde do Estado da Bahia 2012-2015

Os passos metodológicos para a elaboração do PES 2012-2015 consistiram em 2 (dois) movimentos: a consolidação da Análise da Situação de Saúde – ASIS identificando os principais problemas (focos de atenção) e a elaboração dos Compromissos do PES 2012-2015. Cada **movimento** de elaboração do PES 2012-2015 encontra-se explicitado a seguir.

Após intensa análise dos documentos institucionais de planejamento em saúde e os documentos de Cooperação Técnica SESAB/OPAS, foi elaborado uma linha do tempo identificando as diversas etapas do SICARFmunicipal no atendimento aos objetivos específicos desse estudo, o qual as análises encontram-se nos parágrafos em seguida (**Quadro 5**).

Quadro 5 – As contribuições do SICARFmunicipal para elaboração do PES 2012-2015: linha do tempo.



FONTE: Elaboração própria a partir da identificação e análise dos produtos institucionais disponíveis na SESAB.

3.2 Movimento I: Consolidação da Análise da Situação de Saúde – ASIS - identificando os principais problemas (focos de atenção).

A Análise da Situação de Saúde é a identificação, formulação, priorização e explicação dos problemas de saúde da população em uma determinada realidade e tem como objetivo identificar as necessidades sociais de saúde, determinar prioridades de ação e a definição das medidas a serem adotadas (TEIXEIRA, 2010).

Explicar a realidade por problemas permite o diálogo e a participação com setores populares, além de facilitar a aproximação entre técnicos e políticos. Na explicação da realidade temos que admitir e processar a informação relativa a outras explicações de outros atores sobre os mesmos problemas, isto é, a abordagem deve ser sempre situacional (Ibid., 2010).

A epidemiologia tem sido uma ferramenta bastante utilizada para definir as necessidades de saúde e auxiliar o planejamento dos serviços. É de vital importância constituir dentro da Secretaria da Saúde um serviço de informações em saúde que sistematize dados demográficos, de morbidade e mortalidade, cuja análise alimente o processo de planejamento e tomada de decisões do gestor.

Já a caracterização do sistema de saúde pode ser utilizado o Diagrama dos Componentes de um Sistema de Saúde” proposto por Klekowsky (1984) o qual Teixeira, Vilabôas e Jesus (2010) citam. Esses autores ainda referem que este “Diagrama” vem sendo adaptado por vários outros para adequação ao contexto do planejamento onde se estar inserido.

A partir da identificação dos problemas em cada componente ou “área-problema”, devem-se buscar informações que permitam a caracterização do problema em si mesmo, ou seja, se tratasse de insuficiências, má distribuição ou má utilização (de recursos), inadequação (organizacional) ou insuficiência de capacidade de gestão (de governo) para se garantir o alcance dos objetivos pretendidos pela política de saúde (TEIXEIRA, VILASBÔAS, JESUS, 2010, p. 58 e 59).

As grandes discussões que vêm sendo realizadas em torno da determinação social da saúde, nos contextos mundial, nacional e estadual, trazem uma concepção ampliada da saúde, em que os determinantes relacionados aos comportamentos

individuais e/ou às condições de vida e trabalho encontram-se estreitamente associados aos da macroestrutura econômica, social e cultural.

A identificação e análise dos problemas de saúde da população podem tomar como referencial os modelos explicativos do processo saúde-doença, em sua dimensão individual e/ou coletiva. Vale ressaltar que o enfoque da Clínica, ou seja, a simples identificação de agravos e doenças é insuficiente para subsidiar a análise dos problemas de saúde da população, o que exige a incorporação do enfoque epidemiológico e social (Ibid., 2010, p. 57 e 58).

No PES 2012 – 2015 (SESAB, 2012) encontra-se um quadro com aspectos que comparam a situação de saúde no Brasil na época e na Bahia, como: **indicadores demográficos e socioeconômicos** (taxa de desemprego, analfabetismo), **indicadores de estatística vital** (natalidade, mortalidade infantil, neonatal e infantil tardia etc.), **indicadores de atenção primária à saúde** (hipertensão e diabetes, desnutrição etc.), **indicadores de vigilância à saúde** (AIDS, hepatites, tuberculose, hanseníase, dengue) e no **Anexo D** encontra-se o perfil sintetizado da análise de situação de saúde do Brasil e da Bahia. Porém, para o Estado da Bahia foram identificados os seguintes focos de atenção (Ibid., 2012, p. 108 a 109):

- “Baixo nível de cobertura assistencial e qualidade do sistema e dos serviços de saúde no Estado”;
- “Elevada taxa de mortalidade infantil, principalmente no período neonatal”;
- “Elevados índices de morbimortalidade materna”;
- “Elevados índices de morbimortalidade por doenças e agravos transmissíveis (dengue, meningites, DST/AIDS, hepatites, tuberculose, hanseníase, esquistossomose, dentre outros) ”;
- “Elevados índices de morbimortalidades por causas externas (homicídios, agressões, suicídios, acidentes, dentre outros), principalmente na população de 15 a 39 anos”;
- “Progressiva elevação da morbimortalidade da população pelo consumo excessivo de álcool e uso de drogas ilícitas, a exemplo da cocaína e do crack”;
- “Progressiva elevação da morbimortalidade da população por doenças crônico-degenerativas (doenças do aparelho circulatório, doenças metabólicas e neoplasias) ”;
- “Ausência de políticas públicas efetivamente transversais, necessárias à promoção da saúde, bem-estar e proteção da sociedade”.

Os focos de atenção, além das propostas das conferências de saúde, também contribuíram para definição dos compromissos e entregas do PES 2012-2015 descritos no segundo movimento do Plano Estadual a seguir.

3.3 Movimento II: A elaboração dos Compromissos do PES 2012-2015

No ano de 2011 estavam ocorrendo 2 (dois) movimentos cíclicos e interdependentes de elaboração dos instrumentos de gestão: O Plano Estadual de Saúde e o Plano Plurianual de Saúde. Portanto, houve neste mesmo ano 2 (duas) consultas públicas no intuito de captar e planejar. Após análise, as demandas sentidas e declaradas da sociedade que foram: as conferências municipais de saúde e as plenárias territoriais temáticas (incluindo saúde) nos territórios identidade.

As propostas advindas dos PPAp sobre o tema saúde foram utilizadas com subsídios importantes, juntamente com a análise de situação de saúde para elaboração das **entregas** da SESAB e os compromissos. Enquanto ocorriam as oficinas com a equipe técnica para elaboração do PPA, as conferências municipais estavam ocorrendo e o SICARFmunicipal sendo **informados** pelas propostas aprovadas. Neste sentido e ao mesmo tempo, as propostas das conferências municipais, extraídas pelo sistema, eram utilizadas como conferência pela equipe de planejamento da SESAB, no ato da elaboração do PPA e do PES 2012-2015. Por isso, que ao visualizar o PPA 2012-2015 e o PES 2012-2015 realizou-se uma leitura praticamente equânime e só divergente apenas na utilização dos termos de cada instrumento conforme o quadro de conexões PPA e PES no **Anexo E**.

Jesus e Teixeira (2010) descreve que no ano de 2007 foi realizada a 7ª Conferência Estadual de Saúde e que dela foi originada um banco de “demandas-recomendações” da sociedade civil. Este banco de informações configurou em uma

Importante estratégia de escuta para orientar a elaboração do PES 2008-2011, sendo balizador dos problemas identificados na análise de situação de saúde e subsídio para as prioridades decorrentes das oficinas de construção do plano (Ibid., 2010, p. 101).

Neste mesmo ano aconteceram as oficinas do PPAp, porém não foram encontradas citações de sua utilização para a elaboração do PES 2008-2011, ao contrário do que ocorreu na elaboração do PES 2012-2015.

A experiência da incorporação das demandas sociais na formulação de políticas de saúde, no caso da Bahia, se caracterizou, segundo Rivera (1989) como

um processo interativo, com várias fases acontecendo de forma até repetidas e simultaneamente, e se embrincando mutualmente. Esta experiência, na prática, contraria a metodologia da CCPS a qual afirma que o processo de formulação de política é estanque (TEIXEIRA, 2010).

Os treze grandes **compromissos** do Governo do Estado, encontrados no PPA (a ser apresentado ao longo desse estudo), se apresentam como **objetivos gerais** no PES. Os objetivos anunciam o que se pretende fazer acontecer a fim de superar, reduzir, eliminar ou controlar os problemas identificados (SESAB; OPAS, 2012).

Os compromissos expressam uma **meta** para ser cumprida pelo órgão responsável e esta refere-se ao produto-fim, isto é, uma quantidade de um dado bem ou serviço a ser disponibilizado para o alcance do resultado pretendido para o Programa. As metas concretizam o objetivo no tempo e quantificam “o que”, “para quem” e “quando”. No PES conseguiremos definir os indicadores através das metas (SESAB, 2012, 20p.)

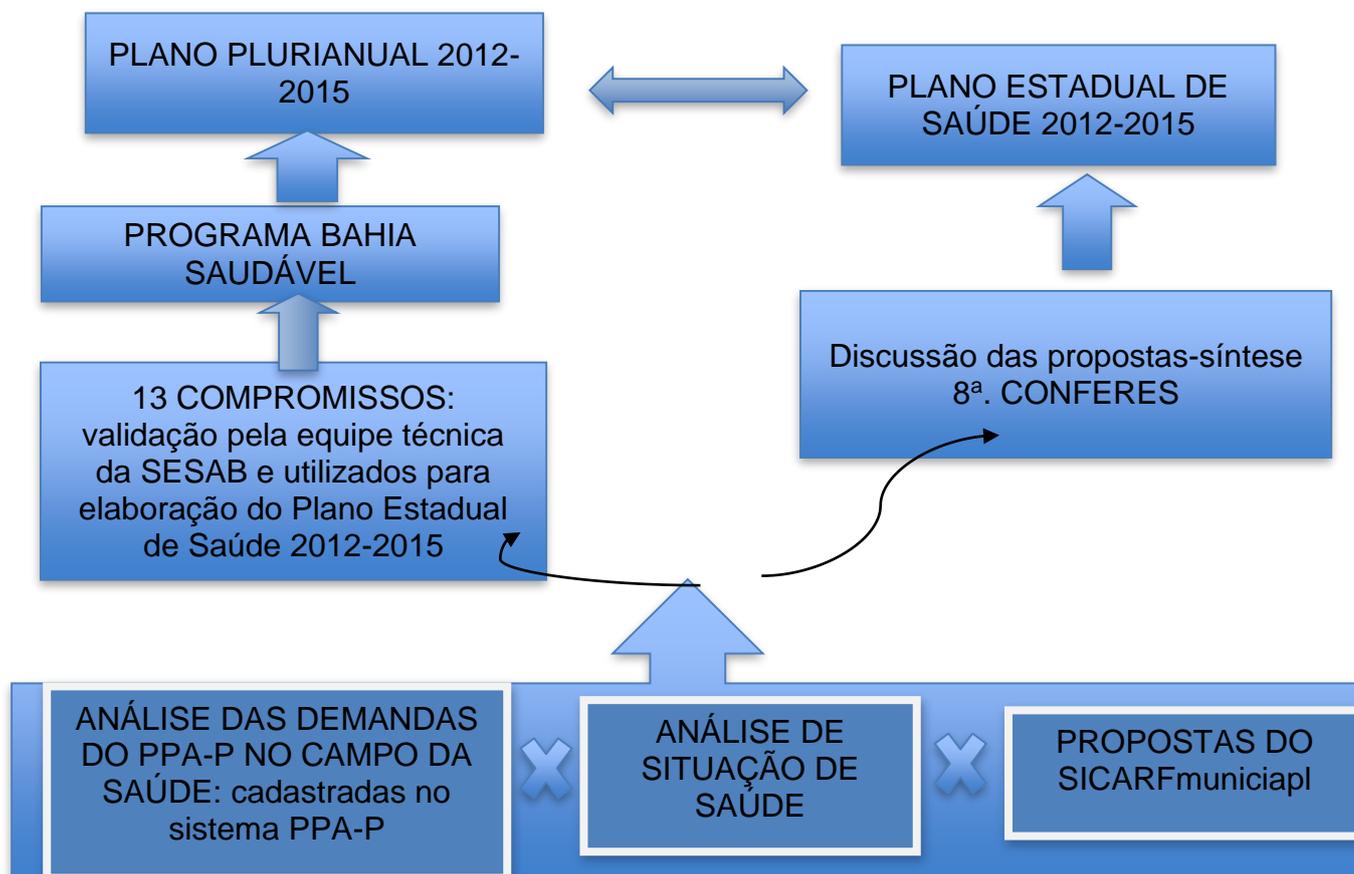
Um compromisso pode conter uma ou várias “entregas” e cada “entrega” é um produto-meio pelo qual o produto-fim é viabilizado. As entregas estarão diretamente relacionadas com as ações do PES (Ibid., 2012).

Acrescenta-se ainda enquanto diferencial, que durante a elaboração do PPA 2012-2015 foi elaborado como proposta de Programa Orçamentária o **Programa Bahia mais Saudável**. O sentido e defesa na elaboração desde programa (a partir do panorama da saúde, análise das propostas do PPA-P e das Conferências Municipais de Saúde) enquanto proposta, levou a comissão organizadora da 8ª. CONFERES a modificar o eixo central de discussão da Conferência Estadual em Saúde para **acesso e acolhimento no SUS – Desafios na construção de uma política saudável e sustentável**.

Com esta tomada decisão, houve algo inédito, pelo menos no Estado da Bahia onde o sentido da defesa por um Estado mais saudável e sustentável foi posto em consulta durante a 8ª. CONFERES, oportunizando aos delegados, a partir do eixo proposto e as propostas-síntese elaboradas (advindas das conferências municipais de saúde) a discutirem, modificarem e votarem.

Logo após a modificação e aprovação das propostas-síntese na 8ª. CONFERES as mesmas foram utilizadas para retificar ou ratificar os compromissos e entregas no PES e PPA 2012-2015 conforme descrito na **Figura 4**.

Figura 4 - Movimento cíclico e interdependente da elaboração do PPA 2012-2015 e PES 2012-2015.



Fonte: Ilustração pela autora a partir das leituras dos documentos técnicos da SESAB/OPAS.

A utilização de sistemas de informação para coleta de propostas em conferências estão sendo cada vez mais utilizados, como a experiência do Sistema de Informação do Plano Plurianual Participativo – PPAp, da Secretaria de Planejamento do Governo do Estado da Bahia (POMPONET, 2012).

O Plano Plurianual (PPA) é um instrumento de gestão pública que define diretrizes, objetivos e metas para os próximos quatro anos e detalhado anualmente nas Leis Orçamentárias. Com este documento, o governo estabelece suas prioridades e sabe como gastar melhor os recursos públicos.

Constitucionalmente, o PPA é um instrumento que estabelece, de forma regionalizada, as diretrizes, objetivos e metas da administração pública – federal, estadual e municipal - considerando as despesas de capital e outras delas decorrentes, e as relativas aos programas de duração continuada.

O PPA do Estado da Bahia foi constituído de forma participativa – **PPA Participativo** - estratégia utilizada pelo governo para apresentar à sociedade suas diretrizes estratégicas e ouvir o que a sociedade tem a dizer, quais são as suas necessidades, seus problemas e suas sugestões. O PPA-P subsidiou a elaboração do Plano Plurianual e foi coordenado pelas secretarias estaduais do Planejamento (SEPLAN), Relações Institucionais (Seri) e Desenvolvimento e Integração Regional (Sediar) (POMPONET, 2012)

Nele houve a criação de um sistema que **operava of line** nas regiões onde eram realizados os encontros do PPAp capturando as demandas da sociedade, e *on line* para que toda a secretaria de estado tivesse acesso aos seus temas pertinentes com as demandas sociais para fins de análise.

As plenárias foram realizadas entre abril e maio de 2011, nos 26 territórios de identidade, com participação de membros das entidades e poderes públicos, encarregados de representar a população do território (IPEA, 2012).

O lançamento das propostas de cada território foi realizada pela SGA através do sistema de captura de propostas (**Figura 5**), para que as Secretarias selecionassem quais propostas acolheriam.

As propostas da sociedade foram cadastradas, depois classificadas por eixo estruturante, núcleo temático e tema. Já inseridas em um sistema informatizado, passaram por uma análise crítica: entre os critérios observados está a objetividade da proposta, sendo verificadas aquelas que envolvem proposição de intervenção para o governo e/ou tenham objetivos claros ou mensuráveis, o que facilita a análise

pelas Secretarias. Como necessidade preliminar, foram consideradas as propostas que envolvam medidas que estejam contempladas no conjunto de atribuições previstas para o Plano Plurianual. No caso de propostas cujo conteúdo está contemplado em outra proposta apresentada no mesmo Território, fez-se a opção pela validação de apenas uma delas, racionalizando o processo ao evitar que as Secretarias trabalhem com muitas propostas com o mesmo conteúdo (IPEA, 2012, p. 35).

Ainda assim, foi citado como relevante o número de demandas incorporadas no PPAp. Caso as propostas não fossem incorporadas, cada Secretaria teria que fazer um relatório, justificando por que não incorporou determinada demanda territorial. Essas informações eram passadas à Diretoria de Planejamento Territorial -DPT, que se encarregava de dar respostas aos territórios sobre a aceitação ou não das propostas (Ibid., 2012).

Durante a escuta social foram cadastradas 3.288 propostas, sendo 2.996 delas oriundas de representantes da sociedade e 292 colhidas de grupos institucionais. Desse universo, 1.952 propostas foram validadas pela SEPLAN e disponibilizadas para as setoriais (secretarias do governo do estado) que, por sua vez, analisaram e incorporaram aquelas que respondiam aos critérios técnicos e legais do PPA, bem como as funções de cada órgão responsável (IPEA, 2012).

A construção do PPA-P possibilitou identificar regionalmente as demandas de todas as áreas, dentre essas, as de saúde, e conforme o preconizado no **Decreto Nº. 7.508/2011** que sinaliza o Mapa da Saúde como dispositivo a ser utilizado na identificação das necessidades de saúde e orientará o planejamento integrado dos entes federativos, contribuindo para o estabelecimento de metas de saúde. Reiterado pelo Art. 18 que trata que o planejamento da saúde em âmbito estadual deve ser realizado de maneira regionalizada, a partir das necessidades dos Municípios, considerando o estabelecimento de metas de saúde (SESAB, 2012, 23p.)

Figura 5 - Imagem do Sistema do PPA-P da Secretaria de Planejamento do Governo do Estado da Bahia.



Fonte: SEPLAN, 2015.

A partir do PPA foram abertas várias discussões no âmbito da Secretaria de Saúde no intuito de delimitar os compromissos que a SESAB assumiria junto à população, e publicizados no Plano Plurianual 2012-2015.

3.4 O Programa Bahia Saudável como projeto político de governo

O PPA-P quando consolidado no PPA 2012-2015 do governo do Estado da Bahia intitulou como temática, no âmbito da gestão do SUS o **Programa Bahia Saudável**. Este programa orçamentário apoia discussões em torno dos determinantes sociais em saúde, no contexto mundial, nacional e estadual, buscando, portanto uma concepção ampliada da saúde, “em que os determinantes relacionados aos comportamentos individuais e/ou às condições de vida e trabalho encontram-se estreitamente associados aos da macroestrutura econômica, social e cultural” (SESAB, 2012, p. 22).

As propostas para a área da saúde que emanaram das rodadas territoriais do PPA-P foram sistematizadas pelo setor de planejamento da SESAB, em 2011 e serviram de objeto de discussão junto às áreas técnicas da SESAB, bem como a análise de situação de saúde que construíram **compromissos e entregas** a serem assumidos no PPA.

O produto dessa discussão conformou a versão final do Programa Bahia Saudável que está expressa através dos 13 (treze) compromissos (**Quadro 6**):

Quadro 6 - Descrição dos Compromissos do Programa Bahia Saudável descrito no PES 2012-2015.

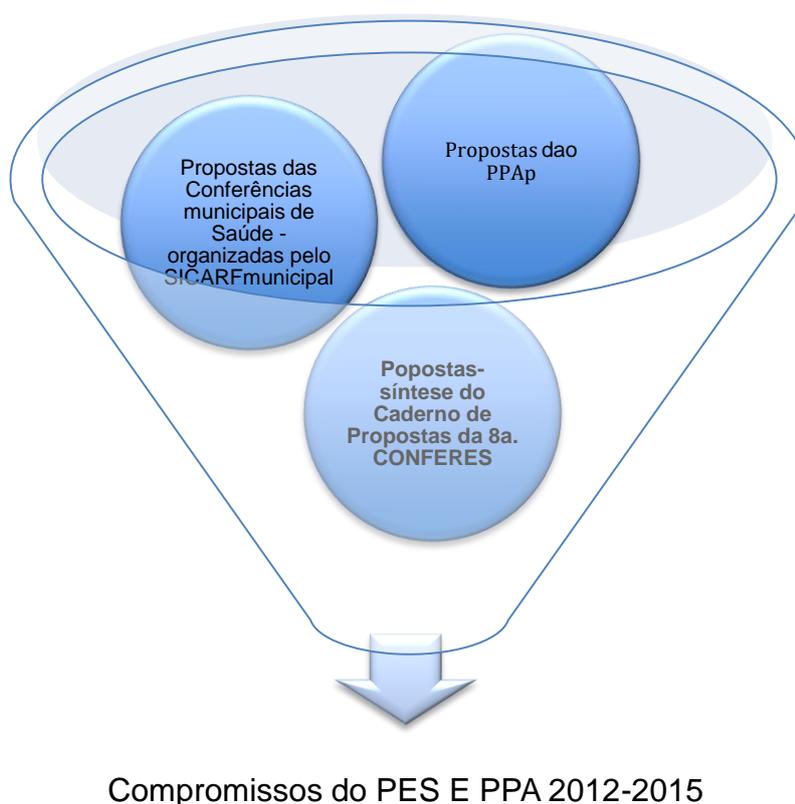
Compromisso	Descrição
Compromisso 1	Ampliar as ações de promoção e proteção da saúde e de prevenção de doenças e agravos no âmbito do SUS- BA
Compromisso 2	Fortalecer a Atenção Básica efetivando a mudança do Modelo de Atenção à Saúde no âmbito do SUS.
Compromisso 3	Avançar na Política de Assistência Farmacêutica do SUS, assegurando e qualificando o acesso aos medicamentos.
Compromisso 4	Promover o cuidado integral ao ser humano no curso da vida, considerando a implantação de serviços que atendam as necessidades das políticas geracionais em saúde no âmbito do SUS- BA.
Compromisso 5	Promover a equidade e a humanização no cuidado à saúde no SUS das populações historicamente excluídas, discriminadas e/ou estigmatizadas.
Compromisso 6	Ampliar o acesso da população às ações e serviços de média e alta complexidade do SUS, com qualidade e resolutividade.
Compromisso 7	Implantar a rede de serviços para o cuidado materno-infantil no SUS-BA, contribuindo efetivamente para a melhoria das condições de vida e a redução da morbimortalidade.
Compromisso 8	Promover a Atenção Integral às pessoas com transtorno mental e/ou usuário de crack, álcool e de outras drogas no âmbito do SUS-BA
Compromisso 9	Expandir, qualificar e humanizar a rede de urgência e emergência no SUS-BA
Compromisso 10	Consolidação da Rede de Hematologia e Hemoterapia do Estado para atender a demanda do SUS
Compromisso 11	Fortalecer o controle social em saúde, com gestão democrática e participativa, e ampliação dos canais de diálogo com a sociedade para a consolidação do SUS–BA.
Compromisso 12	Ampliar a qualidade do SUS - Bahia, modernizando e fortalecendo os mecanismos de gestão e expandindo sua base científica, tecnológica e produtiva.
Compromisso 13	Consolidar a política de gestão do trabalho e da educação na saúde, com vistas à qualificação e humanização das práticas de gestão e do cuidado, em atendimento aos princípios e diretrizes do SUS

Fonte: SESAB, 2012.

Portanto, os compromissos do Programa Bahia Saudável (versão final) delinea o Plano Estadual de Saúde 2012-2015, uma vez que estes compromissos refletem as políticas de governo com base em análises de priorização evidenciadas no PPA-P, análise de situação em saúde e as propostas-síntese elaboradas para apreciação e aprovação durante a 8ª. CONFERES (**Figura 6**).

Esta sincronidade de orçamento estabelecidos no PPA 2012-2015 e as ações a serem desenvolvidas no PES 2012-2015 traz o diferencial na coerência do planejamento desenvolvido, havendo a integração dos instrumentos de gestão uma vez que os desafios na compatibilização se encontram nas diferentes nomenclaturas e metodologia, nos marcos legais e prazos distintos, bem como os diferentes atores atuam neste processo (ANEXO E) (BAHIA, 2009).

Figura 6 - As influências das demandas sociais para elaboração dos compromissos do PPA 2012-2015 E PES 2012-2015.



Fonte: Elaborado pela autora.

Para a definição final dos compromissos, foi realizada a compatibilização das propostas-sínteses durante a preparação do Caderno de Propostas da 8ª. CONFERES conforme **Quadro 7** abaixo. Mas esta compatibilização teve o intuito de verificar se houve alguma proposta ausente no conteúdo dos compromissos para elaboração do PES 2012-2015.

Quadro 7 - Compatibilização das propostas-síntese com os compromissos do programa Bahia Saudável.

PES 2012 - 2015	8ª CONFERES
COMPROMISSOS	PROPOSTAS-SÍNTESE
Compromisso 1	- -
Compromisso 2	- -

Fonte.: SESAB, OPAS, 2012.

Considerando a distribuição territorial do PPA – Participativo e a identificação das Conferências Municipais, as propostas-sínteses foram sinalizadas em mapas temáticos, dando visibilidade às necessidades apontadas pela sociedade tanto no PPAp, quanto nas Conferências Municipais de Saúde por Território de Identidade/Macrorregião de Saúde, configurando a maioria dos produtos técnicos da SESAB/OPAS.

Toda essa análise configurou na elaboração de uma Matriz Estratégica do SUS-Ba (ANEXO F) cujos os modelos de atenção à saúde e de gestão estão sistematizados nesta matriz constituindo-se como base para a construção dos módulos operacionais do PES 2012-2015 (SESAB, 2012).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de apropriação das demandas das conferências de saúde para a elaboração do plano de saúde do estado da Bahia 2012-2015 consistiu em um complexo processo de incorporação de diversos movimentos de planejamento naquele momento.

Incorporar as demandas da sociedade para fins de ações de planejamento, ou melhor, incorporá-las no maior instrumento de gestão em saúde do SUS, o Plano Estadual de Saúde, representou um avanço para o movimento de gestão participativa.

As análises de convergência e divergência dos instrumentos de gestão governamental, e as diversas análises de coerência e interligação das demandas parece que ordenaram os sentidos de condução do SUS no Estado, no período de 2012-2015.

Diante disso, cabem novos estudos que analisem a execução das demandas das conferências municipais incorporadas no Plano Estadual de Saúde e verificar se trouxeram mudanças no cotidiano da vida das pessoas.

REFERÊNCIAS

BAHIA. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. **Manual prático de apoio a elaboração de Planos Municipais de Saúde**. Salvador: SESAB, 2009. 44 p.

GIOVANELLA, L.; LOBATO, L. V. C. Sistemas de saúde: origens, componentes e dinâmica. *In: Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. GIOVANELLA, L. *et al.* (ORG.). Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. 107 a 140 p.

INSTITUTO DE PESQUISA APLICADA - IPEA. **Planejamento e Gestão governamental na Esfera Estadual**: uma análise comparativa dos processos, conteúdos e sistemas de acompanhamento dos PPAs Relatório de Pesquisa. 2012, 72 p.

JESUS, W. A. *et al.* Cooperação técnica para o fortalecimento do planejamento em saúde: reflexões sobre uma experiência concreta. *In: CONGRESSO DA ASSOCIAÇÃO LATINA PARA ANÁLISE DE SISTEMAS DE SAÚDE - ALASS, XXIV., 2013, Rennes - França. Proceedings [...]. [S. l.: s. n.], 2013. Tema: Les maladies chroniques, un enjeu pour les systèmes de santé, un enjeu de société, p. 13-14. Disponível em: http://www.alass.org/wp-content/uploads/calass_resum_2013.pdf. Acesso em: 20 ago. 2016.*

JESUS, W. L. A.; TEIXEIRA, C. F. Planejamento estadual no SUS: o caso da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. *In: Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências / Carmen Fontes Teixeira (organizadora)*. - Salvador: EDUFBA, 2010 95 a 116 p.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: UPU, 1986.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Sistema de Planejamento do SUS**. Organização e funcionamento. Uma construção coletiva. Série B. Textos Básicos de Saúde. Série Cadernos de Planejamento, v. 1 Brasília – DF 2009.

POMPONET, A. S. **Plano plurianual participativo 2008-2011 na Bahia**: uma análise. Orientadora: Profa. Dra. Elizabeth Matos Ribeiro. Dissertação (mestrado). Salvador: Universidade Federal da Bahia Escola de Administração, 2012, 140 p.
SECRETARIA DE PLANEJAMENTO DO GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA – SEPLAN. Sistema do PPA participativo. Disponível em <
<http://www.seplan.ba.gov.br/planejamento/instrumentos-orcamentarios/ppa-participativo>>. Acesso em: 03 marc. 2015.

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA – SESAB; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE – (OPAS/OMS). **Documento técnico contendo proposta metodológica para elaboração do PES 2012-2015**. 2012. Relatório Técnico.

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA – SESAB. Plano Estadual de Saúde 2012-2015. **Revista Baiana de Saúde Pública**. v. 36, supl. 1, dez. 2012. Salvador: Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. 167 p.

SOUZA, G. C. A; COSTA, I. C. C. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudança. **Saúde Soc. São Paulo**, v.19, n.3, p.509-517, 2010.

STOTZ EN. Os desafios para o SUS e a educação popular: uma análise baseada na dialética da satisfação das necessidades de saúde. In: Rocha CMF, Santos L, Bilíbio LFS, Ceccim RB, Feuerwerker HAP, organizadores. Ver-SUS Brasil: cadernos de Textos. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. v.1, p. 28499.

TEIXEIRA C.F. (org.). **Planejamento em Saúde**: conceitos, métodos e experiências. Salvador: EDUFBA. 2010.

TEIXEIRA, C. F.; VILASBÔAS, A. L. Q.; JESUS, W. L. A. Proposta metodológica para o planejamento no sistema único de saúde. In: **Planejamento em Saúde**: conceitos, métodos e experiências. TEIXEIRA C.F. (org.). Salvador: EDUFBA. 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **Primary health care**: report of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978. Geneva, WHO, 1978. Disponível em:
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39228/9241800011.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 25 jul. 2015.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS DA DISSERTAÇÃO

As contribuições do SICARFmunicipal apontadas neste estudo foram desde a organização dos debates das propostas durante a 8ª. Conferência Estadual de Saúde a elaboração do Plano Estadual de Saúde 2012-2015, evidenciando uma tendência de um planejamento com movimentos cíclicos, interdependentes e interativos a partir da incorporação e uso do banco de dados de demandas advindas dos municípios deste sistema.

A descrição do processo de organização das demandas municipais revelou a importância de um sistema que registre a **escuta da sociedade** de forma transparente, oportunizando o acompanhamento da sua incorporação no processo de planejamento em saúde. Como primeira versão metodológica de análise das demandas, para fins de debates durante as conferências de saúde e para fins de planejamento, há necessidade de aprimorar estudos que revelem possíveis melhoramentos deste processo metodológico para utilização nas próximas conferências de saúde.

A análise das demandas sociais em conjunto com a análise situacional, permitiu estabelecer consensos acerca dos problemas de saúde a enfrentar, e, por conseguinte, dos objetivos a alcançar na execução do PES 2012-2015.

Desta forma, as propostas-sínteses advindas do SICARFmunicipal teve o seu acolhimento em compromissos estratégicos no PES 2012-2015. Vale ressaltar que, incorporar as demandas aprovadas por uma Conferência Estadual, talvez não signifique que serão executadas, cabendo estudos que analisem este processo.

Assim, o Sicarfmunicipal foi um instrumento organizador de demandas sociais que cumpriu ao objetivo proposto, superando ainda para o quê foi a princípio idealizado, e a partir dele permitiu-se o acompanhamento qualificado das demandas da sociedade.

Destaca-se ainda que cabe ao controle social o acompanhamento do que foi demandado ao governo para que todo um movimento social de aprimoramento do SUS, através das conferências de saúde, não seja apenas uma manifestação momentânea, mas que se tenham resultados concretos na realidade social.

ANEXOS

**ANEXO A - INSTRUTIVO ÀS COMISSÕES ORGANIZADORAS DAS
CONFERÊNCIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE PARA REGISTRO E ENVIO ON LINE
DOS RELATÓRIOS FINAIS PARA A 8ª CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE
(SICARF municipal).**

1a. Versão.

Salvador, junho de 2011.

1. Objetivo

Orientar as comissões organizadoras no envio de informações dos Relatórios Finais das Conferências Municipais de Saúde, através do *Sistema de Cadastro dos Relatórios Finais das Conferências Municipais de Saúde – SICARFmunicipal* para a 8ª Conferência Estadual de Saúde.

2. O que é o SICARF municipal?

A fim de qualificar e melhorar o desempenho nas ações das Conferências de Saúde, foi desenvolvida uma ferramenta on line denominado *Sistema de Cadastro dos Relatórios Finais das Conferências Municipais de Saúde - SICARFmunicipal*. Ele captura informações direcionadas para a organização da 8ª Conferência Estadual de Saúde como:

1) Data e local de realização do evento; 2) Cadastro dos delegados eleitos para a 8ª Conferência Estadual de Saúde; 3) Cadastro dos facilitadores; 4) Cadastro das propostas de abrangência estadual/nacional por subeixo.

3. Como acessar o sistema SICARF municipal?

Para acessar o sistema, é necessário acessar o site www.saude.ba.gov.br ou www.saude.ba.gov.br/ces/ e entrar no LINK da 8ª CONFERÊNCIA Estadual, em seguida na coluna à esquerda “Veja Também” estará disponível um link específico denominado SICARF – Municipal. Para acessar este sistema é necessário digitar o login e senha do seu respectivo município. Os logins e senhas serão enviados para os Conselhos Municipais de Saúde e Secretarias Municipais de Saúde no mês de junho através de e-mails, contatos telefônicos e fax. Caso não os receba, entrar em contato pelo e-mail sicarfmunicipal@gmail.com ou pelos telefones (71) 3115-4338 e (71) 3115-4318 (Conselho Estadual de Saúde) para obtê-los.

4. O Relatório Final enviado pelo SICARF substitui o Relatório Final da Conferência Municipal de Saúde?

NÃO. O SICARF municipal é um sistema de captura de informações essenciais para a 8ª Conferência Estadual de Saúde para facilitar e agilizar a sua organização, especialmente para a equipe de relatoria (na organização dos Cadernos de Propostas a serem utilizados durante a 8ª CONFERES) e para a equipe de hospedagem e alimentação.

Portanto, é essencial que cada Conferência Municipal de Saúde tenha o seu relatório detalhado para fins de registro do evento e para as auditorias futuras. Geralmente, os relatórios finais da conferência são registrados em ata.

5. Existe prazo de envio do Relatório Final pelo SICARF municipal?

SIM. De acordo com o Regimento Interno da 8ª Conferência Estadual de Saúde o prazo de envio é até o dia 18 de agosto de 2011, impreterivelmente. O SICARF municipal será bloqueado às 23 horas e 59 minutos deste dia. Por isso, solicitamos que os envios das informações sejam realizados imediatamente ao término da Conferência para que a equipe organizadora da 8ª CONFERES dê continuidade aos trabalhos e oferecer uma Conferência Estadual de Saúde de melhor qualidade.

6. O quê são propostas de abrangência municipal, estadual e nacional?

As propostas consistem em ações estratégicas que visem enfrentar, diminuir e eliminar os problemas e necessidades em saúde e de gestão priorizados pelas conferências municipais, no intuito de promover a saúde e gerar mais qualidade de vida.

Neste sentido e de acordo com o Regimento Interno da 8ª Conferência Estadual de Saúde, as Conferências Municipais trarão propostas que podem ser de abrangência municipal, estadual e nacional:

I. Abrangência municipal: está vinculada aos problemas e necessidades em saúde e de gestão do SUS local. Isto é, as Conferências têm caráter consultivo e com o objetivo principal de promover o debate da Saúde Pública implantada no município demandando propostas que necessitem de ações locais, por exemplo: *“Implantar uma Unidade de Saúde da Família na comunidade de Cachoeirinha”*.

II. Abrangência estadual e nacional: além de debater propostas que demandem ações locais em saúde, as Conferências Municipais devem sugerir também propostas que demandem ações de abrangência estadual (Bahia) e nacional (Brasil).

- a) Exemplo de propostas de abrangência estadual: *“Ampliar o incentivo financeiro estadual para implantação de equipes de saúde da família”*.
- b) Exemplo de propostas de abrangência nacional: *“Incentivar a construção de Unidades de Saúde da Família por meio de convênios do Fundo Nacional de Saúde”*.

Para a 8ª Conferência Estadual de Saúde serão debatidas as propostas de abrangência estadual e nacional sugeridas pelas Conferências Municipais de Saúde da Bahia, uma vez que, conforme o Regimento Interno da 8ª CONFERES, não haverá propostas novas durante a 8ª CONFERES, assim como durante a 14ª Conferência Nacional de Saúde.

7. Quantas propostas uma Conferência Municipal de Saúde pode sugerir?

Para as Conferências de Saúde serão discutidos 3 subeixos descritos no Regimento Interno da 8ª CONFERES. Cada subeixo **tem o limite de até 10 (dez) propostas** de abrangência estadual/nacional sendo que essas propostas devem ser enviadas pelo **SICARF municipal**.

As propostas de abrangência municipal que estejam relacionadas aos três subeixos não tem limite em quantidade já que estão relacionadas às singularidades municipais e também não precisam ser enviadas pelo SICARF municipal.

Entretanto, destaca-se a importância, mais uma vez, da elaboração do Relatório Final em documento escrito para fins de registro do evento e auditorias futuras.

Além disso, e conforme o Regimento Interno da 8ª CONFERES, serão discutidos 3 subeixos os quais as conferências poderão sugerir até 10 propostas de abrangência estadual/municipal para cada um totalizando 30 propostas.

7. Como elaborar uma boa proposta para a 8ª CONFERES?

Para elaborar boas propostas recomenda-se que as mesmas estejam focadas nos principais problemas de saúde vivenciados pela população, que apresentem significativa magnitude, relevância social e econômica, características essas que salientam a prioridade para o seu enfrentamento.

Uma boa proposta deverá utilizar uma linguagem clara, objetiva, simples e de fácil entendimento. A proposta deverá conter os elementos mais importantes, ser direta e curta, adequando-se ao limite máximo de três linhas por proposta.

As propostas deverão ter considerável qualidade, declarando os objetivos a nível estadual/nacional no caso de serem encaminhadas para a 8ª CONFERES, sendo escritas de forma legível e lógica de modo a favorecer a sua compreensão.

No SICARF municipal há necessidade de classificar as propostas por categorias temáticas sugeridas por cada subeixo. Para apoiar no processo de classificação existe um glossário que se encontra em anexo. A classificação das propostas por categorias temáticas é essencial para que a equipe de relatoria possa consolidar as propostas e organizar as salas debates da 8ª CONFERES.

Todas as propostas, especialmente as de nível estadual/nacional devem abarcar aspectos que sejam de suma relevância para a melhoria das condições de saúde e de vida de toda a população baiana.

8. Por que no SICARFmunicipal devemos classificar as propostas por Categorias Temáticas sugeridas por cada subeixo?

A classificação das propostas por categorias temáticas é essencial para que a equipe

de relatoria da 8ª CONFERES faça a consolidação das mesmas, elaborar os Cadernos de Propostas e organizar as salas debates para o evento. Para apoiar no processo de classificação existe um glossário que se encontra em anexo.

As categorias temáticas são:

1. Gestão;
2. Atenção Especializada;
3. Assistência Farmacêutica;
4. Atenção Psicossocial;
5. Atenção Básica;
6. Atenção às Urgências;
7. Vigilância e Proteção à Saúde;
8. Intersetorialidade em Saúde;
9. Saúde do Trabalhador.

As categorias temáticas são transversais ao 3 subeixos propostos uma vez que direta ou indiretamente elas serão abordadas durante os debates nas conferências municipais de saúde:

SUBEIXO 1 - POLÍTICAS PÚBLICAS, POLÍTICAS DE SAÚDE E SEGURIDADE SOCIAL: Os desafios da implementação dos princípios da integralidade, universalidade e equidade.

Foco de debate: O Sistema Único de Saúde e a sua missão em construir políticas de atenção que realmente garantam os princípios da integralidade, universalidade e equidade como direito.

SUBEIXO 2 - PARTICIPAÇÃO, CONTROLE SOCIAL E INCREMENTO À AÇÃO COMUNITÁRIA

Foco de debate: Qual o verdadeiro papel da sociedade participando do processo de construção do Sistema Único de Saúde? Quais as ações, atividades que a sociedade pode promover e executar para fortalecer os princípios e diretrizes do SUS?

SUBEIXO 3 - OS DESAFIOS DA GESTÃO DO SUS PARA A REORIENTAÇÃO DOS SISTEMAS DE SAÚDE - intersetoriedade; financiamento; pacto pela saúde; relação público X privado; gestão do sistema; gestão do trabalho e da educação em saúde.

Foco de debate: O gestor e os seus desafios de efetivamente responder às necessidades de saúde.

9. Como enviar as propostas para a VIII CONFERES?

Após acessar o sistema SICARF municipal (leia a pergunta de número “3”), você

visualizará este “menu principal”:

Cadastro - Conferência Municipal de Saúde Cadastro - Proposta Estadual/Nacional
 Cadastro - Delegado Titular Cadastro - Delegado Suplente Validação - Relatório Final*
 Impressão - Relatório Final Alterar Senha Sair.

9.1 Sobre o link “Cadastro da Conferência Municipal de Saúde”:

Nesta página do sistema será necessário digitar informações gerais de realização do evento:

- a) Data Início e data final: significam as datas de início e término da conferência; b) local do evento; c) qual o número de realização da conferência municipal de saúde (se 1o, 2o, etc.); d) digitar o tema da conferência municipal de saúde;
- e) O nome do responsável pela digitação das informações no sistema, incluindo telefone de contato com DD e e-mail.
- f) Clique no botão “confirmar” após digitar corretamente as informações.

9.1.1 Sobre o link “Cadastro dos Facilitadores” que se encontra abaixo da tecla “confirmar”:

Nesta página do sistema será necessário digitar informações dos facilitadores que contribuiram para o evento:

- a) O Nome do facilitador; b) setor de trabalho; c) Contatos telefônicos e de e-mail; d) Clique no botão “confirmar” após digitar corretamente as informações; e) Clique no link “página inicial” para voltar ao menu principal.

OBS.: Podem ser cadastrados mais de um facilitador.

9.3 Sobre o link “Cadastro de Delegados Titulares”:

Nesta página do sistema será necessário digitar informações dos delegados titulares eleitos durante a conferência municipal de saúde:

- a) O nome do delegado titular;
- b) Digitar o CPF;
- c) Telefone de contato com DDD;
- d) E-mail de contato;
- e) escolher a representação: se usuário, gestor, trabalhador da saúde ou prestador de serviços;
- f) se portador de alguma necessidade especial e qual tipo.

OBS.: Deve-se observar a quantidade de delegados eleitos de acordo com o Regimento Interno da 8 a CONFERES.

9.4 Sobre o link “Cadastro de Delegados Suplente”:

Será necessário digitar as informações dos delegados suplentes eleitos durante a conferência municipal de saúde:

- a) O nome do delegado suplente correspondente ao titular; b) Digitar o CPF;^{[[[]]} c) O Telefone de contato com DDD;^{[[[]]} d) E-mail de contato;
- e) Escolher representação: se usuário, gestor, trabalhador da saúde ou prestador de serviços;
- f) Se portador de deficiência e qual tipo.

OBS.: Deve-se observar a quantidade de delegados eleitos de acordo com o Regimento Interno da 8a CONFERES. Os suplentes só irão participar da 8a CONFERES na impossibilidade de participação dos titulares. Para alterar os dados, clique na tecla alterar.

9.5 Sobre o link “Cadastro Proposta Estadual/Nacional”:

Nesta página do sistema será necessário digitar as propostas de abrangência estadual/nacional. Será visualizado nesta página os links dos subeixos propostos:

SUBEIXO 1 - POLÍTICAS PÚBLICAS, POLÍTICAS DE SAÚDE E SEGURIDADE SOCIAL: Os desafios da implementação dos princípios da integridade, universalidade e equidade.

SUBEIXO 2 - PARTICIPAÇÃO, CONTROLE SOCIAL E INCREMENTO À AÇÃO COMUNITÁRIA

SUBEIXO 3 - OS DESAFIOS DA GESTÃO DO SUS PARA A REORIENTAÇÃO DOS SISTEMAS DE SAÚDE - intersetorialidade; financiamento; pacto pela saúde; relação público X privado; gestão do sistema; gestão do trabalho e da educação em saúde.

Para acessar os subeixos basta “clique” em um deles e iniciar a inclusão das propostas respectivas. Após o término de inclusão das propostas daquele subeixo escolhido, deverá salvar e acessar outro subeixo para efetuar a mesma atividade até concluir a inclusão das propostas de cada subeixo. Cada proposta terá no máximo 330 caracteres para digitação, isto é, até 3 linhas.

Cada subeixo tem o número limite de até 10 (dez) propostas para inclusão, totalizando 30 propostas conforme Regimento Interno da 8a CONFERES.

I. Lembre-se que cada proposta por subeixo deverá ser classificada por categorias temáticas. A classificação temática é importante para a organização dos trabalhos da equipe de relatoria da 8ª CONFERES. São elas:

Atenção Psicossocial; Atenção Básica; Atenção às Urgências; Vigilância e Proteção à

Saúde; Intersetorialidade em Saúde; Saúde do Trabalhador.

10. Sobre o link “Validação – Relatório Final”:

Este link é muito importante, pois ele valida todas as informações digitadas. Por isso, ele é uma atividade obrigatória. Se não houver a validação, as propostas da conferência e outras informações importantes não serão aproveitadas e o município corre o risco de inviabilizar a sua participação na 8ª CONFERES. APÓS A VALIDAÇÃO NÃO SERÁ POSSÍVEL ALTERAR OS DADOS.

OBS.: Para alterar qualquer informação antes de validar, basta digitar novamente e clicar em salvar.

11. Sobre o link “Impressão - Relatório Final”:

Nesta página será possível visualizar todas as informações digitadas, salvar em Word ou PDF e imprimir.

12. Sobre o link alterar senha.

Nesta página será possível trocar a senha pelo usuário.

GLOSSÁRIO DEFINIÇÃO DSA CATEGORIAS TEMÁTICAS

I) ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA: Conjunto de ações voltadas à promoção, proteção recuperação da saúde individual e coletiva, tendo os medicamentos como insumos essenciais e visando à viabilização do acesso aos mesmos, assim como de seu uso racional. Envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população.(BRASIL, 2009, p. 39).

II) ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS: Tem sido orientada, a partir de 2003, pela Política Nacional de Atenção às Urgências (Portaria no 1.863 de 2003), fundamentada nos seguintes objetivos: 1) garantir a universalidade, equidade e a integralidade no atendimento às urgências clínicas, cirúrgicas, gineco-obstétricas, psiquiátricas, pediátricas e as relacionadas às causas externas (traumatismos não-intencionais, violências e suicídios); 2) consubstanciar as diretrizes de regionalização da atenção às urgências, mediante a adequação criteriosa da distribuição dos recursos assistenciais, conferindo concretude ao dimensionamento e implantação de sistemas estaduais, regionais e municipais e suas respectivas redes de atenção; 3) desenvolver estratégias promocionais da qualidade de vida e saúde capazes de prevenir agravos, proteger a vida, educar para a defesa e a recuperação da saúde, protegendo e

desenvolvendo a autonomia e a equidade de indivíduos e coletividades; 4) fomentar, coordenar e executar projetos estratégicos de atendimento às necessidades coletivas em saúde, de caráter urgente e transitório, decorrente de situações de perigo iminente, de calamidades públicas e de acidentes com múltiplas vítimas, a partir da construção de mapas de risco regionais e locais e da adoção de protocolos de prevenção, atenção e mitigação dos eventos; 5) contribuir para o desenvolvimento de processos e métodos de coleta, análise e organização dos resultados das ações e serviços de urgência permitindo que, a partir de seu desempenho, seja possível uma visão dinâmica do estado de saúde da população e do desempenho do SUS, em seus três níveis de gestão; 6) integrar o complexo regulador do SUS, promovendo o intercâmbio com outros subsistemas de informações setoriais, implementando e aperfeiçoando permanentemente a produção de dados e democratização das informações, com a perspectiva de usá-las para alimentar estratégias promocionais; 7) qualificar a assistência e promover a capacitação continuada das equipes de saúde do SUS na atenção às urgências, em acordo com os princípios da integralidade e humanização. A atenção integral às urgências deve ser implementada a partir dos seguintes componentes fundamentais: 1) adoção de estratégias promocionais de qualidade de vida, buscando identificar os determinantes e condicionantes das urgências e por meio de ações transitórias de responsabilidade pública, sem excluir as responsabilidades de toda a sociedade; 2) organização de redes loco-regionais de atenção integral às urgências, enquanto elos da cadeia de manutenção da vida, tecendo as em seus diversos componentes: (a) componente pré-hospitalar fixo: unidades básicas de saúde e unidades de saúde da família – equipes de agentes comunitários de saúde - ambulatórios especializados - serviços de diagnóstico e terapias - e unidades não hospitalares de atendimento às urgências; (b) componente pré-hospitalar móvel: serviço de atendimento móvel de urgências (Samu) e os serviços associados de salvamento e resgate, sob regulação médica de urgências e com o número de telefone único nacional para urgências médicas – 192; (c) componente hospitalar: portas hospitalares de atenção às urgências das unidades hospitalares gerais de tipo I e II e das unidades hospitalares de referência tipo I, II e III, bem como toda a gama de leitos de internação, passando pelos leitos gerais e especializados de retaguarda, de longa permanência e os de terapia semi-intensiva e intensiva, mesmo que esses leitos estejam situados em unidades hospitalares que atuem sem porta aberta às urgências; (d) componente pós-hospitalar: modalidades

de atenção domiciliar - hospitais-dia e projetos de reabilitação integral com componente de reabilitação de base comunitária; 3) instalação e operação das centrais de regulação médica das urgências integradas ao Complexo Regulador da Atenção no SUS; 4) capacitação e educação continuada das equipes de saúde de todos os âmbitos da atenção, a partir de um enfoque estratégico promocional, abarcando toda a gestão e atenção pré-hospitalar fixa e móvel, hospitalar e pós-hospitalar, envolvendo os profissionais de nível superior e os de nível técnico, em acordo com as diretrizes do SUS e alicerçada nos polos de educação permanente em Saúde, onde devem estar estruturados os Núcleos de Educação em Urgências (normatizados pela portaria no 2.048 de 2002); 5) orientação geral segundo os princípios de humanização da atenção. Ainda em 2003, foi publicada a Portaria no 1.864, que institui o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências, por meio do Serviço de Atendimento Móvel e Urgência (Samu) – 192, estando o serviço em implantação em todo o território nacional. (BRASIL, 2009, p. 41-43).

III) ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE: A Atenção Básica caracteriza-se 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 e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo, da continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A Atenção Básica tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do SUS e tem como fundamentos: possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, com território adscrito de forma a permitir o planejamento e a programação descentralizada, e em consonância com o princípio da equidade; efetivar a integralidade em seus vários aspectos, a saber:

integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalho de forma interdisciplinar e em equipe, e coordenação do cuidado na rede de serviços; 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; valorizar os profissionais de saúde por meio do estímulo e do acompanhamento constante de sua formação e capacitação; realizar avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados, como parte do processo de planejamento e de programação; e estimular a participação popular e o controle social. (BRASIL, 2009, p. 43-44).

IV) ATENÇÃO ESPECIALIZADA: Compõe-se por ações e serviços que visam a atender aos principais problemas de saúde e agravos da população, cuja prática clínica demande disponibilidade de profissionais especializados no âmbito da média e alta complexidade, além do uso de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico. (BRASIL, 2009).

V) ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: A prevalência de transtornos mentais é elevada na população brasileira e, em geral, com peso relevante entre as principais causas de anos de vida saudável perdidos. O Brasil enfrenta o desafio de aumentar a acessibilidade e a qualificação da atenção em saúde mental de forma paralela e articulada com a transformação do modelo anterior, que se pautava pela internação em hospitais especializados. Por esse novo modelo, preconizado pela reforma psiquiátrica, a atenção à saúde mental deve ter base comunitária e territorial, avançando na redução do número de leitos hospitalares e na expansão da rede de serviços de atenção diária. A desinstitucionalização da assistência psiquiátrica, a defesa dos direitos humanos dos portadores de transtornos mentais, o combate ao estigma, o cuidado à saúde mental por meio de dispositivos extra-hospitalares e sua inclusão na atenção básica são algumas das diretrizes da política de saúde mental do SUS. (BRASIL, 2009, p. 347).

VI) GESTÃO: conjunto de práticas para a condução do processo em instituições como a gestão participativa, gestão do trabalho e da educação na saúde etc. (BRASIL, 2009).

VII) INTERSETORIALIDADE EM SAÚDE: A intersectorialidade é uma estratégia política complexa, cujo resultado na gestão de uma cidade é a superação da fragmentação das políticas nas várias áreas onde são executadas. Tem como desafio

articular diferentes setores na resolução de problemas no cotidiano da gestão e torna-se estratégica para a garantia do direito à saúde, já que saúde é produção resultante de múltiplas políticas sociais de promoção de qualidade de vida. A intersetorialidade como prática de gestão na saúde, permite o estabelecimento de espaços compartilhados de decisões entre instituições e diferentes setores do governo que atuam na produção da saúde na formulação, implementação e acompanhamento de políticas públicas que possam ter impacto positivo sobre a saúde da população. Permite considerar o cidadão na sua totalidade, nas suas necessidades individuais e coletivas, demonstrando que ações resolutivas em saúde requerem necessariamente parcerias com outros setores como Educação, Trabalho e Emprego, Habitação, Cultura, Segurança, Alimentar e outros. Intersetorialidade remete também ao conceito/ideia de rede, cuja prática requer articulação, vinculações, ações complementares, relações horizontais entre parceiros e interdependência de serviços para garantir a integralidade das ações. Finalmente, o contexto da intersetorialidade estimula e requer mecanismos de envolvimento da sociedade. Demanda a participação dos movimentos sociais nos processos decisórios sobre qualidade de vida e saúde de que dispõem. (BRASIL, 2009, p. 193).

VIII) SAÚDE DO TRABALHADOR: É uma área específica da Saúde Pública que prevê o estudo, a prevenção, a assistência e a vigilância aos agravos à saúde relacionados ao trabalho. Faz parte do direito universal à saúde. A execução de suas ações é de competência do SUS, conforme dispõe a Constituição Federal (artigo 200) e regulamentação da Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990 (artigo 6o), além de diversos dispositivos regulamentares estaduais e municipais. Em nível federal, foi regulamentada pela Norma Operacional em Saúde do Trabalhador (Nost), disposta pela Portaria no 3.908, de 30 de outubro de 1998. (BRASIL, 2009, p. 346-347)

IX) VIGILÂNCIA E PROTEÇÃO À SAÚDE: A vigilância em saúde abrange as seguintes atividades: a vigilância das doenças transmissíveis, a vigilância das doenças e agravos não-transmissíveis e dos seus fatores de risco, a vigilância ambiental em saúde e a vigilância da situação de saúde. A adoção do conceito de vigilância em saúde procura simbolizar uma abordagem nova, mais ampla do que a tradicional prática de vigilância epidemiológica. (BRASIL, 2009, p. 389).

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

Brasil. Ministério da Saúde. O SUS de A a Z : garantindo saúde nos municípios / Ministério da Saúde, Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde. – 3. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. 480 p.

Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. Manual prático de apoio a elaboração de Planos Municipais de Saúde. / Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. Salvador: SESAB, 2009. 44 p.: il.

ANEXO B - IMAGENS DO SICARFmunicipal

VIIIª CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE - Mozilla Firefox

Arquivo Editar Exibir Histórico Favoritos Ferramentas Ajuda

Outlook - gladys_reis@hotmail... Portal Sesab Conselho Estadual de Saúde Sicarf Municipal VIIIª CONFERÊNCIA ESTADUA... x

www1.saude.ba.gov.br/conferes8/principal.asp e-portuguese

Mais visitados Primeiros passos Últimas notícias HotMail gratuito Personalizar links Windows Media Windows

VIIIª CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE DA BAHIA

CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE NOME DO MUNICÍPIO

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE
ENDEREÇO DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE -
CEP
(XX)XXXX-XXXX

[Conferência Municipal de Saúde](#)
[Proposta Estadual/Nacional](#)
[Delegado Titular](#)
[Delegado Suplente](#)
[Validação - Relatório Final*](#)
[Impressão - Relatório Final](#)
[Alterar Senha](#)
[Sair](#)

** Após a validação do Relatório Final, nenhum dado poderá ser mais alterado. O sistema disponibilizará apenas a impressão do Relatório Final.*

O PRAZO PARA VALIDAÇÃO DO CADASTRO DOS RELATÓRIOS FINAIS FOI PRORROGADO ATÉ O DIA 22/08/11 ÀS 23:59. NÃO TEREMOS MAIS TEMPO HÁBIL PARA NOVA PRORROGAÇÃO.

Iniciar 2 Windows Ex... Artigo 2 (Salvo ... VIIIª CONFERÊ... Microsoft Excel ... PT 16:42

Fonte: SICARFmunicipal. Disponível em: [www1.saude.ba.gov.br /conferes8](http://www1.saude.ba.gov.br/conferes8). Acesso em: 03 fev. 2015.

VIIIª CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE - Mozilla Firefox

Arquivo Editar Exibir Histórico Favoritos Ferramentas Ajuda

Outlook - gladys_reis@hotmail... Portal Sesab Conselho Estadual de Saúde Sicarf Municipal VIIIª CONFERÊNCIA ESTADUAL...

www1.saude.ba.gov.br/conferes8/cadastre_conferencia.asp

Mais visitados Primeiros passos Últimas notícias HotMail gratuito Personalizar links Windows Media Windows

VIIIª CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE DA BAHIA

CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE NOME DO MUNICÍPIO

CADASTRO - CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Data Início: 17/06/2011 formato(oddmm.aaaa)

Data Fim: 19/06/2011 formato(oddmm.aaaa)

Local de Realização: Secretaria de Saúde do Estado da Bahia

Número da Conferência: 2

Tema: Terra de Todos Nós

Responsável pelo Cadastro

Nome: Carolina Sacramento

Telefone: (71) 3115-4206

E-mail: carolina.sacramento@saude.ba.gov.br

Confirmar

[Cadastro - Facilitador](#)

[Página Inicial](#)

Iniciar 2 Windows Ex... 2 Microsoft Of... VIIIª CONFERÉ... Microsoft Excel ... PT 16:43

Fonte: SICARFmunicipal. Disponível em: [www1.saude.ba.gov.br /conferes8/](http://www1.saude.ba.gov.br/conferes8/). Acesso em: 03 fev. 2015.

VIIIª CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE - Mozilla Firefox

Arquivo Editar Exibir Histórico Favoritos Ferramentas Ajuda

Outlook - gladys_reis@hotmail... Portal Sesab Conselho Estadual de Saúde Sicarf Municipal VIIIª CONFERÊNCIA ESTADUA...

www1.saude.ba.gov.br/conferes8/facilitador.asp e-portuguese

Mais visitados Primeiros passos Últimas notícias HotMail gratuito Personalizar links Windows Media Windows

VIIIª CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE DA BAHIA

CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE NOME DO MUNICÍPIO

CADASTRO - FACILITADOR

Nome:

Setor:

Telefone:

E-mail:

[Página Inicial](#)

LISTA - FACILITADOR

Iniciar 2 Windows Ex... Artigo 2 (Salvo ... VIIIª CONFERÊ... Microsoft Excel ... PT 16:46

Fonte: SICARFmunicipal. Disponível em: [www1.saude.ba.gov.br /conferes8 /](http://www1.saude.ba.gov.br/conferes8/). Acesso em: 03 fev. 2015.

VIIIª CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE - Mozilla Firefox

Arquivo Editar Exibir Histórico Favoritos Ferramentas Ajuda

Outlook - gladys_reis@hotmail... Portal Sesab Conselho Estadual de Saúde Sicarf Municipal VIIIª CONFERÊNCIA ESTADUA...

www1.saude.ba.gov.br/conferes8/cadastro_delegado.asp e-portuguese

Mais visitados Primeiros passos Últimas notícias HotMail gratuito Personalizar links Windows Media Windows



CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE NOME DO MUNICÍPIO

CADASTRO - DELEGADO TITULAR

Nome:

CPF:

Telefone:

E-mail:

Representação: USUÁRIO

Portador de Necessidade Especial: NÃO Qual?

Sub Eixo:

[Cadastrar Suplente](#)

[Página Inicial](#)

LISTA - DELEGADO TITULAR

Iniciador

2 Windows Ex... 2 Microsoft Of... VIIIª CONFERÊ... Microsoft Excel ... PT 16:48

Fonte: SICARFmunicipal. Disponível em: [www1.saude.ba.gov.br /conferes8 /](http://www1.saude.ba.gov.br/conferes8/). Acesso em: 03 fev. 2015.

ANEXO C - INSTRUTIVO PARA CONSOLIDAÇÃO DE PROPOSTAS DAS CONFERÊNCIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE

Administrador da Planilha-mãe

Atribuições:

- Distribuição e consolidação de planilhas

1. Separar os arquivos oriundos do SICARF por 'tema original' gerando novos arquivos em Excel que serão organizados em função do tema e denominados da seguinte forma: tema, espaço, data de salvamento. (obs.: não usar acentos)

Ex: Atenção Especializada 01_08.xls

2. Distribuir para cada dupla de trabalho os arquivos originados a partir da etapa descrita no tópico anterior (tópico 1). Estes arquivos, também, deverão ser encaminhados para os monitores dos turnos de trabalho. Além disso, esse arquivo em Excel deve conter as seguintes abas: "tema respectivo ao arquivo"; "E_N"; "26 abas dos territórios identidades".

3. Além disso, distribuir as planilhas de transição do respectivo grupo temático com abas por tema.

Ex: Planilha de Transição Atenção Especializada 01_08.xls

4. Receber, dos monitores dos turnos de trabalho, os arquivos com as propostas analisadas pelas duplas.

No ato do recebimento, o arquivo deverá ser aberto observando o preenchimento integral das colunas, bem como a existência de informações de apenas um território-identidade.

5. Consolidar uma planilha-mãe (final) com as informações completas do tema por território-identidade recebidas pelas duplas de trabalho.

Monitor de Turno

Cada turno de trabalho terá a presença de um monitor. Este será responsável por:

1. Tirar dúvidas de preenchimento da planilha e de Excel;
2. Discutir tecnicamente a qualificação/aperfeiçoamento das propostas e a adequação das mesmas quanto à abrangência, o tema e o subeixo/diretriz;
3. Receber os arquivos trabalhados pelas duplas.

No ato do recebimento, o arquivo deverá ser aberto observando o preenchimento integral das colunas, bem como a existência de informações de apenas um território-identidade;

4. Entregar ao Administrador os arquivos consolidados;
5. Receber a "planilha de transição" criada (caso tenha sido necessária sua criação no turno de trabalho) e encaminhá-la ao Administrador.

Duplas de Trabalho

As duplas de trabalho serão responsáveis por analisar e consolidar as propostas recebidas pelo Administrador (propostas enviadas pelos municípios). Para tanto, cada dupla será responsável por um 'tema original' e deverá realizar a consolidação por território-identidade (TI) das propostas que tenham abrangência estadual e/ou nacional.

ATENÇÃO: as duplas receberão o arquivo por tema contendo propostas oriundas de todos os territórios-identidade. Para iniciar a análise e consolidação, cada dupla

deverá seguir os PASSOS descritos abaixo mantendo a atenção nos aspectos referentes à formatação e modo de salvar as planilhas.

Formatação Padrão

Nas planilhas deverá ser utilizada a fonte “Arial”, tamanho 10, mantendo apenas a primeira letra em maiúscula. O alinhamento do texto nas células deve ser: justificado na horizontal e centralizado na vertical.

Sistema de Salvamento

No final do turno de trabalho, a dupla deverá encaminhar para o **e-mail: relatoria8conferes@gmail.com** os arquivos trabalhados. **ATENÇÃO**, os arquivos só devem ser enviados quando forem concluídos. Além disso, cada dupla deverá salvar os arquivos na pasta criada no computador.

OBS: Cada dupla deverá trabalhar sempre no mesmo computador.

Como preencher a planilha de Consolidação das Propostas

PASSO 1 – CRIAÇÃO DA PASTA DE TRABALHO

Cada dupla deverá iniciar o seu trabalho salvando o arquivo recebido pelo Administrador na pasta criada com seus nomes em “Meus Documentos”.

Exemplo: a dupla Anne e Marco criará uma pasta chamada “Anne_e_Marco” em meus documentos. No interior desta pasta deverá ser criada uma nova pasta cujo nome será o dia e mês em que está iniciando o trabalho (exemplo: 10_08) com o arquivo enviado pelo administrador. Salve o arquivo enviado pelo administrador nesta pasta. Em seguida e antes de abrir o arquivo renomeie o mesmo acrescentando as letras em maiúsculo “MOD” da palavra “modificado” no final do arquivo, conforme exemplo abaixo:

ANTES: Atenção Especializada 01_08.xls

DEPOIS QUE RENOMEAR: Atenção Especializada 01_08 **MOD**.xls

A extensão (escolher em tipo de arquivo) deverá ser Microsoft Excel 97/2000/XP (.xls).

ATENÇÃO: Ao fazer a opção pela extensão mencionada acima, aparecerá uma caixa de mensagem perguntando se você deseja alterar formato. Escolha a opção **Manter formato atual**.

PASSO 2 – Classificação da Abrangência da proposta apresentada

Em seguida, cada dupla deverá realizar a leitura das propostas situadas na coluna “Proposta Original” para analisar a abrangência da mesma (municipal, estadual e/ou nacional).

Após a leitura da proposta, a mesma deverá ser classificada. Se a proposta for de abrangência

Municipal deverá ser escrito a **letra M** (em maiúsculo) na coluna denominada “abrangência

municipal”. Caso a proposta seja de abrangência Estadual e/ou Nacional o registro deverá ser feito na coluna “abrangência estadual e/ou nacional” e poderá ter as seguintes possibilidades: **E, N e E/N**.

OBS: Vale destacar, que se a proposta for de abrangência municipal e também estadual e/ou nacional serão preenchidas as letras nas duas colunas mencionadas neste exemplo:

Abrangência Municipal	Abrangência Estadual e/ou Nacional
M	
	E
M	E/N
	N
M	N
M	E

Onde:

M – Abrangência Municipal

E – Abrangência Estadual

N – Abrangência Nacional

E/N – Abrangência Estadual e Nacional

No caso de dúvidas quanto à abrangência da proposta, a dupla deverá discutir com o monitor.

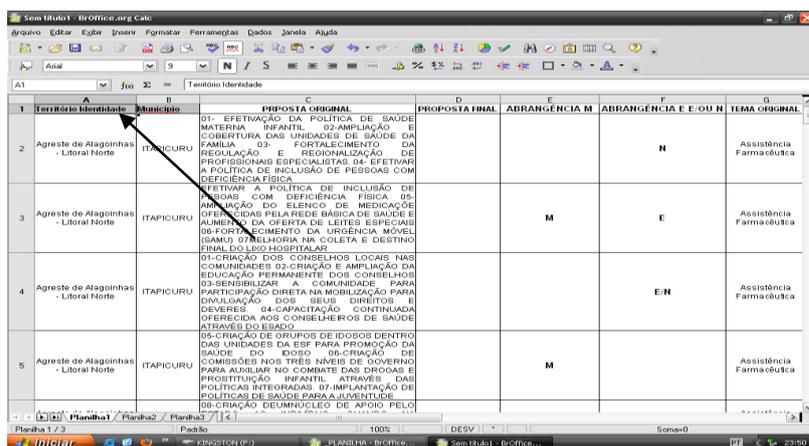
Permanecendo a dúvida, a letra da abrangência deverá ser digitada em **vermelho** nas colunas referentes às abrangências.

PASSO 3 – Selecionando as propostas de abrangência Estadual e/ou Nacional para análise

Após a classificação da abrangência a dupla deverá selecionar apenas as propostas de abrangência estadual e/ou nacional – isto se deve ao fato de que as propostas de abrangência municipal não serão analisadas para que sejam incorporadas ao caderno de propostas estadual.

Para a realização do PASSO 3 será necessário aplicar um filtro de dados na planilha.

- Clique na célula correspondente ao encontro da Coluna A com a Linha 1 (célula em que está escrito “território identidade”) como aparece na figura abaixo:



- Na barra de ferramentas superior clique na opção “Dados”. Em seguida, escolha a opção “Filtro” e na sequência a opção “Auto filtro”. Aparecerá na primeira linha de sua planilha a imagem do auto filtro aplicado da seguinte maneira:

1	A	B	C	D	E	F	G
	Território Identidade	Município	PROPOSTA ORIGINAL	PROPOSTA FINI	ABRANGÊNCIA	ABRANGÊNCIA E E OU	TEMA ORIGINAL
2	Agreste de Alagoinhas - Litoral Norte	ITAPICURU	01- EFETIVAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE MATERNA INFANTIL 02-AMPLIAÇÃO E COBERTURA DAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA 03- FORTALECIMENTO DA REGULÇÃO E REGIONALIZAÇÃO DE PROFISSIONAIS ESPECIALISTAS 04- EFETIVAR A POLÍTICA DE INCLUSÃO DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA FÍSICA			N	Assistência Farmacêutica
3	Agreste de Alagoinhas - Litoral Norte	ITAPICURU	EFEETVAR A POLÍTICA DE INCLUSÃO DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA FÍSICA 05- AMPLIAÇÃO DO ELENCO DE MEDICAÇÃO E OFERECIDAS PELA REDE BÁSICA DE SAÚDE E AUMENTO DA OFERTA DE LEITES ESPECIAIS 06-FORTALECIMENTO DA URGÊNCIA MÓVEL (SAMU) 07-MELHORIA NA COLETA E DESTINO FINAL DO LIXO HOSPITALAR		M	E	Assistência Farmacêutica
4	Agreste de Alagoinhas - Litoral Norte	ITAPICURU	01-CRIAÇÃO DOS CONSELHOS LOCAIS NAS COMUNIDADES 02-CRIAÇÃO E AMPLIAÇÃO DA EDUCAÇÃO PERMANENTE DOS CONSELHOS 03-SENSIBILIZAR A COMUNIDADE PARA PARTICIPAÇÃO DIRETA NA MOBILIZAÇÃO PARA DIVULGAÇÃO DOS SEUS DIREITOS E DEVERES 04-CAPACITAÇÃO CONTINUADA OFERECIDA AOS CONSELHEIROS DE SAÚDE ATRAVÉS DO ESADO			E/N	Assistência Farmacêutica
5	Agreste de Alagoinhas - Litoral Norte	ITAPICURU	05-CRIAÇÃO DE GRUPOS DE IDOSOS DENTRO DAS UNIDADES DA ESF PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE DO IDOSO 06-CRIAÇÃO DE COMISSÕES NOS TRÊS NÍVEIS DE GOVERNO PARA AUXILIAR NO COMBATE DAS DROGAS E PROSTITUIÇÃO INFANTIL ATRAVÉS DAS POLÍTICAS INTEGRADAS 07-IMPLANTAÇÃO DE POLÍTICAS DE SAÚDE PARA A JUVENTUDE 08-CRIAÇÃO DE UM NÚCLEO DE APOIO PELO		M		Assistência Farmacêutica

- Com a aplicação do filtro você poderá selecionar apenas as propostas que deverão ser analisadas (as de abrangência estadual e/ou nacional). Para isto clique no ícone do auto filtro da Coluna “Abrangência E e/ou N”. Aparecerão opções de filtro, escolha a opção “Filtro padrão”. Ao clicar nesta opção aparecerá uma caixa de mensagem da seguinte forma:

1	A	B	C	D	E	F	G
	Território Identidade	Município	PROPOSTA ORIGINAL	PROPOSTA FINI	ABRANGÊNCIA	ABRANGÊNCIA E E OU	TEMA ORIGINAL
2	Agreste de Alagoinhas - Litoral Norte	ITAPICURU	01- EFETIVAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE MATERNA INFANTIL 02-AMPLIAÇÃO E COBERTURA DAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA 03- FORTALECIMENTO DA REGULÇÃO E REGIONALIZAÇÃO DE PROFISSIONAIS ESPECIALISTAS 04- EFETIVAR A POLÍTICA DE INCLUSÃO DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA FÍSICA			N	Assistência Farmacêutica
3	Agreste de Alagoinhas - Litoral Norte	ITAPICURU	EFEETVAR A POLÍTICA DE INCLUSÃO DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA FÍSICA 05- AMPLIAÇÃO DO ELENCO DE MEDICAÇÃO E OFERECIDAS PELA REDE BÁSICA DE SAÚDE E AUMENTO DA OFERTA DE LEITES ESPECIAIS 06-FORTALECIMENTO DA URGÊNCIA MÓVEL (SAMU) 07-MELHORIA NA COLETA E DESTINO FINAL DO LIXO HOSPITALAR		M	E	Assistência Farmacêutica
4	Agreste de Alagoinhas - Litoral Norte	ITAPICURU	03-SENSIBILIZAR A COMUNIDADE PARA PARTICIPAÇÃO DIRETA NA MOBILIZAÇÃO PARA DIVULGAÇÃO DOS SEUS DIREITOS E DEVERES 04-CAPACITAÇÃO CONTINUADA OFERECIDA AOS CONSELHEIROS DE SAÚDE ATRAVÉS DO ESADO			E/N	Assistência Farmacêutica
5	Agreste de Alagoinhas - Litoral Norte	ITAPICURU	05-CRIAÇÃO DE GRUPOS DE IDOSOS DENTRO DAS UNIDADES DA ESF PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE DO IDOSO 06-CRIAÇÃO DE COMISSÕES NOS TRÊS NÍVEIS DE GOVERNO PARA AUXILIAR NO COMBATE DAS DROGAS E PROSTITUIÇÃO INFANTIL ATRAVÉS DAS POLÍTICAS INTEGRADAS 07-IMPLANTAÇÃO DE POLÍTICAS DE SAÚDE PARA A JUVENTUDE 08-CRIAÇÃO DE UM NÚCLEO DE APOIO PELO		M		Assistência Farmacêutica

Filtro Padrão

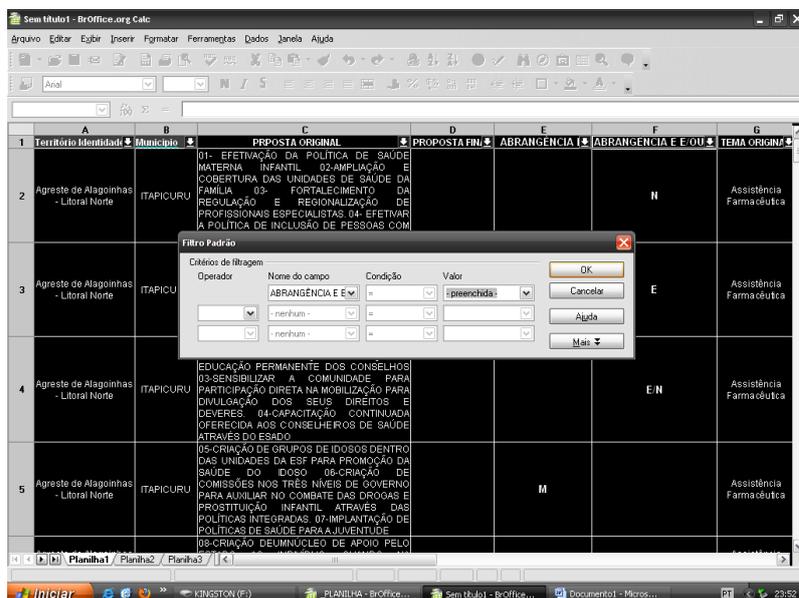
Critérios de filtragem

Operador	Nome do campo	Condição	Valor
	ABRANGÊNCIA E E	igual	preenchida
	- nenhum -	=	
	- nenhum -	=	

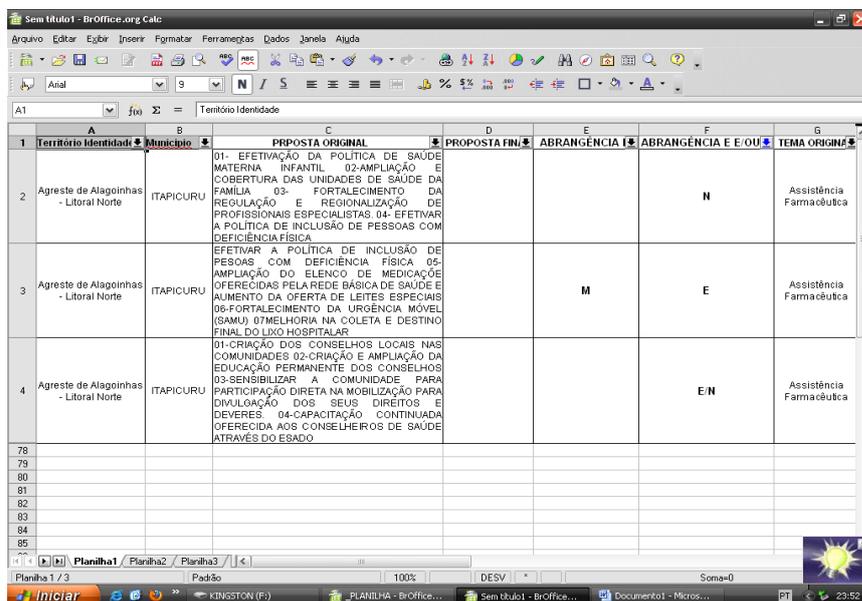
OK Cancelar Ajuda Mais

Perceba que Nome do campo diz respeito à coluna que você deseja aplicar o filtro padrão. Quanto a condição trabalharemos com a opção igual. Em Valor, você deverá abrir a seta de opção e escolher preenchida (como figura abaixo). O que isto quer dizer? Diz que você irá selecionar nesta coluna todas as células que estão

preenchidas excluindo as células vazias (ou seja àquelas propostas que só foram preenchidas na coluna abrangência municipal).



- Ao clicar em OK da caixa de mensagem sua planilha aparecerá da seguinte forma:



OBS: É importante ressaltar que a classificação que aparece nas imagens acima é meramente ilustrativa, pois as propostas não foram analisadas previamente para construir o instrutivo.

- Você deverá selecionar todas as células que ficaram em sua planilha após a aplicação do filtro. Selecione, copie e, em seguida, cole na ABA DO EXCEL DENOMINADA "E_N" do arquivo que a dupla está trabalhando.
- Posteriormente, a dupla deverá excluir a coluna "abrangência municipal" (pois esta coluna não terá mais funcionalidade). Assim, sua planilha ficará da seguinte forma:

		PROPOSTA ORIGINAL	PROPOSTA FINAL	ABRANGÊNCIA E E/OU N	TEMA ORIGINAL	TEMA FINAL
1		01- EFETIVAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE MATERNA INFANTIL 02-AMPLIÇÃO E COBERTURA DAS UNIDADES DE SAÚDE DA				
2	Agreste de Alagoíhas - Litoral Norte	ITAPICURU 01-REGULAÇÃO E REGIONALIZAÇÃO DE PROFISSIONAIS ESPECIALISTAS 04- EFETIVAR A POLÍTICA DE INCLUSÃO DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA FÍSICA			Farmacêutica	
3	Agreste de Alagoíhas - Litoral Norte	ITAPICURU 01-EFETIVAR A POLÍTICA DE INCLUSÃO DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA FÍSICA 05-AMPLIÇÃO DO ELENCO DE MEDICAÇÕES 06-FORTALECIMENTO DA URGÊNCIA MÓVEL (SAMU) 07-MELHORIA NA COLETA E DESTINO FINAL DO LIXO HOSPITALAR		E	Assistência Farmacêutica	
4	Agreste de Alagoíhas - Litoral Norte	ITAPICURU 01-CRIAÇÃO DOS CONSELHOS LOCAIS NAS COMUNIDADES 02-CRIAÇÃO E AMPLIÇÃO DA EDUCAÇÃO PERMANENTE DOS CONSELHOS 03-SENSIBILIZAR A COMUNIDADE PARA PARTICIPAÇÃO DIRETA NA MOBILIZAÇÃO PARA DIVULGAÇÃO DOS SEUS DIREITOS E DEVERES 04-CAPACITAÇÃO CONTINUADA OPERICIONA AOS CONSELHEIROS DE SAÚDE ATRAVÉS DO ESADO		E/N	Assistência Farmacêutica	
78						
79						
80						
81						
82						
83						
84						
85						

ATENÇÃO: Sempre salve o arquivo que está trabalhando com esta orientação: A extensão (escolher em tipo de arquivo) deverá ser Microsoft Excel 97/2000/XP (.xls). Ao fazer a opção pela extensão mencionada acima, aparecerá uma caixa de mensagem perguntando se você deseja alterar formato. Escolha a opção **Manter formato atual**.

PASSO 4 – Coerência Textual da Proposta

ATENÇÃO: as análises são para todas as propostas dos territórios identidades que se encontram na aba “E_N”.

Deve ser realizada a leitura do texto da proposta avaliando a coerência e objetividade. Todas as propostas devem ser encaminhadas para coluna ‘Proposta Final’ - com ou sem qualificação/melhora.

ATENÇÃO: Caso sejam detectados erros de português, caracteres, marcadores etc. a proposta deverá ser corrigida e mantida SEM ALTERAÇÃO DA COR.

No caso da proposta ter sido qualificada/melhorada, a mesma deverá ser destacada de **amarelo** na coluna ‘final’.

No caso de dúvidas quanto à proposta, a dupla deverá discutir com o monitor as modificações necessárias. Permanecendo a **DÚVIDA**, a letra da proposta deverá ser modificada para **vermelho** na coluna ‘final’.

Exemplo:

PROPOSTAS	
ORIGINAL	FINAL
1-Descentralização da Central de Regulação nos municípios para as regiões de saúde	Implantar efetivamente os complexos reguladores regionais.
Desprecarização dos vínculos dos trabalhadores da Atenção Básica	Desprecarização dos vínculos dos trabalhadores da Atenção Básica
Fortalecer o PSE (Programa de Saúde da Escola), qualificando os recursos humanos, associando ações de divulgação e apresentação do programa.	Fortalecer o PSE (Programa de Saúde da Escola) mediante qualificação dos recursos humanos e

PASSO 5 – COERÊNCIA DO TEMA

ATENÇÃO: as análises são para todas as propostas dos territórios identidades que se encontram na aba “E_N”.

IMPORTANTE: os temas originais selecionados para Conferência são:

- Assistência Farmacêutica,
- Atenção às Urgências,
- Atenção Básica,
- Atenção Especializada,
- Atenção Psicossocial,
- Gestão,
- Intersetorialidade,
- Saúde do Trabalhador
- Vigilância e Proteção da Saúde.

Deverá ser realizada a leitura da proposta avaliando a coerência da mesma com o tema apresentado. Todos os temas devem ser encaminhados para coluna ‘Tema Final’. Com ou sem modificação.

No caso de o tema ter sido modificado, **a linha inteira deverá ser destacada de amarelo**. Em seguida, a dupla deverá recortá-la (a linha inteira) e COLAR NA ABA RESPECTIVA AO TEMA, que a dupla classificou, na planilha de transição que o administrador entregou.

ATENÇÃO: A planilha de transição já será entregue pelo administrador com a divisão em abas dos respectivos temas.

ATENÇÃO1: Este arquivo deve ser entregue ao monitor no fim do turno de trabalho quando concluir toda a análise das propostas.

ATENÇÃO 2: A proposta que for compor a planilha de transição deverá ser analisada até a coluna “Diretriz” (especificado no PASSO 6).

No caso de dúvidas quanto ao tema, a dupla deverá discutir com o monitor as modificações necessárias. Permanecendo a dúvida, a letra do tema deverá ser modificada para **vermelho** na coluna ‘final’.

Exemplo:

TEMA	
ORIGINAL	FINAL
Atenção Básica	Atenção Básica
Atenção Básica	Assistência Farmacêutica
Atenção Básica	Gestão

PASSO 6 – COERÊNCIA DO SUBEIXO/DIRETRIZ

ATENÇÃO: as análises são para todas as propostas dos territórios identidades que se encontram na aba “E_N”.

IMPORTANTE: os municípios utilizaram três subeixos para classificar as propostas. Entretanto, para 8ª CONFERES será utilizado a classificação abaixo:

1. Políticas Públicas, Políticas de Saúde, Seguridade Social e Intersetorialidade
2. Participação e Controle Social
31. Financiamento
32. Acesso com Qualidade
33. Relação Público e Privado
34. Gestão do Sistema e Pacto Interfederativo
35. Gestão do Trabalho e Educação

Deve ser realizada a leitura da proposta avaliando a coerência dela com o subeixo apresentado. As propostas do subeixo 'três' deverão ser analisadas e classificadas de acordo com a lista acima. **Todos os subeixos, modificados ou não, deverão ser transferidos para coluna 'Diretriz'**.

No caso do subeixo modificado, o mesmo deverá ser destacado de **amarelo**.

No caso de dúvidas quanto a classificação de subeixo/diretriz, a dupla deverá discutir com o monitor as modificações necessárias. Permanecendo a dúvida, o número do mesmo deverá ser modificado para **vermelho** na coluna 'Diretriz'.

OBSERVAÇÃO: No caso do SUBEIXO 3 a classificação das diretrizes (31, 32, 33, 34, 35) não caberá destaque amarelo.

Exemplo:

SUBEIXO/DIRETRIZ	
SUBEIXO	DIRETRIZ
2	2
3	31
1	2
3	1

PASSO 7 – ORGANIZAÇÃO DAS PROPOSTAS SEGUNDO TERRITÓRIO IDENTIDADE

-Agora a dupla deverá aplicar o filtro na coluna "território identidade" ainda na aba "E_N". Deverá ser escolhido cada um dos territórios que aparece na sua planilha separadamente. Por exemplo, filtre o território Agreste de Alagoinhas. Na sua planilha serão exibidas propostas do seu tema de trabalho, com abrangência estadual e/ou nacional, enviadas por este território identidade, as diretrizes analisadas e os grupos temáticos.

Selecione estas propostas, copie e cole nas abas respectivas dos territórios identidades do arquivo que a dupla está trabalhando.

OBSERVAÇÃO: só envie para o e-mail relatoria8conferes@gmail.com o arquivo concluído.

ATENÇÃO

Como estaremos trabalhando em um arquivo de Excel, devemos ser ainda mais cuidadosos com o preenchimento das informações, mantendo o mesmo padrão de letra e evitando espaços desnecessários.

Bom trabalho para todos nós!!!!

ANEXO D - PERFIL SINTETIZADO DA ANÁLISE DE SITUAÇÃO DE SAÚDE

Síntese do diagnóstico da situação de saúde da população – Estado da Bahia – 2010.

SÍNTESE GLOBAL
Contexto Socioeconômico e Demográfico
<ul style="list-style-type: none"> • Aumento no índice de envelhecimento e decréscimo dos grupos populacionais abaixo dos quinze anos de idade; • Predominância da população de cor parda e de mulheres sobre o total da população; • Aumento da taxa de urbanização e do número de domicílios com rede de abastecimento de água, esgotamento sanitário e coleta de lixo; • Diminuição do grau de desigualdade e menor taxa de analfabetismo das pessoas de 10 anos ou mais de idade da região Nordeste.
Perfil de Morbimortalidade
<ul style="list-style-type: none"> • Redução progressiva da taxa de internação de residentes no Estado; • Principais causas de internação: Doenças do Aparelho Respiratório; Doenças Infecciosas e Parasitárias; Doenças do Aparelho Digestivo; Doenças do Aparelho Circulatório; • Aumento da taxa de incidência de Aids; • Tendência decrescente da taxa de incidência de tuberculose e de elevação da doença meningocócica; • Variações da taxa de incidência de dengue, com períodos epidêmicos que coincidem com a introdução de novos subtipos virais; • Elevação do número de casos de LTA; • Elevação da proporção de casos de hepatite causados por vírus B e vírus C; • Principais causas de morte: Doenças do Aparelho Circulatório; Causas Externas; Neoplasias; • Tendência decrescente de mortalidade por Doenças Infecciosas e Parasitárias; • Aumento da razão de mortalidade materna; • Decréscimo da mortalidade infantil, sendo mais rápida a redução nas taxas de mortalidade no período pós-neonatal.
SÍNTESE POR CICLO DE VIDA
Saúde da criança (0 a 9 anos)
<ul style="list-style-type: none"> • Elevada taxa de incidência de dengue, de hepatites por todas as etiologias em menores de 1 ano e do número de casos de sífilis congênita; • Principais causas de internação: menores de 1 ano – doenças do aparelho respiratório, afecções originadas no período perinatal e doenças infecciosas e parasitárias; 1 a 9 anos – doenças do aparelho respiratório, doenças infecciosas e parasitárias e doenças do aparelho digestivo.
Saúde do adolescente (10 a 19 anos)
<ul style="list-style-type: none"> • Aumento do número de casos de dengue e tendência de estabilização do número de casos de Aids; • Principais causas de internação: sexo masculino – causas externas, doenças infecciosas e parasitárias e doenças respiratórias; sexo feminino – gravidez, parto e puerpério.
Saúde do adulto (20 a 59 anos)
<ul style="list-style-type: none"> • Elevação do número de transtornos mentais e comportamentais, internações e morte por causas externas em adultos de 20 a 39 anos; • Elevação da taxa de incidência de Aids; • Elevado número de internações em mulheres de 20 a 39 anos devido a: gravidez, parto e puerpério; doenças do aparelho geniturinário; doenças do aparelho digestivo; doenças infecciosas e parasitárias; doenças do aparelho respiratório e neoplasias; • Maior número de internações entre homens de 40 a 59 anos por doenças do aparelho digestivo e doenças do aparelho circulatório; • Entre mulheres de 40 a 59 anos, as principais taxas de internações foram por leiomioma do útero, diarreias infecciosas, prolapso genital feminino e doença hipertensiva.
Saúde do idoso (60 anos e mais)
<ul style="list-style-type: none"> • Elevada taxa de detecção de hanseníase; • Tendência à elevação da taxa de incidência de Aids e de declínio da taxa de incidência de tuberculose; • Principais causas de internação: sexo masculino – insuficiência cardíaca e pneumonias; sexo feminino – diarreias infecciosas seguidas de insuficiência cardíaca, pneumonias, doenças hipertensivas, acidente vascular cerebral e asma.

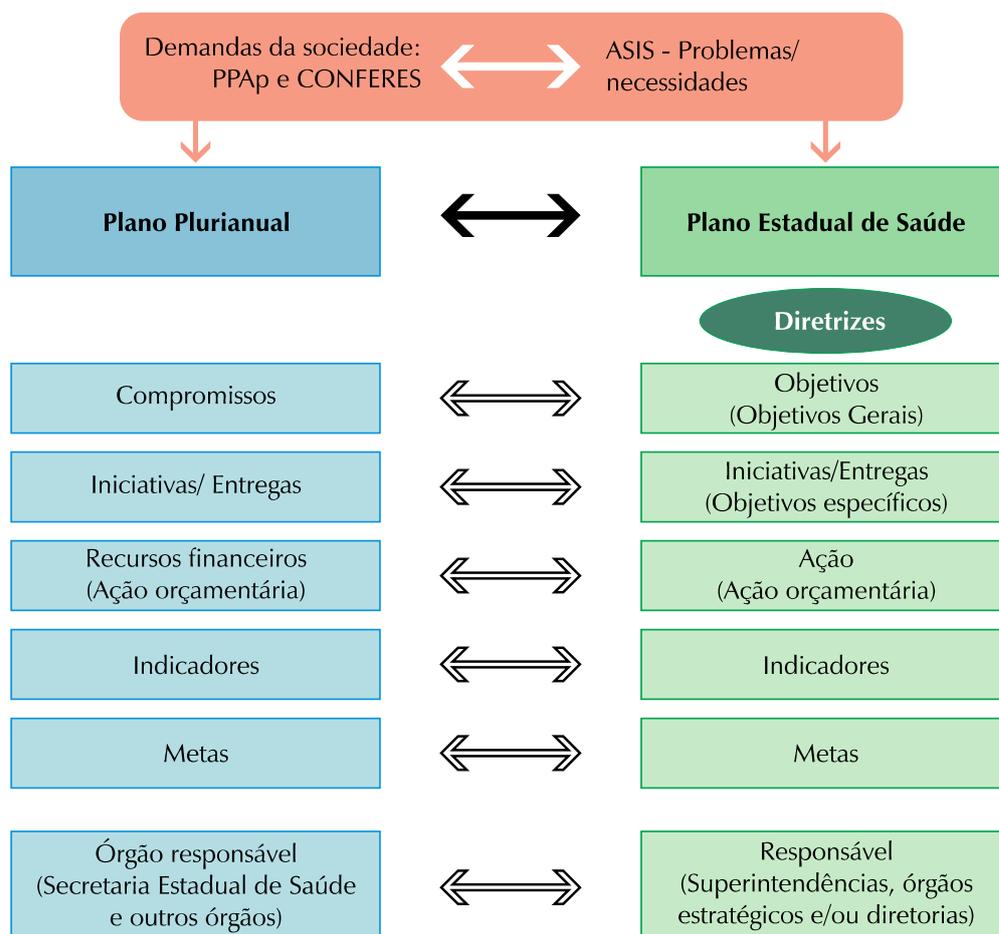
Fonte: SESAB, 2012.

Síntese do diagnóstico do sistema e dos serviços de saúde – Estado da Bahia – 2010
(continuação)

GESTÃO DO SISTEMA E DOS SERVIÇOS DE SAÚDE
<ul style="list-style-type: none"> • Vínculos trabalhistas precários; • Formação profissional inadequada às necessidades do SUS e insuficiente processo de capacitação; • Baixa efetividade do controle social; • Gestão deficiente de sistemas de informação.
FINANCIAMENTO DO SUS-BA
<ul style="list-style-type: none"> • Entre 2008 e 2011, os recursos estaduais aplicados na saúde foram ampliados em 34,5%, mantendo-se acima do estipulado pela EC 29. Contudo, a Bahia ocupa a 23.ª posição entre as unidades federativas quanto ao investimento de recursos próprios em saúde <i>per capita</i>; • Centralização dos recursos financeiros destinados a alta complexidade na capital do Estado e dos recursos da média complexidade nas macrorregiões Leste, Centro-Leste, Sudoeste e Sul.
INFRAESTRUTURA DO SISTEMA E DOS SERVIÇOS DE SAÚDE
<ul style="list-style-type: none"> • Déficit de profissionais que atendem no SUS (em 2011, a Bahia ocupou a 19.ª posição entre as unidades federativas quanto à relação de profissionais de nível superior que atendem no SUS por habitantes); • Déficit de leitos hospitalares e de Unidades de Tratamento Intensivo (UTI) disponíveis ao SUS; • Baixa capacidade instalada de serviços da rede de atenção materno-infantil.
ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE
<ul style="list-style-type: none"> • Baixa atuação intersetorial e interinstitucional; • Não conformação de redes de atenção regionalizada e resolutiva; • Incipiente regulação da assistência à saúde.
PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS EM SAÚDE
<ul style="list-style-type: none"> • Baixa resolutividade e cobertura (nos Municípios de grande porte) da atenção básica/ESF; • Baixa cobertura assistencial dos serviços de média e alta complexidade no interior do Estado; • Ampla cobertura dos serviços de urgência e emergência; • Baixa resolutividade das ações de vigilância à saúde.

Fonte: SESAB, 2012.

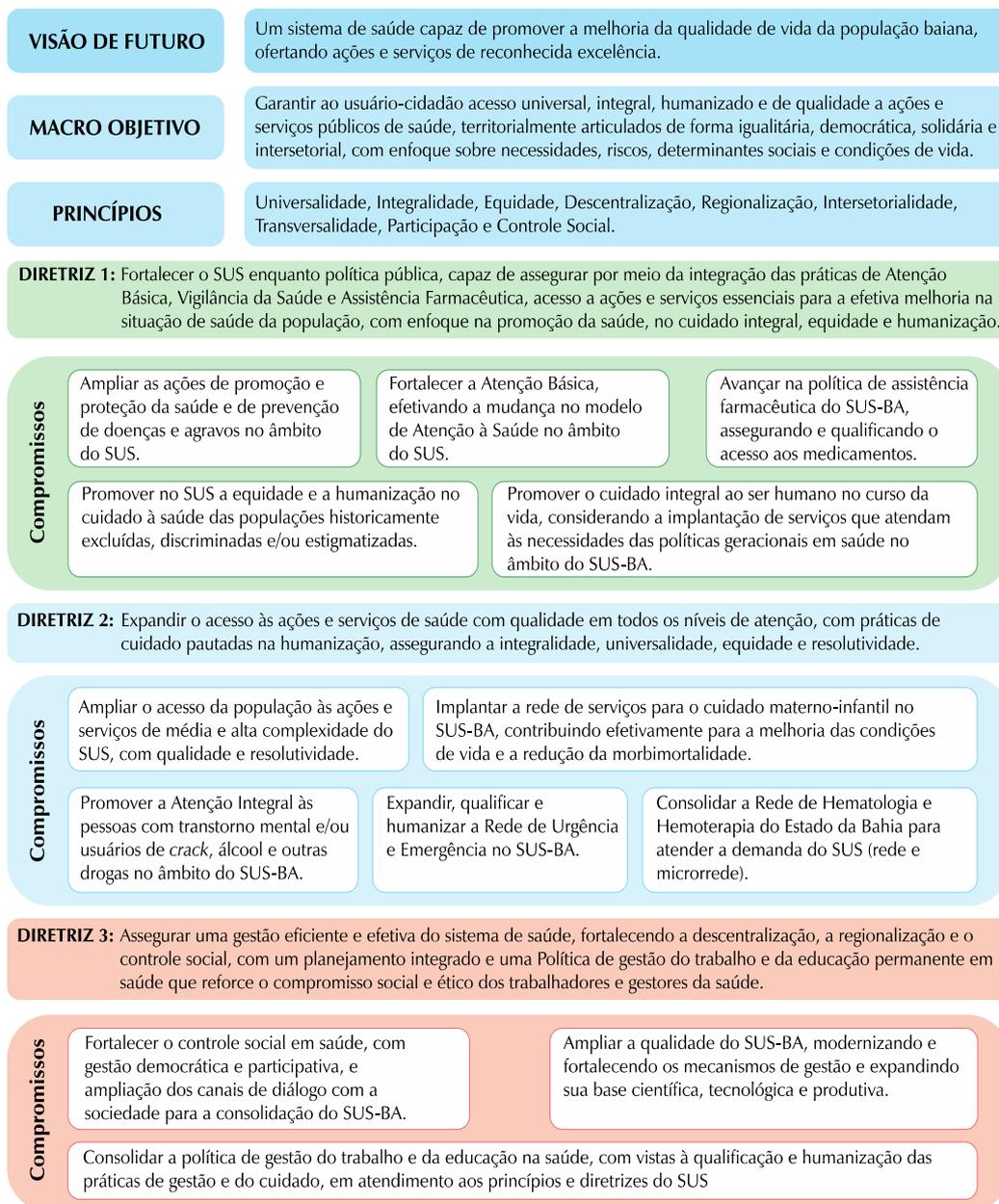
ANEXO E - QUADRO DE CONEXÕES CONCEITUAIS ENTRE O PPA 2012-2015 E O PES 2012-2015.



Fonte: SESAB, 2012.

ANEXO F - MATRIZ ESTRATÉGICA DO SUS-BA

MATRIZ ESTRATÉGICA DO SUS-BAHIA



USUÁRIO-CIDADÃO
Políticas públicas de saúde,
centradas no Cidadão-Usuário

Fonte: SESAB, 2012.

ANEXO G – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
FEIRA DE SANTANA - UEFS



PROJETO DE PESQUISA

Título: SISTEMA DE CADASTRO DOS RELATÓRIOS FINAIS DAS CONFERÊNCIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE COMO DISPOSITIVO DE PLANEJAMENTO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DO ESTADO DA BAHIA.

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 06125812.8.0000.0053

Pesquisador: Gladys Reis de Oliveira

Instituição: Universidade Estadual de Feira de Santana

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Número do Parecer: 100.628

Data da Relatoria: 28/09/2012

Apresentação do Projeto:

O controle social está voltado para a defesa do Sistema Único de Saúde através da Lei 8142/90 a qual institui, além de outras diretrizes, a formação dos Conselhos de Saúde e a realização das Conferências de Saúde como instâncias de discussão das políticas públicas realizadas pela sociedade, trazendo propostas, demandas de melhorias para o fortalecimento do SUS nos âmbitos nacional, estadual e municipal. Neste sentido, a Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB) através da Coordenação de Projetos Especiais do Gabinete do Secretário (COPE/GASEC), setor este responsável pela planejamento e avaliação da ações em saúde desta secretaria, elaborou um sistema on line de registro das propostas/demandas advindas das Conferências Municipais de Saúde para a organização da 8a. Conferência Estadual de Saúde (CONFERES) realizado no ano de 2011. Este sistema denominou-se de SICARF, Sistema de Cadastro do Relatórios Finais das Conferências Municipais de Saúde, a equipe organizadora das Conferências de Saúde nos municípios acessavam o sistema através de login e senha e cadastravam as propostas/demandas aprovadas. A COPE/GASEC responsabilizou-se pelo processo de relatoria da 8a. Conferência Estadual de Saúde, fazendo parte da equipe organizadora da mesma e por isso a análise das propostas/demandas das conferências municipais tornou-se seu compromisso no intuito de elaborar o Caderno de Propostas da 8a. CONFERES, subsídio importante para os debates pelos delegados (indicados pelas conferências municipais) durante as plenárias desta Conferência Estadual.

Entretanto, o banco de dados do SICARF demonstrou para a equipe de planejamento da COPE/GASEC uma potência em agregar as demandas/propostas da sociedade ao planejamento de governo, mais especificamente para a elaboração do Plano Estadual de Saúde 2012-2016 e as Programações Anuais, além de outras análises, fortalecendo o planejamento participativo.

Neste sentido, por fazer parte, na época, da equipe da COPE/GASEC e participar diretamente do processo de concepção do SICARF, analisar este sistema tornou-se crucial para qualificar ações futuras das equipes de relatoria das Conferências Estaduais de Saúde e Planejamento em Saúde. Além disso, 409 (quatrocentos e nove) municípios enviaram propostas/demandas para a 8a. CONFERES (através do SICARF), representando 98% do Estado da Bahia e foram 8.104 propostas/demandas cadastradas evidenciando, também, a importância em realizar o referido estudo. Assim, a formulação do problema de pesquisa configurou-se nas seguintes questões norteadoras:

- Como foi o processo de criação do SICARF para a 8ª. Conferência Estadual de Saúde?
- Como as propostas aprovadas nas Conferências Municipais de Saúde no ano de 2011 e enviadas através do SICARF proporcionaram o planejamento da gestão estadual de saúde?
- Quais as contribuições do SICARF para ações de planejamento das políticas públicas na gestão da Bahia no ano de 2012?
- Quais os avanços, limites e perspectivas da utilização do SICARF como dispositivo de planejamento

Endereço: Km 03 - BR 116- Campus Universitário

Bairro: Módulo I

CEP: 44.031-480

UF: BA

Município: FEIRA DE SANTANA

Telefone: (75)3224-8124

Fax: (75)3224-8124

E-mail: cep.uefs@yahoo.com.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
FEIRA DE SANTANA - UEFS



de governo? Portanto, este estudo basea-se no seguinte pressuposto:

- O Sistema de Cadastro dos Relatórios Finais das Conferências Municipais de Saúde (SICARF) foi um dispositivo que facilitou a articulação das demandas da sociedade para o planejamento das políticas públicas em saúde do Estado da Bahia. O controle social está voltado para a defesa do Sistema Único de Saúde através da Lei 8142/90 a qual instituiu,

além de outras diretrizes, a formação dos Conselhos de Saúde e a realização das Conferências de Saúde como instâncias de discussão das políticas públicas realizadas pela sociedade, trazendo propostas, demandas de melhorias para o fortalecimento do SUS nos âmbitos nacional, estadual e municipal.

Neste sentido, a Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB) através da Coordenação de Projetos Especiais do Gabinete do Secretário (COPE/GASEC), setor este responsável pelo planejamento e avaliação das ações em saúde desta secretaria, elaborou um sistema on line de registro das propostas/demandas advindas das Conferências Municipais de Saúde para a organização da 8ª Conferência Estadual de Saúde (CONFERES) realizado no ano de 2011. Este sistema denominou-se de SICARF, Sistema de Cadastro dos Relatórios Finais das Conferências Municipais de Saúde, a equipe organizadora das Conferências de Saúde nos municípios acessavam o sistema através de login e senha e cadastravam as propostas/demandas aprovadas. A COPE/GASEC responsabilizou-se pelo processo de relatoria da 8ª Conferência Estadual de Saúde, fazendo parte da equipe organizadora da mesma e por isso a análise das propostas/demandas das conferências municipais tornou-se seu compromisso no intuito de elaborar o Caderno de Propostas da 8ª CONFERES, subsídio importante para os debates pelos delegados (indicados pelas conferências municipais) durante as

plenárias desta Conferência Estadual. Entretanto, o banco de dados do SICARF demonstrou para a equipe de planejamento da COPE/GASEC uma potência em agregar as demandas/propostas da sociedade ao planejamento de governo, mais especificamente para a elaboração do Plano Estadual de Saúde 2012-2016 e as Programações Anuais, além de outras análises, fortalecendo o planejamento participativo. Neste sentido, por fazer parte, na época, da equipe da COPE/GASEC e participar diretamente do processo de concepção do SICARF, analisar este sistema tornou-se crucial para qualificar ações futuras das equipes de relatoria das Conferências Estaduais de Saúde e Planejamento em Saúde. Além disso, 409 (quatrocentos e nove) municípios enviaram propostas/demandas para a 8ª CONFERES (através do SICARF), representando 98% do Estado da Bahia e foram 8.104 propostas/demandas cadastradas evidenciando, também, a importância em realizar o referido estudo.

Assim, a formulação do problema de pesquisa configurou-se nas seguintes questões norteadoras:

- Como foi o processo de criação do SICARF para a 8ª Conferência Estadual de Saúde?
- Como as propostas aprovadas nas Conferências Municipais de Saúde no ano de 2011 e enviadas através do SICARF proporcionaram o planejamento da gestão estadual de saúde?
- Quais as contribuições do SICARF para ações de planejamento das políticas públicas na gestão da Bahia no ano de 2012?
- Quais os avanços, limites e perspectivas da utilização do SICARF como dispositivo de planejamento de governo?

Portanto, este estudo basea-se no seguinte pressuposto:

- O Sistema de Cadastro dos Relatórios Finais das Conferências Municipais de Saúde (SICARF) foi um dispositivo que facilitou a articulação das demandas da sociedade para o planejamento das políticas públicas em saúde do Estado da Bahia.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral:

-Analisar o Sistema de Cadastro dos Relatórios Finais (SICARF) como dispositivo articulador das demandas das Conferências Municipais de Saúde no ano de 2011 para ações de planejamento das políticas públicas do Estado da Bahia.

E os objetivos específicos corresponderam a:

Endereço: Km 03 - BR 116- Campus Universitário
Bairro: Módulo I CEP: 44.031-480
UF: BA Município: FEIRA DE SANTANA
Telefone: (75)3224-8124 Fax: (75)3224-8124 E-mail: cep.uefs@yahoo.com.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
FEIRA DE SANTANA - UEFS



- Descrever o processo de elaboração do SICARF e a utilização deste durante a organização da 8ª Conferência Estadual de Saúde da Bahia;
- Classificar as propostas aprovadas nas Conferências Municipais de Saúde em 2011 que foram pertinentes à gestão estadual para o planejamento em saúde;
- Identificar as facilidades, limites e potencialidades do SICARF para o processo de planejamento em saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos

O estudo não apresenta riscos diretos aos participantes, porém a temática estudada pode apresentar algum risco indireto de ansiedade ao refletirem sobre o uso do banco de dados do SICARF para desenvolverem os seus trabalhos durante a 8ª Conferência Estadual de Saúde e elaboração dos instrumentos de gestão.

Benefícios

Acredita-se que este estudo poderá contribuir com um referencial que ofereça subsídios para aprimorar o uso do SICARF na próxima Conferência Estadual de Saúde e este servir de base para elaboração dos próximos instrumentos de gestão do SUS.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O presente estudo é de natureza descritiva com abordagem qualitativa. A escolha desta abordagem e o tipo estudo revelaram-se como a maneira adequada de extrair da realidade uma forma apropriada de compreender as questões norteadoras desta pesquisa.

3.1 COLETA DE DADOS

De acordo com a proposta desta pesquisa de escolher o tipo estudo descritivo a coleta de dados deve basear-se em diversas fontes de evidências. Neste sentido, optou-se por utilizar a análise documental e o grupo focal com a equipe técnica da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia que trabalhou com os dados do Sistema de Cadastro dos Relatórios Finais das Conferências Municipais de Saúde e SICARF.

3.1.1 Análise Bibliográfica

A análise bibliográfica é constituída de livros, periódicos e relatórios, considerada como fonte de investigação secundária. Porém, não dispensa o rigor necessário a qualquer pesquisa científica, nem as etapas que compõem a definição de um projeto e relatório de pesquisa (SANTANA; NASCIMENTO, 2010, p. 89). Nesta pesquisa, portanto será analisado todos os instrumentos de gestão em saúde que utilizaram o banco de dados do SICARF durante a sua elaboração. Esses documentos serão obtidos através do setor da COPE/GASEC, setor este responsável pela elaboração dos instrumentos de planejamento de gestão e a sua publicação. O acesso a esses documentos também serão facilitados tendo em vista que a pesquisadora é integrante do grupo de elaboração de tais instrumentos.

3.1.2 Grupo Focal

O grupo focal se constitui num tipo de entrevista ou conversa em grupos pequenos e homogêneos. Para serem bem sucedidos, precisam ser planejados, pois visam obter informações, aprofundamento e interação entre os participantes, seja para gerar consenso, seja para explicitar convergências (MINAYO, 2004).

O grupo focal é uma das técnicas muito utilizada para a captação de informações sobre um determinado acontecimento vivenciado ou conhecido por um grupo de pessoas que discutem livremente sobre o

assunto,

guiada por um moderador (SANTANA; NASCIMENTO, 2010, p. 114)

O grupo focal é uma técnica que permite a obtenção de dados a partir de sessões grupais entre pessoas que compartilham um traço em comum. Neste sentido, os integrantes convidados ao grupo focal são da equipe técnica da Coordenação de Projetos Especiais do Gabinete do Secretário da Secretarai de Saúde do Estado da Bahia (COPE/GASEC/SESAB), voluntários da Universidade do Estado da Bahia e UNEB e estudantes de graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia que utilizaram o banco de dados do SICARF durante a organização da 8a. Conferência Estadual de Saúde e também para a elaboração dos instrumentos de gestão. Participarão do grupo focal seis a dez participantes.

A sessão do grupo focal seguirá um roteiro prévio que se encontra no APÊNDICE A e este roteiro emergiu dos achados nos documentos bibliográficos e da experiência pessoal como integrante do grupo.

O grupo será conduzido por um moderador que não será a pesquisadora principal e um observador não participante que fará anotações escritas para nortear posteriormente a análise dos dados. As entrevistas serão gravadas e transcritas para facilitar a análise, somando-se aos registros escritos feito pelo observador não participante.

3.1.3 Tratamento dos Dados Coletados

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Por se tratar de um Estudo Descritivo a técnica mais indicada nesta etapa da pesquisa é a Análise de Conteúdo, pois auxiliará o pesquisador no processo de descrição e compreensão da pesquisa bibliográfica, bem como das falas dos sujeitos do grupo focal.

Para o desencadeamento do processo de Análise de Conteúdo, foram utilizadas as seguintes etapas: pré-análise,

que consiste na organização e seleção do material a ser analisado; descrição analítica, que é o estudo aprofundado do material, orientado pelas proposições e referencial teórico; e o recorte das unidades temáticas que consiste em descobrir os núcleos de sentido (SANTANA; NASCIMENTO, 2010). A partir deste processo, serão realizadas interpretações dos dados coletados, em função dos propósitos do estudo.

Os dados coletados serão analisados por meio das duas técnicas de coleta de dados já citados: a análise bibliográfica e o grupo focal. Tendo em vista a associação das duas técnicas, optou-se por apresentar os resultados de forma integrada, uma vez que esses dados se complementam.

3.2 DIMENSÃO ÉTICA DO ESTUDO

Este estudo está regido pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde de no. 196/96 que se refere a composição das Diretrizes e Normas Regulamentadoras para a Pesquisa envolvendo Seres Humanos no Brasil.

Esta Resolução enfatiza a observância dos princípios do respeito à autonomia, da beneficência, da não-maleficência,

da justiça e equidade como balizas para assegurarem a eticidade da pesquisa mas sem tomar estes princípios como absolutos (SANTANA; NASCIMENTO, 2010, p.187 e 188)

Neste sentido, foram elaborados dois documentos de solicitação de autorização de pesquisa a Coordenação da COPE/GASEC/SESAB denominados Solicitação de Autorização para Pesquisa no Banco de Dados, que consiste na autorização do uso do banco de dados do SICARF para análise (APÊNDICE B), e a

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
FEIRA DE SANTANA - UEFS



Solicitação de

Autorização para Pesquisa pra realização do grupo focal (APÊNDICE C). O qual a pesquisadora já recebeu o autorizo do setor.

Será realizado o convite aos participantes por e-mail e no momento do convite serão explicados os objetivos e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE D) encaminhados em anexo ao e-mail para conhecimento. Além disso, será solicitado a confirmação do participante por e-mail para controle dos participantes pela pesquisadora. Esse Termo será entregue em duas vias impressas no dia de realização do grupo focal , ficando uma para o participante e outra para o pesquisador. Após a sua leitura, ambos assinarão, garantindo os preceitos éticos da pesquisa, conforme determina a Resolução n. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996).

Também cabe salientar que, para preservar a identidade dos participantes deste estudo, lhes foi assegurado o seu anonimato. Ainda, com relação ao material resultante da coleta de dados, destaca-se que este ficará de posse da pesquisadora compondo um banco de dados qualitativo.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Pesquisadora apresentou/anexou todos os documentos protocolares exigidos pelo CEP/UEFS.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto Aprovado

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

FEIRA DE SANTANA, 18 de Setembro de 2012

Assinado por:

Maria Angela Alves do Nascimento

Endereço: Km 03 - BR 116- Campus Universitário

Bairro: Módulo I

CEP: 44.031-460

UF: BA

Município: FEIRA DE SANTANA

Telefone: (75)3224-8124

Fax: (75)3224-8124

E-mail: cep.uefs@yahoo.com.br

ANEXO H – AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA

GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA
Secretaria da Saúde do Estado da Bahia
Gabinete do Secretário

Ofício COPE nº. 080/2012.

Salvador, 20 de julho de 2012.

AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA

Eu, Washington Abreu de Jesus, Coordenador de Projetos Especiais do Gabinete do Secretário da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia autorizo a pesquisadora Gladys Reis de Oliveira, aluna do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana a realizar a pesquisa no banco de dados do Sistema de Cadastro dos Relatórios Finais das Conferências Municipais de Saúde - SICARF, bem como realizar o grupo focal com a equipe técnica da COPE no intuito de desenvolver o estudo intitulado Sistema de Cadastro dos Relatórios Finais das Conferências Municipais de Saúde (SICARF) como dispositivo de Planejamento das Políticas Públicas do Estado da Bahia.

Atenciosamente,

Washington Luiz Abreu de Jesus
Coordenação de Projetos Especiais - COPE/GASEC