

PRESTAÇÃO DE CONTAS ORDINÁRIAS ANUAL  
Relatório de Gestão Exercício de 2011

Salvador- BA

## PRESTAÇÃO DE CONTAS ORDINÁRIAS ANUAL

Relatório de Gestão Exercício de 2011

**Relatório de Gestão apresentado ao Conselho de Saúde do Estado da Bahia – CES/BA como prestação de contas anual 2011 .**

Salvador- BA

Diretor Geral

João Batista e Humberto Torreão

Diretor de Desenvolvimento da Atenção à Saúde

Humberto Torreão

Diretor de Gestão da Educação e do Trabalho

Alexandre de Souza Ramos e Luciana Maciel

Diretoria Administrativa e Financeira

Abdon Pinho

Contador

Milton Sousa Gomes

## Índice

### **1. Apresentação**

### **2. Identificação**

2.1. Relação dos Municípios Instituidores

### **3. Das Metas institucionais fixadas pelos Órgãos Diretivos no exercício**

3.1 Consolidação da política de avaliação de desempenho funcional

3.2 Implementação de projetos de inovação e qualidade na sede e municípios

3.3 Implementação e monitoramento das ações do PTI em todas as diretorias, criando ferramenta de gestão e avaliação

3.4 Expansão e consolidação da Biblioteca Virtual FESF-SUS

3.5 Gestão, avaliação e monitoramento dos produtos GPQ na sede administrativa

3.6 Processo de seleção simplificada para contratação por prazo determinado

3.7 Gestão das situações trabalhistas prioritárias

3.8 Gestão do ambiente virtual de aprendizagem

3.9 Formação inicial do trabalhador - FIT EAD

3.10 Especialização em saúde da família

3.11 Observatório do trabalho

3.12 Telessaúde e apoio clínico

3.13 Mestrado Profissional

3.14 Rodas de Educação permanente

### 3.15 Celebração e gestão de contratos

#### 3.15.1 Autonomia financeira e gerencial da FESF

#### 3.15.2 Instrumento de pactuação: Contrato de programa e contrato de gestão

#### 3.15.3 Gestão de contrato de gestão com Municípios

##### 3.15.3.1 Aditivos contratuais

##### 3.15.3.2 Relatório anual de resultados

### 3.16 Desenvolvimento do sistema de gestão compartilhada dos serviços de atenção básica

#### 3.16.1 Desenvolvimento do apoio institucional FESF-SUS

##### 3.16.1.1 Plano de desenvolvimento da gestão e do cuidado

##### 3.16.1.2 Planos de ações e resultados em saúde

##### 3.16.1.3 Ações relacionadas ao PMAQ – AB

##### 3.16.1.4 Adequações dos serviços de apoio Institucional FESF-SUS

#### 3.16.2 Qualificação das comissões de acompanhamento e avaliação

#### 3.16.3 Desenvolvimento e implantação do sistema de monitoramento da atenção primária a saúde

##### 3.16.3.1 Participação nas conferências de saúde

##### 3.16.3.1.1 Participação na Conferência Estadual de Saúde

##### 3.16.3.1.2 Participação em Conferências e pré Conferências Municipais de saúde

#### 3.16.4 Participação em Planos Plurianuais participativos nos municípios

#### 3.16.5 Participação nos Colegiados de gestão macro – regionais

3.17 Desenvolvimento e implantação de política de gestão, avaliação e indução da qualidade dos serviços de saúde

3.17.1 Desenvolvimento e gestão do sistema de remuneração variável baseado no alcance de metas e resultados

3.17.2 Desenvolvimento e gestão da gratificação de produção e qualidade – GPQ

3.17.3 Desenvolvimento e gestão da guia do trabalhador

3.18 Gestão e execução dos serviços: desenvolvimento de atenção a saúde da família nas áreas Contratualizadas

3.18.1 Implantação dos serviços nas áreas contratualizadas

3.18.2 Execução dos serviços nas áreas contratualizadas

3.19 Parcerias Institucionais

3.19.1 Instituto de Atenção Social Integrada (IASIN)

3.19.2 Ministério da Saúde

3.19.3 Universidade Estadual de Feira de Santana

3.19.4 Universidade Federal de Pelotas

3.19.5 Universidade Aberta do SUS – UNASUS Brasil

3.19.6 Universidade Federal do Rio Grande do Sul

3.20 Estruturação Administrativa da Fundação

3.20.1 sala de situação FESF-SUS

3.20.2 Ocupação de cargos por efetivos

3.20.3 Saúde e segurança do trabalho

3.20.4 Quadro de pessoal técnico e administrativo

### 3.20.5 Implantação da controladoria

#### 3.20.5.1 processos de pagamento

#### 3.20.5.2 Setor de pessoal

#### 3.20.5.3 Fluxos dos processos licitatórios

#### 3.20.5.4 Regimento Interno do Conselho Curador

#### 3.20.5.5 Das questões tributárias

## **4. Atividades Administrativas e Financeiras**

### 4.1 Coordenação Administrativa

#### 4.1.1 Licitação

#### 4.1.2 Administrativo e manutenção

### 4.2 Contabilidade e financeiro

#### 4.2.1 Contabilidade/Demonstrações contábeis

#### 4.2.2 Financeiro

##### 4.2.2.1 Análise Financeira

## **5. Relação de Anexos**

## LISTA DE ABREVIACÕES E SIGLAS

TCM/BA - Tribunal de Contas dos Municípios da Bahia

FESF - Fundação Estatal Saúde da Família

UPB - União dos Municípios da Bahia

UAJM - Unidade de Assistência Jurídica aos Municípios

SUS - Sistema Único de Saúde

USF - Unidades de Saúde da Família

SESAB - Secretaria de Estado da Bahia

CES - Conselho Estadual de Saúde

CIB - Comissão Intergestores Bipartite

CER - Compensações das Especificidades Regionais

COCAI - Coordenação de Contratualização e Apoio Institucional

COGET – Coordenação de Gestão do Trabalho

AOCP - Assessoria em Organização de Concursos Públicos

PECS – Plano de Empregos, Cargos e Salários

LRF – Lei de Responsabilidade Fiscal

PAF – Processo Administrativo Funcional

AJUR – Assessoria Jurídica

CAA – Coordenação de Acompanhamento e Apoio

AI – Apoio Institucional

MAPS – Sistema de Monitoramento da Atenção Primária à Saúde

PDGC – Plano de Desenvolvimento da Gestão e do Cuidado

PARES – Plano de Ações e Resultados em Saúde

APG – Apoio Pedagógico do Gestor



SIA – Sistema de Informações Ambulatoriais

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica

CLS – Conselho Local de Saúde

GPQ – Gratificação de Produção e Qualidade

PIQ – Prêmio por Inovação e Qualidade

PTI – Plano de Trabalho Individual

CLT – Consolidação das Leis Trabalhistas

EC – Emenda Constitucional

CDQT – Coordenação de Desenvolvimento do Trabalho e Qualificação do Trabalho

ADCC – Avaliação dos Dirigentes e Empregos de Confiança

FIT – Formação Individual do Trabalhador

AVA – Ambiente Virtual da Aprendizagem

EAD – Educação à Distância

UFRB – Universidade Federal do Recôncavo Baiano

UNASUS – Universidade Aberta do SUS

IES – Instituições de Ensino Superior

CEES – Centro de Estudos e Educação em Saúde

UEFS – Universidade Estadual de Feira de Santana

CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

APS – Atenção Primária à Saúde

NASF – Núcleo de Apoio a Saúde da Família

IASIN – Instituto de Atenção Social Aplicada

PRODEB – Empresa de Processamento de Dados

PGE-BA – Procuradoria Geral do Estado da Bahia

SICAJ – Sistema Integrado de Controle e Acompanhamento Processual, Administrativo e Judiciário

SGETS – Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde do Ministério da Saúde

RITUA – Rede Integrada de Telessaúde e Universidade Aberta do SUS

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde

OTICS – Observatório de Tecnologias da Informação e Comunicação em Serviços e Sistemas de Saúde

SEBRAE-BA – Serviço de Apoio a Micro e Pequenas Empresas da Bahia

## 1. Apresentação

O presente Relatório Anual de Gestão, contendo as principais informações sobre as atividades desenvolvidas pela Fundação Estatal Saúde da Família – FESF|SUS, juntamente com as peças que retratam a gestão financeira, patrimonial, de pessoal e operacional, constitui a Prestação de Contas da FESF referente ao exercício de 2011, a ser apresentada aos Municípios Instituidores, ao Tribunal de Contas dos Municípios, ao **Conselho Estadual de Saúde** e aos demais órgãos de controle, em cumprimento ao ordenamento do inciso II, do art. 91 da Constituição da Bahia, combinado com o inciso IV, do art. 1º da Lei Complementar nº 06/1991.

Dando continuidade ao seu processo de instituição e implementação, a Fundação Estatal Saúde da Família, no exercício de 2011, deu continuidade às ações iniciadas no exercício anterior, dando ênfase ao processo de desenvolvimento e qualificação dos serviços de atenção à saúde, oportunizados e potencializados pela Política Nacional de Atenção Básica do Ministério da Saúde/Governo Federal. Ainda, a FESF deu continuidade ao processo de organização administrativa interna. No segundo semestre, a FESF iniciou uma série de diálogos com a Secretaria de Saúde do Estado no sentido de ampliar os serviços realizados para o desenvolvimento da atenção à saúde no estado da Bahia, iniciando a reformulação do Contrato de Programa, ainda não concluída.

Nesse sentido, o Relatório retrata as etapas de desenvolvimento da qualidade dos serviços e a estruturação interna da entidade.

Dividimos as ações realizadas no exercício de 2011, sinteticamente, em eixos, dispostos em tópicos numerados, nos quais se evidenciam as ações realizadas em todas as áreas da Fundação, de maneira pormenorizada, correlacionando-as aos recursos empregados e às ações que serão desenvolvidas nos exercícios vindouros.

Em volumes separados, mas compondo o todo da Prestação de Contas do exercício de 2011, acham-se as informações referentes à gestão financeira e à administração patrimonial, de pessoal, de material e serviços.

É preciso pontuar, ainda, que a constituição da Fundação é fruto de diálogo constante com diversos órgãos de controle, em especial com o Ministério Público da Bahia, seu curador, e com este Tribunal de Contas dos Municípios, tendo sido, inclusive, objeto de Consulta formulada pela UPB – União dos Municípios da Bahia, protocolada em 17/11/2009, tombada sob o no. 15.148-09, a qual teve parecer favorável da Unidade de Assistência Jurídica aos Municípios – UAJM.

Assim estruturado, nutre-se a expectativa de que os dados e informações reunidos e apresentados de maneira objetiva no relatório, bem evidenciem as ações realizadas pela FESF no exercício de 2011.

Carlos Alberto Trindade

Diretor Geral

## **Introdução**

Como ficou relatado no relatório de gestão de 2010, aquele foi um ano de estruturação e implantação dos serviços da FESF. O ano de 2011, por sua vez, foi marcado pelo desenvolvimento da qualidade dos serviços implantados através dos dispositivos que compõem o modelo de gestão da Fundação Estatal Saúde da Família.

O Desenvolvimento da qualidade dos serviços de saúde é entendido pela FESF como um conjunto de ações que promovam, em última instância, a satisfação dos usuários dos sistema de saúde. Para tanto, são necessárias ações que tenham impacto em todos as variáveis que possam determinar ou influenciar a satisfação do usuário na utilização dos nossos serviços. Por isso, a FESF atuou com prioridade nas seguintes linhas de ação:

Educação Permanente de Trabalhadores e Gestores;

Supervisão e Apoio de Gestão às equipes de trabalho e aos gestores, traduzidas na estratégia de Apoio Institucional;

Desenvolvimento de sistemática de acompanhamento da produção dos trabalhadores e dos indicadores de resultado decorrentes do trabalho realizado;

Desenvolvimento de programas de avaliação e de incentivo à qualificação dos trabalhadores e da gestão;

Desenvolvimento de parcerias institucionais;

Estruturação administrativa.

A FESF constitui-se como uma fundação pública de direito privado, de conotação governamental, portanto, instituída pela congregação de 69 (sessenta e nove) municípios da Bahia, com o propósito sintético de concretizar o direito humano fundamental à saúde, no âmbito da chamada Atenção Básica. Insere-se a instituição na rede social, mediante contratos de gestão do serviço de saúde,

firmados não só com seus próprios constituintes, como também com qualquer outro município baiano que se mostre interessado na referida contratualização.

Antes mesmo do caráter jurídico institucional a FESF constitui-se num instrumento de caráter executivo para que a Atenção Básica à Saúde no Estado da Bahia, e em especial a Estratégia Saúde da Família, se concretize como uma política de Estado, não de Governo – daí a sua natureza de fundação pública de direito privado - de modo que possam ser criadas estruturas mais estáveis, eficientes e democráticas, porque dotada de governança multi-representativa, pilares da construção de uma saúde pública digna dos baianos, e quiçá referência no Brasil.

Instituída com o fito de enfrentar o quadro histórico da Atenção Básica à Saúde na Bahia, em especial a Estratégia de Saúde da Família, a FESF foi proposta para, entre outras, atuar na desprecarização e regularização dos vínculos dos profissionais de Saúde, bem como desenvolver toda uma política de formação e especialização de gestores da atenção básica e trabalhadores das equipes de saúde da família.

Foi nesse sentido que a Comissão Intergestores Bipartite – CIB, através das resoluções CIB 106 de 2007, 144 de 2007, 90 de 2008, 96 de 2008, 65 de 2009 e, finalmente, 92 de 2009, manifestou diversas vezes que a implantação da FESF teria importante impacto na expansão, qualificação e desenvolvimento da Atenção Básica em todo o Estado além de ser um potente mecanismo de atuação interfederada para a equidade sistêmica do SUS-Bahia, para a desprecarização e valorização dos trabalhadores das equipes e para o planejamento e regulação do mercado de trabalho na saúde da família.

Estatutariamente, a FESF tem o fim exclusivo de, no âmbito do Sistema Único de Saúde do Estado, desenvolver ações e serviços de atenção à saúde, em especial a estratégia de saúde da família, de acordo com as políticas de saúde dos municípios instituidores e as políticas de saúde da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia e do Ministério da Saúde.

Nesse sentido, a principal finalidade da FESF-SUS é desenvolver e gerir ações e serviços de atenção à saúde, de maneira sistêmica, compondo uma rede regionalizada e hierarquizada, em nível de complexidade crescente do SUS do Estado da Bahia, e de modo compartilhado com os municípios do Estado da Bahia.

Ficam evidentes nos tópicos específicos deste relatório os resultados atingidos pela FESF em termos de qualificação dos serviços e da informação em saúde. No entanto, os avanços no que diz respeito ao provimento e fixação de profissionais médicos ainda não foram os desejados para um melhor desempenho do Sistema Único de Saúde. As causas para esta situação, no entanto, não se encontram no processo de gestão de FESF, mas nas características sistêmicas do mercado de trabalho médico na Bahia e no Brasil. O Ministério da Saúde afirmou em 2011 que faltam médicos no Brasil, tanto em termos relativos quanto absolutos. Ou seja, há problemas de concentração de médicos em umas regiões mais que em outras, mas há também um número absoluto de médicos no país aquém da necessidade do sistema de saúde. Desta forma, medidas sistêmicas - que não dependem da autonomia desta instituição - são necessárias para resolver este problema, tais como a ampliação do número de vagas em escolas médicas no Brasil, distribuição de maneira regulada as vagas de residência médica, aumento de repasse de recursos para oferta de salários mais atrativos, dentre outros. Este fator, certamente, foi o que mais contribuiu para um crescimento aquém do esperado em número de municípios contratualizados.

## 2. Identificação

Nome completo e SIGLA	Fundação Estatal Saúde da Família – FESF SUS
Natureza Jurídica	Fundação Pública de Direito Privado, intermunicipal, constituída por 69 (sessenta e nove) municípios baianos.
Objeto Social	A Fundação tem fim exclusivo de, no âmbito do Sistema Único de Saúde do Estado, desenvolver ações e serviços de atenção à saúde, em especial a estratégia de saúde da família, de acordo com as políticas de saúde dos municípios instituidores e as políticas de saúde do Estado da Bahia e do Ministério da Saúde. (Art.2º. do Estatuto Social)
Principal Atividade	Regulação das atividades de saúde, educação, serviços culturais e outros serviços sociais (CNAE 84.12-4-00)
CNPJ	11.020.634/0001-22
Situação	Ativa
Atos Constitutivos	Registrados no 2º Ofício de Registro de Pessoas Jurídicas da Comarca de Salvador – Estado da Bahia, em 30 de abril de 2009.
Endereço Completo da Sede	Rua Portugal, nº 15, 2º andar, Comércio, Salvador-BA. CEP 40.015-000
Telefone de contato	(71) 3417-3500
Endereço eletrônico	fesfsus@fesfsus.net.br
Endereço na internet	<a href="http://www.fesfsus.ba.gov.br/">http://www.fesfsus.ba.gov.br/</a>



## 2.1. Relação dos Municípios Instituidores

Abaré	Floresta Azul	Pindobaçu
Antonio Cardoso	Ibiassucê	Pintadas
Aracatu	Ibicaraí	Ponto Novo
Banzaê	Ibicoara	Prado
Barra	Igaporã	Remanso
Barra da Estiva -	Ilhéus	Riachão do Jacuípe
Barreiras	Inhambupe	Rio do Antônio
Biritinga	Iramaia	Rio Real
Bom Jesus da Lapa	Itagi	Ruy Barbosa
Brotas de Macaúbas	Itiúba	Santa Brígida
Brumado	Ituaçu	Santa Cruz da Vitória
Buerarema	Jaborandi	Santa Maria da Vitória
Caém	Jacobina Jaguarari	Santo Antonio de Jesus
Caetité	Lagoa Real	Sátiro Dias
Campo Alegre de Lourdes	Lajedão	Seabra
Capela do Alto Alegre	Livramento de Nossa Senhora	Senhor do Bonfim
Carinhanha	Macarani	Serra do Ramalho
Cipó	Macaúbas	Teodoro Sampaio
Coaraci	Maetinga	Uma
Cordeitos	Maraú	Uruçuca
Cravolândia	Mirante	Vera Cruz

Feira da Mata	Muquem do São Francisco	Wanderley
Filadélfia	Paratinga	

### **3. Das Metas institucionais fixadas pelos Órgãos Diretivos no exercício**

O Conselho Curador da FESF, órgão deliberativo de direção superior, controle e fiscalização, fixou para o exercício de 2011 as metas enumeradas abaixo. Tendo como norte estas metas, a FESF se empenhou em realizar as ações necessárias para a consecução das metas fixadas, demandando, por vezes, a continuidade das ações nos exercícios vindouros.

#### **3.1 Consolidação da Política De Avaliação De Desempenho Funcional**

A linha de ação consolidação da política de avaliação de desempenho funcional está relacionada à avaliação do período probatório, de 30 e 60 dias; a avaliação anual dos trabalhadores da assistência e os ciclos da avaliação participativa na sede administrativa da fundação.

Sobre a avaliação do período probatório, em 2011, o formulário de avaliação de desempenho funcional foi aprimorado de acordo com as observações pontuadas pelos 0 no momento da sua aplicação. A lógica implementada consiste num processo que acontece 03 etapas, a partir do envio do formulário até a entrega do resultado final da avaliação pelo coordenador da Coordenação de Acompanhamento e Avaliação (CAA) ou pela chefia imediata na sede administrativa da fundação, são elas:

Momento de auto-avaliação; Momento de avaliação unilateral, realizada conforme a percepção e as expectativas do gestor em relação ao empregado; e, O momento

de pactuação dos resultados, na busca do consenso. Este último nasce da necessidade de produzir redes de petição e compromisso entre as duas partes interessadas no processo avaliativo.

Os critérios redesenhados são: disciplina; produtividade e qualidade do trabalho; responsabilização; e, capacidade de trabalho em equipe.

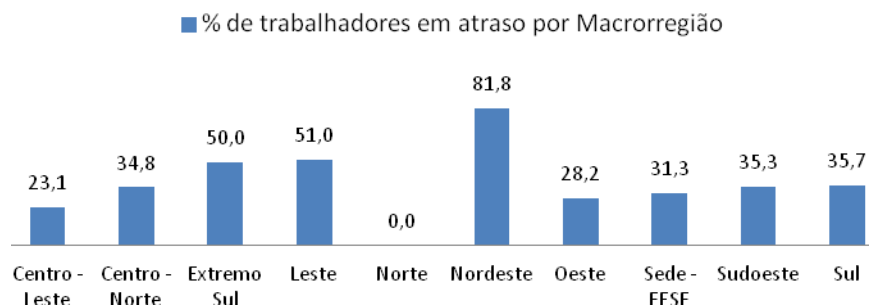
O empregado pode ser pontuado em cada critério com 00 (zero), quando está abaixo do esperado, 01(um), quando seu comportamento está parcialmente dentro do esperado, 02(dois) dentro do esperado ou 03(três) - acima do esperado.

O critério assiduidade foi mantido, porém o avaliador deve contabilizar negativamente as faltas, atrasos e saídas antecipadas do empregado avaliado.

Assim como na versão anterior do formulário, para ser considerado atendente, o empregado deve atingir, ao final da análise dos critérios referidos, uma nota entre 07 e 12.

O ano de 2011 foi marcado pela chegada expressiva dos trabalhadores da Fundação nos municípios, e como era esperado, aos poucos se deu a relação, muitas vezes conflituosa, de gestão compartilhada do vínculo dos trabalhadores entre FESF-SUS e gestão municipal. Por esse motivo, os processos avaliativos passaram por fases críticas de adesão e incorporação desse processo de trabalho na rotina dos gestores de determinadas regiões de saúde, especialmente nordeste, leste e extremo sul (gráfico 01). Acreditamos que as dificuldades estejam relacionadas particularmente aos seguintes aspectos: ausência da cultura institucional de avaliação e feedback (das avaliações de desempenho) para os trabalhadores; a baixa qualificação dos gestores em processos de gestão de pessoal e a alta rotatividade dos membros das CAA, provocando hiatos e vários momentos de descontinuidade do trabalho implementado.

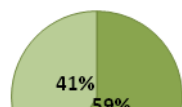
Gráfico 1 –



Neste contexto, ao observarmos os resultados das avaliações em 2011, conferimos 253 formulários enviados para empregados aptos à avaliação. Destes, apenas 59% (149) tiveram suas avaliações efetuadas e retornadas para CDQT (gráfico 02).

Gráfico 2 –

RECEBIDAS ■ NÃO RECEBIDAS

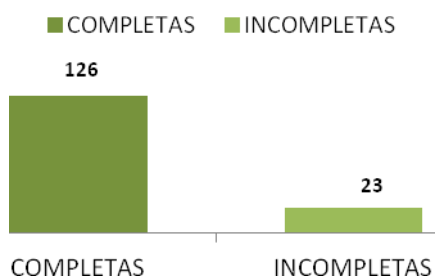


O que nos preocupa é que esta etapa da avaliação de desempenho funcional influencia diretamente a carreira do trabalhador, além da habilitação do mesmo na participação em programas como o Prêmio por Inovação e Qualidade (PIQ) e na mobilidade entre municípios. Por isso, em meados de 2011, novas estratégias estão sendo desenvolvidas para reverter esse quadro, entre elas, a aproximação cada vez mais constante com as CAA; a permanente preparação e orientação dos gestores recém assumidos nos municípios e o trabalho de envolvimento dos apoiadores institucionais e dos próprios trabalhadores – na recepção/assinatura

do contrato (1ª FIT) e permanente comunicação virtual – no acompanhamento dos prazos de realização das avaliações.

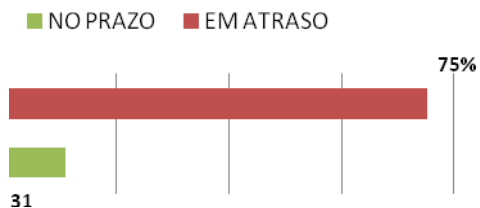
Das 149 avaliações recebidas (gráfico 03), a maioria dos empregados (85% -126) teve o processo realizado de forma completa (após 30 e após 60 dias). E em 100% DAS AVALIAÇÕES CONCLUÍDAS (85%), OS EMPREGADOS FORAM CONSIDERADOS ATENDENTES.

Gráfico 3 –



Dos 126 empregados que tiveram suas avaliações concluídas/completas, apenas 25% (31) tiveram esse processo realizado no prazo esperado (gráfico 04). Os demais ocorreram em até 100 de emprego.

Gráfico 4 –



No que diz respeito a avaliação participativa, finalizamos o ano de 2011 com a conclusão do 1º ciclo em todas as diretorias da FESF-SUS, que avaliou o

desempenho de cada trabalhador, assim como o desempenho dos seus dirigentes. Em relação aos resultados obtidos, por diretoria, segue planilha abaixo:

FESF-SUS Sede	DIDAS	DIGETS	DIAF	DG
TOTAL DE TRABALHADORES PARTICIPANTES (SEDE)	22	22	13	24
TOTAL DE AVALIAÇÕES REALIZADAS (SEDE)	324	351	167	280
% MÉDIA DE AVALIAÇÃO POSITIVA	83	87	82	86
% MÉDIA DE AVALIAÇÃO NEGATIVA	-2	-5	-8	-12

### **3.2 Implementação de Projetos de Inovação e Qualidade na Sede e Municípios**

O prêmio por inovação e qualidade (PIQ) é composto por três modalidades:

1ª Modalidade: destinada aos empregados com tempo de emprego menor ou igual a seis meses, e que não tenham recebido, nessa modalidade, em outra edição. Está condicionada a participação nas ferramentas do período de implantação das ferramentas FESF-SUS (envio de produtos, participação na formação inicial do trabalhador - FIT e alimentação sistema monitoramento da atenção primária - MAPS);

2ª Modalidade: destinada aos empregados com tempo de emprego superior a seis meses, a partir da elaboração e inscrição de projetos de inovação;

3ª Modalidade: destinada aos empregados com tempo de emprego superior a seis meses, que tiveram seus projetos de inovação aprovados no semestre de referência anterior pela comissão de analistas, e estão em fase de desenvolvimento dos mesmos. nesta modalidade, aceitam-se empregados da primeira modalidade que, no momento da elaboração do projeto, foram inscritos como colaboradores.

Em 2011, realizamos A 2ª E A 3ª edições do PIQ, sendo que, por questões cronológicas associadas ao tempo de serviço dos trabalhadores nos municípios e na sede da Fundação, a 2ª edição foi composta apenas pelas duas primeiras modalidades. Seguem abaixo, os resultados destas:

RESULTADOS PIQ	2ª edição	3ª edição
Empregados premiados na 1ª modalidade	110	41
Empregados premiados na 2ª modalidade (por projeto aprovado)	42	49
Empregados premiados na 3ª modalidade (por projeto executado)	-	79
Projetos aprovados	38	20
Total de empregados premiados	152	169

### **3.3 Implementação e Monitoramento das Ações do PTI em todas as Diretorias, criando Ferramentas de Gestão e Avaliação**

A criação desta linha de ação deu-se pela necessidade de integração das ferramentas de planejamento da FESF-SUS, aproximando o planejamento estratégico aos planos de trabalho individual, trazendo significado ao cotidiano do trabalho dos empregados.

Utilizando a metodologia do “suot” ou “fofa” (forças, oportunidades, fragilidades e ameaças), o colegiado ampliado de dirigentes definiram os eixos estratégicos para o planejamento da fundação para 2012:

Estabelecimento de fluxos e procedimentos (pop) dos processos de trabalho, promovendo a integração dos setores e a definição papéis na instituição.

Aprimoramento das tecnologias de gestão produzidas a expansão da fesf-sus (ampliação dos novos serviços), às necessidades dos municípios e em sintonia com a nova política nac. de atenção básica.

Dar sentido de pertencimento, longevidade e sustentabilidade ao projeto FESF-SUS

Desenvolvimento de inteligência coletiva e consolidação de processos na gestão do trabalho e educação na saúde.

Salário de médico mais competitivo para fortalecer a política de atração e fixação da FESF-SUS.

A partir dessa definição, iniciamos a implementação das oficinas de planejamento das diretorias/assessorias, sendo que em 2011 foi realizada somente na DIGETS, gerando um total de 18 PTI elaborados, em virtude da demora na finalização no planejamento estratégico, dada pela dificuldade no encontro de agendas dos diretores, assessores e coordenadores para a conclusão do produto do planejamento estratégico. Dessa forma, as demais diretorias tiveram suas oficinas transferidas para o primeiro trimestre de 2012.

O monitoramento começou a ser realizado na DIGETS, a partir da entrega dos relatórios mensais de acompanhamento das metas pelos trabalhadores. m seu fluxo, antes desses relatórios serem encaminhados para a CDQT, recebe a anuência das respectivas chefias imediatas, ocorrido o primeiro mês de entrega em dezembro de 2011.

### **3.4 Expansão e Consolidação da Biblioteca Virtual da FESF-SUS**

A Biblioteca Virtual da FESF-SUS implantada em 2010 teve suas ações continuadas em 2011, num processo constante de consolidação e expansão de aplicativos dessa ferramenta de apoio ao trabalho em Saúde Coletiva – na clínica e na gestão.



Nessa perspectiva, pretende-se aumentar o conteúdo oferecido pela Biblioteca e os acessos dos trabalhadores, no intuito de acompanhar o movimento de ampliação de serviços FESF-SUS, nas áreas de atenção domiciliar, regulação da assistência e Apoio Institucional.

### **3.5 Gestão, Avaliação e Monitoramento dos produtos GPQ Na Sede Administrativa**

Os produtos da GPQ passaram por um intenso processo de reformulação no ano de 2011, em todos os aspectos: Linha do tempo, conteúdo, aprimoramento de seus instrumentos e criação de instrumentos para orientação dos trabalhadores, no processo de elaboração dos produtos.

### **3.6 Processo de Seleção Simplificada para Contratação por Prazo Determinado**

Com o encerramento do concurso público para o emprego de médico de família, número abaixo do esperado de médicos contratados, conseqüente existência de vagas remanescentes nos municípios contratantes e a necessidade de substituição de empregados em férias e licença maternidade, foi nomeada uma comissão para elaboração e acompanhamento de processo de seleção simplificada.

Amparada pela deliberação nº020 do conselho curador da FESF-SUS, foram realizados dois processos de seleção simplificada para os objetos supracitados, sendo que no primeiro foram inscritos, aprovados e convocados 116 médicos, assumindo o concurso um total de 08 médicos.

No processo para seleção de substitutos, foram inscritos: 19 médicos, 150 cirurgiões dentistas e 1.406 enfermeiros, sendo que, até o momento, nenhum

candidato foi convocado, uma vez que este processo a partir da manifestação formal dos municípios.

### **3.7 Gestão das Situações Trabalhistas Prioritárias**

Em virtude da chegada dos trabalhadores para implantação dos serviços de assistência na estratégia de Saúde da Família, percebemos, a partir da verificação da aplicação dos regulamentos de gestão do trabalho na prática, surgiu a necessidade de avaliar e reformar alguns dos processos instituintes aprovados pelo Conselho Curador. Nesta perspectiva, nasceu grupo de trabalho permanente sobre situações trabalhistas - ato administrativo nº 092/11, formado por integrantes da DIGETS e AJUR e coordenado pela CDQT.

### **3.8 Gestão do Ambiente Virtual de Aprendizagem**

O AVA – ambiente virtual de aprendizagem – é o espaço virtual onde são desenvolvidas diversas ações de educação e comunicação com os profissionais da FESF-SUS. Através da ferramenta Moodle, software livre de educação, a equipe da FESF-SUS desenvolveu seu AVA como espaço para troca de informações, experiências e discussão entre os trabalhadores, gestores municipais e o nível central da FESF-SUS. Entre os trabalhadores, este espaço de troca é conhecido como praça virtual, por ser local de encontro entre profissionais das diversas regiões no interior da Bahia.

A praça pretende encurtar distâncias, facilitar os encontros, construir uma rede de solidariedade com troca de experiências entre os trabalhadores, mostrando que “é possível”, que “vale a pena se empenhar e seguir na aposta”. além da praça, o AVA também hospeda os cursos em formato educação à distância, como a formação inicial do trabalhador e a especialização em saúde da família, bem como

uma ambiente de interação formatado para abrigar o apoio clínico, projeto de Telessaúde e segunda opinião formativa da FESF-SUS.

Através do ambiente virtual, o usuário tem a opção de acessar as outras ferramentas digitais da FESF-SUS, como a biblioteca virtual, o guia do trabalhador e o MAPS. Além disso, está disponível através deste ambiente, o acesso à ouvidoria, ao contracheque e aos regulamentos internos da FESF-SUS. Estas ferramentas estão disponíveis no portal da FESF-SUS, através do link: <http://ead.fesfsus.ba.gov.br/login/index.php>. No ano de 2011, foram realizados 648.696 acessos de trabalhadores da FESF-SUS e gestores dos municípios contratualizantes.

As atividades de gestão destes ambientes virtuais consistem em cadastramento de usuários (inclusão e exclusão), elaboração e postagem de conteúdos de cursos, elaboração e postagem de comunicados, respostas a questões levantadas na praça virtual e mediação de fóruns de discussão.

### **3.9 Formação Inicial do Trabalhador – FIT EAD**

A FIT, que é uma das estratégias inseridas na política de desenvolvimento e incentivo à qualidade da FESF-SUS, através da educação permanente, tem como substrato o cotidiano das equipes de saúde da família, e propõe-se a apoiar cada trabalhador e equipe na organização e qualificação de seu trabalho, na lógica proposta pela fundação. Por isso, a FESF-SUS garante a formação inicial para todos os seus trabalhadores, e também para todos os trabalhadores que atuem em equipes de saúde compostas por, ao menos, um trabalhador FESF-SUS.

Esta formação tem o objetivo de iniciar a educação permanente para a qualificação do processo de trabalho, instrumentalizar o trabalhador FESF-SUS para a carreira e iniciar discussões que serão aprofundadas na especialização. Os principais objetivos da formação inicial do trabalhador são:

Construção de vínculo entre trabalhadores e a FESF-SUS, com adesão ao projeto de “uma nova saúde da família” na Bahia;

Esclarecimento das principais orientações sobre o emprego e a carreira na FESF-SUS;

Compreensão da lógica de um modelo de atenção centrado nas necessidades de saúde dos usuários, e o impacto na qualidade da atenção ofertada.

Os conteúdos da FIT são: princípios da atenção primária à saúde, gestão e produção do cuidado – necessidades de saúde; território/ cartografia, agenda, processo de trabalho, trabalho em equipe, projeto terapêutico singular; classificação de risco; planejamento – e identificação de necessidades dos trabalhadores e construção de outras ofertas; gestão participativa.

A formação mescla momentos presenciais e à distância, através do ambiente virtual de aprendizagem (AVA). a tutoria e a mediação no AVA são realizadas pelos gestores da FESF-SUS e multiplicadores, trabalhadores FESF-SUS que atuam nas equipes de saúde da família dos municípios. No ano de 2011, 270 trabalhadores das ESF contratualizadas desenvolveram atividades do referido CURSO.

A formação inicial do trabalhador acontece de forma contínua e, a partir do primeiro encontro presencial, a atividade é conduzida com a modalidade EAD - educação à distância, durante 06 meses. O primeiro encontro presencial da fit é realizado na sede da FESF-SUS no momento da contratação e no município, tendo como objetivo apresentar o projeto FESF-SUS aos trabalhadores e iniciar uma discussão pedagógica sobre agenda e processo de trabalho na saúde da família. No ano de 2011, foram realizados 23 encontros presenciais da FIT, com a participação de 195 trabalhadores.

No momento inicial, presencial, de cada FIT, todos os trabalhadores participantes respondem à pesquisa avaliativa sobre os encontros de formação inicial do trabalhador FESF- SUS. Esta pesquisa permite o levantamento e a sistematização

de informações para subsidiar as análises para melhoria da própria FIT e para a qualificação dos processos de educação permanente da FESF-SUS junto aos seus trabalhadores.

A tutoria da modalidade ead da FIT é realizada por trabalhadores da FESF-SUS que atuam nas equipes de saúde da família dos municípios, os quais foram selecionados através de edital específico, conforme disposições do programa de desenvolvimento da educação e do cuidado na saúde da família FESF-SUS. A coordenação e acompanhamento das atividades dos tutores são de responsabilidade do CEES e ocorre à distância, através do espaço do tutor no AVA, e em momentos presenciais, em formato de oficina, realizado na sede da FESF-SUS. Em 2011 foi realizado um momento presencial com os tutores nos dias 21 e 22 de novembro, com o objetivo de avaliar o 1º trimestre de tutoria e iniciar o processo de revisão dos módulos. Participaram deste momento os 07(sete) tutores da FIT.

### **3.10 Especialização em Saúde da Família**

O desenvolvimento do trabalhador está intimamente relacionado à qualificação do trabalho e em certa dimensão é um componente da mesma. É compreendido pela FESF-SUS como o investimento na desprecarização das relações de trabalho, carreira profissional, educação permanente e constantes estímulos para a busca de novos conhecimentos. Ou seja, promover a vinculação destes profissionais à estratégia de saúde da família com perspectiva de crescimento profissional, juntamente com a criação de redes de educação permanente que permitam um constante aprendizado, propiciando retornos na prática profissional e na vida do trabalhador.

O curso de especialização em saúde da família foi desenvolvido em conjunto com a universidade federal do recôncavo baiano (UFRB) e financiado através de convênio com ministério da saúde, pela universidade aberta do SUS – UNASUS.

O curso, em modalidade EAD e duração de 02 anos seria destinado a 4.000 educandos, porém teve o seu edital cancelado em virtude do atraso no credenciamento para certificação, na modalidade à distância, concedida pelo ministério da educação e Cultura - MEC, da universidade federal do recôncavo da Bahia.

### **3.11. Observatório do Trabalho**

O Observatório do Trabalho na FESF-SUS tem como objetivo qualificar e dar autonomia à equipe da FESF-SUS para integrar-se à rede observatório de recursos humanos em saúde no Brasil (OBSERVARH), regulamentada pela portaria SEGETS Nº 01 de 11 de março de 2004, através da implantação do observatório do trabalho da FESF-SUS, que desenvolverá as seguintes atividades:

Monitorar mercado de trabalho, empregos, remunerações dos profissionais de saúde, em especial os de nível superior que atuam na saúde da família e nas urgências da Bahia;

Projetar situação da demanda e da oferta de profissionais, segundo necessidades de saúde para o SUS Bahia, em especial, a saúde da família e rede de urgências;

Estudar, propor, testar e definir fatores de atração, fixação e abandono de postos de trabalho na saúde da família da Bahia;

Organizar banco de dados para monitoramento dos indicadores acompanhados pelo observatório a partir de dados primários e também utilizando outros bancos e fontes do governo federal (ministério da saúde e do trabalho), governo do estado (SESAB e SEI), governos municipais, etc.

Como futuro integrante da rede OBSERVARH, o observatório do trabalho na FESF-SUS deverá “produzir estudos e pesquisas, bem como propiciar o mais amplo acesso a informações e análises sobre a área do trabalho e da educação na saúde no país, com vistas a contribuir para a formulação, o acompanhamento e a avaliação de políticas e projetos na área de recursos humanos.”

### **3.12. Telessaúde e Apoio Clínico**

De acordo com a Portaria GM Nº 402 de 24 de fevereiro de 2010, o programa Telessaúde Brasil é instituído “[...] com o objetivo de qualificar, ampliar a resolubilidade e fortalecer a estratégia de saúde da família, a partir da oferta da denominada 'segunda opinião formativa' e outras ações educacionais dirigidas aos diversos profissionais destas equipes.” além disso, também são expressos como objetivos do programa: “[...] pretende-se alcançar a melhoria da qualidade do atendimento na atenção básica no sistema único de saúde (sus), com resultados positivos na resolubilidade do nível primário de atenção. espera-se, também, a expressiva redução de custos, tempo de deslocamentos, fixação dos profissionais de saúde nos locais de difícil acesso, melhor agilidade no atendimento prestado e otimização dos recursos dentro do sistema como um todo [...]”.

O apoio clínico é mais um ponto de conexão do trabalhador da saúde da família com uma rede de apoio, que busca dar suporte aos profissionais para desenvolverem da melhor forma possível as ações de cuidado aos usuários dos serviços de saúde.

O Apoio Clínico Utiliza Tecnologias Do Telessaúde e da segunda opinião formativa, que se propõe, através de plataforma virtual específica, a oferecer respostas às perguntas formuladas pelas equipes de saúde da família sobre temas relacionados ao diagnóstico, planejamento e execução de ações, individuais e coletivas, sobre processo de trabalho ou vinculados a casos clínicos atendidos no cotidiano dos serviços.

### **3.13 Mestrado Profissional**

O Projeto de Mestrado Profissional foi desenvolvido conjuntamente com a FESF-SUS, UEFS e a colaboração dos consultores, à época, Emerson Merhy e Túlio Franco, aprovado junto à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) – MEC em setembro de 2010. O início das atividades do curso ocorreu em julho de 2011, período em que foi concluído o convênio específico entre as duas instituições para execução do mestrado. Neste mesmo ano foram executados 05 (cinco) módulos do curso.

O processo de seleção dos educandos foi organizado pela universidade (UEFS), sem a participação da FESF-SUS, a fim de garantir a idoneidade e a imparcialidade no processo. Foram disponibilizadas 30 vagas abertas para concorrência a todos os trabalhadores. O resultado final foi uma mescla de trabalhadores FESF-SUS (gestão e assistência), servidores SESAB e alunos egressos da graduação da UEFS.

Vale ressaltar que a importância para a FESF-SUS em promover o mestrado profissional está em formar um “corpo docente” interno, na busca de possibilitar no futuro próximo o desenvolvimento da autonomia institucional para a elaboração de cursos de curta duração e outras atividades pedagógicas e de formação de trabalhadores oferecidas pelo CEES. Além disso, os projetos de pesquisa dos mestrandos da Fundação são, necessariamente, voltados para o cotidiano do trabalho da instituição, com a finalidade de contribuir para o aprimoramento das tecnologias de gestão desenvolvidas pela FESF-SUS.

A importância para a UEFS, além do reconhecimento pelo MEC da criação de um novo programa de Pós-Graduação, o Mestrado Profissional também possibilitará uma rica fonte de publicação científica na área acadêmica.



### 3.14 Rodas de Educação Permanente – EP

As rodas de educação permanente (EP) da FESF-SUS são realizadas semanalmente e tem por objetivo oferecer espaço de troca de experiências e cursos de curta duração para os trabalhadores da instituição. Em 2011 foram realizadas 20 momentos de EP, contando com a presença de 09 facilitadores e diversos temas de interesse da fundação e dos seus trabalhadores. Esses temas são identificados de acordo com demandas específicas (assunção de novos serviços), temas de interesse dos trabalhadores ou sugeridos pelas unidades produtivas da FESF-SUS.

Quanto aos cursos de curta duração, apesar de constar no planejamento de 2011, não puderam ser ofertados pela indisponibilidade de pessoal para elaboração dos conteúdos programáticos. Espera-se que, com a formação da primeira turma do mestrado profissional, possamos ter recursos humanos qualificados/credenciados, dentro da própria instituição, para produção de tecnologias educacionais, para além dos já ofertados módulos da Formação Inicial dos Trabalhadores.

#### Relatório sobre Rodas de Educação Permanente ocorridas em 2011

TEMA	FACILITADOR/SETOR	TOTAL DE PARTICIPANTE	DATA
História da Constituição do SUS	Leandro Barretto/CEES	24	29/04/2011
Filme: História das Políticas Públicas de Saúde	Laíse Andrade/CEES Luciana M. de Almeida Lopes/CEES	39	06/05/2011
Relações Público Privado x Privado e Serviços Suplementares do SUS	Tiago Bahia/DIDAS Leandro Barretto/CEES	26	13/05/2011
SICKO: SOS SAÚDE	Laíse Andrade/CEES	19	20/05/2011

TEMA	FACILITADOR/SETOR	TOTAL DE PARTICIPANTE	DATA
de Michael Moore	Luciana M. de Almeida Lopes/CEES		
Problemas y soluciones para El mejor El trabajo clinico y de La comunidad em La Atención Primaria, em Brasil e otras Países	Dr. Juan Gérvas e Dra. Mercedes Pérez Fernández/CONVIDADOS da Soc. Bras. De Med. de Família e Comunidade - SBMFC	49	02/06/2011
Atenção Primária à Saúde e Estratégia de Saúde da Família no Brasil	Leandro Barretto Tiago Bahia/COCAI	19	17/06/2011
Processo Administrativo Funcional	Mariana Benevides/AJUR	21	04/07/2011
Educação Permanente em Saúde	Laíse Andrade/CEES Márcio Lemos/DIGETS	18	15/07/2011
Financiamento do SUS	Leandro Dominguez Barretto/ CEES Tiago Bahia/COCAI	24	22/07/2011
Financiamento da Atenção Básica e a nova política nacional de Atenção Básica	Leandro Dominguez Barretto/ CEES	14	29/07/2011
PMAQ	Alina Lima Xavier/COCAI	22	05/08/2011
Controle Social no SUS	Herlon Miguel/COGEP Helder Beserra/COGEP	29	12/08/2011

Código de Ética da FESF-SUS	Carlos Freitas/COGEP Carina Góes/AJUR	22	19/08/2011
Apoio Institucional	Carol Duarte/COCAI	27	26/08/2011
Avaliação de Desempenho	Grasiela Araújo, M <sup>a</sup> do Carmo e M <sup>a</sup> Batista / CDQT	32	02/09/2011
Comunicação e Relação com o Público	Marcílio Rocha Ramos/ ASCOM	25	16/09/2011
Programa de Acesso e Melhoria de Qualidade - PMAQ	Caroline Duarte e José Santana/CACAV	22	07/10/2011
Projeto de Atenção Domiciliar da FESF-SUS	Paula Caroline G. Evangelista/ COCAI	16	14/10/2011
Apoio Clínico	João André e Leandro Barretto/ Didas e CEES	22	04/11/2011
Total de Rodas de Ed. Permanente: 20	Média Mensal ano/2011: aproximadamente 03/mês	84	Nº de Coordenações/Assessorias que participaram com facilitadores: 09

### **3.15 Celebração e gestão dos contratos**

#### **3.15.1. Autonomia Financeira e Gerencial da FESF.**

A Fundação Estatal Saúde da Família – FESF atua mediante a celebração Contrato de Gestão com os Municípios, cujo objeto é a gestão associada da atenção à saúde, a educação permanente, a qualificação da gestão e o desenvolvimento de logística nas localidades especificadas, devendo ser remunerada pela prestação dos serviços ao Poder Público que com ele desejar contratar.

Como entidade dotada de autonomia financeira e gerencial, a FESF tem como principal fonte de captação de recursos a prestação de serviços ao próprio Poder Público, prioritariamente, o Municipal mediante Contrato de Gestão (ou outras formas de contrato), bem como junto a programas de compartilhamento de gestão, junto ao Poder Público Federal e Estadual através da pactuação de Convênios e de Contrato de Programa, no exercício de cooperação técnica.

Essa peculiar independência do orçamento público propicia a eficiência na gestão, uma vez que os recursos da Fundação advirão de um contrato e não de subvenção econômica ou de orçamento previamente garantido pela lei que a instituir.

De tal, auferir recursos públicos por força de Contrato de Gestão não se configura, situação de dependência econômica no sentido da LRF, a qual se refere a subvenções econômicas para pagamento de suas despesas de custeio ou de pessoal. Não é esse o caso da FESF que atua na prestação de serviços de gestão da Estratégia da Saúde da Família nos Municípios do Estado da Bahia.

A paga pelos serviços prestados pela FESF tem natureza diversa das subvenções econômicas, conforme se verifica no disposto no art. 18 da Lei 4.320/64. Configura-se como uma obrigação contratual. Um presta o serviço, o outro o remunera.

Nesse ponto, cabe observar que a LRF ao tratar da relação de dependência estatal, faz enquadramento de subvenções, não se referindo a recursos públicos advindos de contratos de prestação de serviços, de gestão ou qualquer outro tipo de ajuste que lhe assegure recursos mediante uma contraprestação. É o caso da fundação pública de direito privado que instituída por determinado ente lhe presta serviço e é remunerada por aquela contraprestação.

Nesse sentido, o Manual de Gestão Fiscal Responsável, da Secretaria da Fazenda do Estado da Bahia, preconiza que “vale observar que uma empresa, mesmo estatal, que presta serviço ao estado e, portanto, recebe recursos contra a prestação desses serviços não é considerada dependente. A condição de dependência só ocorre pela transferência a título de subvenção ou subsídio.”

A LRF dispõe que a empresa estatal será dependente sem receber do ente controlador recursos financeiros para pagamento de despesas com pessoal ou de custeio em geral ou de capital, excluídos, no caso das sociedades de economia mista, aqueles provenientes de aumento de participação acionária.

### **3.15.2 Instrumentos de Pactuação: Contrato de Programa e Contrato de Gestão**

O Contrato de Programa encontra guarida na Lei Federal n. 11.107/2005, em seu artigo 13, “deverão ser constituídas e reguladas por contrato de programa, como condição de sua validade, as obrigações que um ente da Federação constituir para com outro ente da Federação ou para com consórcio público no âmbito de gestão associada em que haja a prestação de serviços públicos ou a transferência total ou parcial de encargos, serviços, pessoal ou de bens necessários à continuidade dos serviços transferidos”.

Através deste instrumento, o Governo do Estado da Bahia concretiza o incentivo à gestão da Estratégia da Saúde da Família, com os propósitos consentâneos à citada lei e à legislação do SUS no que concerne à atenção básica à saúde, ao

atribuir como competência do Estado o co-financiamento, a assessoria técnica e a articulação e dos Municípios a gestão.

Considerando a especificidade do presente projeto e a necessidade de se estabelecer metas e resultados individualizadas e negociadas com cada um dos municípios, entendeu-se por bem que cada um dos Municípios deve também firmar um Contrato de Gestão com a Fundação Estatal Saúde da Família vinculado ao Contrato de Programa, e parte integrante dos anexos deste.

Assim, todas as regras gerais que envolvem Estado e Municípios, disciplinando as responsabilidades dos entes federados estão contidas no Contrato de Programa enquanto as regras que disciplinam as metas e resultados estabelecidos por cada município e a Fundação estão previstas nos Contratos de Gestão específicos do qual apenas participam estes, ou seja, sem a participação do Estado.

Por outro lado, conforme dispõe o parágrafo primeiro, inciso II do artigo 13, da Lei 11.107/2005 o Contrato de Programa deve “prever procedimentos que garantam a transparência da gestão econômica e financeira de cada serviço em relação a cada um de seus titulares.”

Assim, o Contrato de Gestão celebrado de per si entre cada Município e a Fundação é instrumento hábil para dar transparência à gestão dos resultados e aplicação a cada Município de per si, albergando as Metas e Resultados que consideram as especificidades econômicas, sociais e epidemiológicas de cada município.

O contrato de gestão é um instrumento que visa à implementação da administração por objetivos, deslocando a ênfase histórica nos meios procedimentais para os resultados.

O contrato de gestão é uma consequência da tendência de uma maior consensualidade no seio da Administração Pública, em vez de uma Administração subordinativa que é “unilateral, hierarquizada e linear”, e surge a Administração coordenativa, que é “multilateral, equiordinada e radial”.

No Estado da Bahia, a celebração do contrato de gestão foi expressamente prevista na Lei de Organização Social e na Lei Complementar Estadual nº. 29, de 21 de dezembro de 2007, que regulamentou o artigo 17 da Constituição Estadual da Bahia.

Considerando os princípios fixados pela Constituição Federal e as normas infraconstitucionais que amparam o Sistema Único de Saúde, o Contrato de Gestão se mostra um instrumento adequado para cumprir os princípios de gestão por metas e resultados.

Em verdade, a mudança dos paradigmas reclamados na legislação do SUS sempre esbarrou na ausência de instrumentos obrigacionais que desse segurança aos entes, lacuna que os novos instrumentos normativos administrativos, através dos quais a FESF operacionaliza suas ações, supera m.

### **3.15.3 Gestão de Contratos de Gestão com os Municípios**

No exercício anterior (2010), houve grande esforço da FESF-SUS para celebração dos contratos de gestão com os municípios baianos. Conforme apresentado no relatório daquela competência, após ampla divulgação e disseminação da proposta da FESF-SUS, através da realização de seminários e visitas institucionais aos Colegiados de Gestão Microrregionais de Saúde e aos municípios baianos, foram iniciados 152 contratos de gestão, dos quais 69 vieram a termo. As tabelas abaixo resumem as atividades realizadas para celebração destes contratos em 2010:

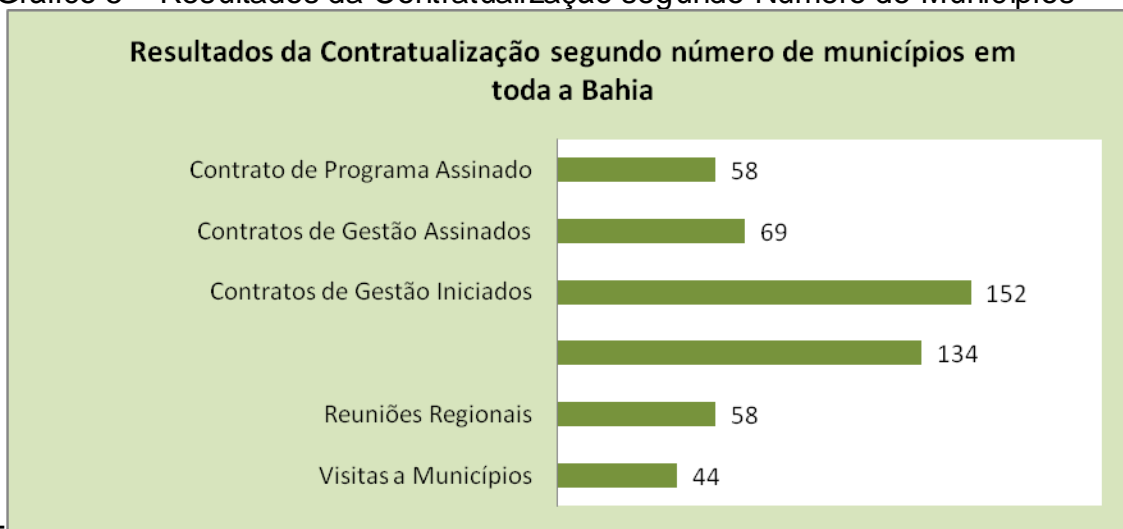
Contratualização com os municípios baianos

PROCESSO DE CONTRATUALIZAÇÃO			RESULTADOS DA CONTRATUALIZAÇÃO			
Macrorregião de Saúde	Visitas a Municípios	Reuniões Regionais	Assinatura de Convênio de Cooperação Técnica	Contratos de Gestão Iniciados	Contratos de Gestão Assinados	Contrato de Programa Assinados
Centro-Leste	12	7	22	30	12	9
Centro-Norte	2	8	18	18	3	3
Extremo-Sul	2	7	6	6	4	3
Nordeste	1	3	11	21	6	4
Norte	0	8	13	13	6	7
Sul	3	10	12	15	7	6
Sudoeste	5	6	7	11	6	5
Leste	14	4	10	13	8	7
Oeste	5	5	35	25	17	14
<b>TOTAL</b>	<b>44</b>	<b>58</b>	<b>134</b>	<b>152</b>	<b>69</b>	<b>58</b>

Fonte: Coordenação de Contratualização e Apoio Institucional da Diretoria de Desenvolvimento da Atenção à Saúde (COCA/DIDAS/FESF-SUS) – 2011.



Gráfico 5 – Resultados da Contratualização segundo Número de Municípios



Fonte: Coordenação de Contratualização e Apoio Institucional da Diretoria de Desenvolvimento da Atenção à Saúde (COCA/DIDAS/FESF-SUS) – 2011.

No exercício de 2011, por determinação do Conselho Curador, órgão gestor da FESF-SUS, não foram celebrados novos contratos de gestão. Portanto, coube à instituição, no exercício em questão, o acompanhamento e a gestão dos contratos em vigor.

Nesse sentido, buscou-se o monitoramento das ações e serviços que estão sendo desenvolvidos nos municípios previstos nos Contratos de Gestão, através da Gestão Compartilhada de Serviços de Atenção Básica em Saúde.

Para cumprir as ações especificadas nos referidos Contratos, o corpo funcional da FESF-SUS realizou diversas visitas institucionais aos municípios contratualizados com execução de serviços, tendo como objetivos institucionais o desenvolvimento da educação permanente aos gestores, trabalhadores, comunidade e o processo de trabalho na atenção à saúde; o desenvolvimento na qualificação da gestão; a instituição de processos de avaliação e monitoramento; a promoção da desprecarização das relações de trabalho; a gestão participativa, a gestão compartilhada através das Comissões de Acompanhamento e Avaliação – CAA e o desenvolvimento de ferramentas e tecnologias para análise e qualificação da saúde no âmbito municipal.

A implantação e realização da FIT – Formação Inicial do Trabalhador, o Plano de Ações e Resultados em Saúde – PARES junto às equipes de saúde da família, o Plano de Desenvolvimento da Gestão e do Cuidado – PDGC para qualificação da gestão, a utilização do sistema de Monitoramento da Atenção Primária em Saúde – MAPS, a participação nas Conferências Municipais de Saúde estimulando a participação social, são algumas das diversas ações desenvolvidas pela Fundação nos municípios contratualizados.

Durante o ano de 2011 não houve celebrações de novos contratos, sendo marcado pela qualificação das suas ações e ferramentas junto aos municípios contratualizados e fortalecimento dos processos organizacionais, garantindo a consolidação da Fundação Estatal Saúde da Família – FESF/SUS junto aos municípios.

### **3.15.3.1 Aditivos Contratuais**

No decurso do Contrato de Gestão, alguns municípios manifestaram a necessidade de repactuações e alterações contratuais através de Termos Aditivos.

Foram realizados 10 Termos Aditivos para formalizar acréscimos e supressões de serviços, bem como alterações de faixas do adicional de localização com o objetivo de atrair e fixar profissionais no município, ou ainda alterações nos serviços prestados.

Dos 10 Termos Aditivos formalizados, 70% tiveram como objetivo alterar a faixa do adicional de localização para atrair e fixar profissionais. Três termos aditivos tiveram como objetivo acrescentar serviços de apoio à gestão municipal ao Contrato. Isso mostra a tendência dos municípios na política de atração e fixação de profissionais, principalmente a categoria médica, assim como a necessidade em fomentar a Estratégia Saúde da Família com a contratação de profissionais

sanitaristas, para desenvolver ações de apoio institucional, gestão por resultados e educação permanente nas diversas áreas da saúde, influenciados pela nova Política Nacional da Atenção Básica com o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade - PMAQ.

No quadro abaixo, ilustra-se o quantitativo de processos formalizados através de Termos Aditivos.

#### Formalização De Termos Aditivos Aos Contratos De Gestão

FORMALIZAÇÃO DE TERMOS ADITIVOS AOS CONTRATOS DE GESTÃO				
Macrorregião de Saúde	Microrregião	Município	Quantitativo de Termos	Objeto da alteração
Centro-Leste	Seabra	Boninal	1	Alteração da faixa do adicional de localização e inclusão de serviços de enfermagem
Centro-Norte	Irecê	Irecê	1	Alteração da faixa do adicional de localização
Extremo-Sul	Porto Seguro	Santa Cruz Cabralia	1	Alteração da faixa do adicional de localização
Sudoeste	Itapetinga	Itapetinga	1	Inclusão de serviços de apoio a gestão
	Brumado	Brumado	1	Alteração da faixa do adicional de localização
Leste	Salvador	Lauro de Freitas	1	Reajuste INPC-IBGE
		Vera Cruz	1	Alteração da faixa do adicional de localização e inclusão de serviços de apoio a gestão.
Oeste	Barreiras	Riachão das Neves	1	Alteração da faixa do adicional de localização

		Barreiras	1	Alteração nos serviços de apoio matricial
	Ibotirama	Barra	1	Alteração da faixa do adicional de localização e inclusão de serviços de apoio a gestão
TOTAL	-	-	10	-

Fonte: Coordenação de Contratualização e Apoio Institucional da Diretoria de Desenvolvimento da Atenção à Saúde (COCAI/DIDAS/FESF-SUS) – 2011.

### 3.15.3.2 Relatório Anual de Resultados

O Relatório Anual de Resultados contém informações e considerações sobre o alcance dos resultados e indicadores e do consequente grau de cumprimento do Contrato de Gestão. Tem o objetivo de subsidiar a elaboração em conjunto, pela FESF-SUS e a Comissão de Avaliação e Acompanhamento do Contrato de Gestão (CAA), da Avaliação Anual de Resultados prevista no anexo II do contrato de gestão.

A avaliação é realizada pela comparação entre indicadores de resultados efetivamente alcançados e os pactuados constantes da Programação Operativa Plurianual do Contrato de Gestão, observando-se os prazos e as singularidades do município que influenciam na execução dos serviços.

Este momento de Avaliação Anual dos Resultados deve gerar uma oportunidade de discussão ampla com grande participação da Atenção Básica no município, assim, tanto a FESF-SUS como a gestão municipal devem envidar esforços para que esses espaços sejam oportunizados, desenvolvidos e, inclusive, compartilhados entre os municípios da região.

No ano de 2011, foram elaborados 32 relatórios anuais de resultados, referentes aos municípios que completaram 01 ano de serviços prestados ainda nesta competência. O quadro abaixo lista estes municípios.

#### Municípios com 01 ano de serviços em 2011

Municípios com 01 ano de serviços em 2011			
Barra da estiva	Maragogipe	Irecê	Amargosa
Coaraci	Boninal	Jaguarari	Conceição da Feira
Ilhéus	Santa Cruz Cabrália	Prado	Feira da Mata
São Desidério	Santa Maria da Vitória	Barreiras	Ibotirama
Brumado	Barra	Rio Real	Luís Eduardo Magalhães
Cruz das Almas	Itacaré	Ipupiara	Muquém do São Francisco
Inhambupe	Capim Grosso	Lauro de Freitas	Serrinha
Itabuna	Ibitiara	Vera Cruz	Abaíra

Fonte: Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Diretoria de Desenvolvimento da Atenção à Saúde (CACAV/DIDAS/FESF-SUS) – 2011.

### 3.16 Desenvolvimento do sistema de gestão compartilhada dos serviços de atenção básica

Dentre os pressupostos da relação contratual instituída junto aos municípios, está a recomendação prevista, no Programa de Desenvolvimento Interfederado da Estratégia de Saúde da Família da Bahia, aprovado pela CIB-BA, através da Resolução CIB nº123/09, de atuação compartilhada e articulada dos municípios baianos, do Governo do Estado e da FESF-SUS para a expansão, qualificação e desenvolvimento da Estratégia de Saúde da Família e enfrentamento dos

principais problemas que os municípios, sozinhos, não têm mostrado condições de superar.

Sem dúvida, a simples consolidação contratual não dá conta de todos os desafios encontrados na atenção primária à saúde da Bahia. Quando foi pensada e elaborada a proposta da FESF-SUS por municípios e Estado, objetivou-se o fomento à expansão, interiorização e consolidação da atenção à saúde, em especial a Estratégia de Saúde da Família, buscando a promoção da equidade para grupos populacionais, municípios e regiões da Bahia, através de um forte e intenso investimento em desenvolvimento articulado e sistêmico na qualificação da gestão, da atenção e do trabalho na saúde.

São objetivos da relação contratual estabelecida entre FESF-SUS e municípios a potencialização da capacidade de desenvolvimento de ferramentas e tecnologias de análise de situação de saúde, gestão do cuidado, qualificação clínica, implantação de linhas de cuidado, programação das ações, padronização e informatização.

Outro objetivo que merece destaque é a instituição de processos de avaliação e monitoramento, levando em conta a articulação entre indicadores e parâmetros de políticas municipais, estaduais e nacionais. Para alcançar os referidos objetivos, tornou-se imprescindível o fortalecimento da Comissão de Acompanhamento e Avaliação (CAA).

As Comissões são instâncias municipais criadas pelo gestor municipal para realizar o acompanhamento e a avaliação da prestação de serviços e têm previsão expressa no Contrato de Gestão. São compostas por representantes dos municípios que tratam cotidianamente com a gestão da atenção primária e também de seu corpo técnico-administrativo. As CAAs contam com o suporte sistemático do Apoio Institucional da FESF-SUS.

Em 2010, para desenvolver o Apoio à Gestão Compartilhada, a Fundação investiu em 04 frentes de trabalho, conforme foi descrito no relatório referente àquele ano:

- Apoio Institucional - AI;
- Coordenação de Acompanhamento e Avaliação - CAA;
- Sistema de Monitoramento da Atenção Primária à Saúde – MAPS;
- Apoio às Iniciativas de Conformação de Instâncias de Gestão Compartilhada Municipais;

Naquele ano, foram desenvolvidas ações prioritariamente de implantação de processos, rotinas e sistemas. No ano de 2011, a FESF-SUS seguiu desenvolvendo essas frentes. A seguir, explicar-se-á cada um destes elementos, com o respectivo elenco das ações realizadas para a sua concretização.

### **3.16.1 Desenvolvimento do Apoio Institucional FESF-SUS aos municípios contratualizados**

Um dos fundamentos para o êxito dos objetivos da Fundação Estatal Saúde da Família (FESF-SUS) é a estratégia do Apoio Institucional (AI). O AI é um modelo de gestão que utiliza como ferramenta a educação permanente e a gestão compartilhada, proporcionando construção de espaços coletivos de diálogo, empoderamento dos sujeitos e democratização das ações. Produz autonomia e protagonismo nos sujeitos.

A FESF-SUS desde sua instituição estatutária tem seu modelo de gestão pautada nesta estratégia e por isso, compôs em sua estrutura a Coordenação de Contratualização e Apoio Institucional (COCAI).

A COCAI, por sua vez, tem dentre suas atribuições a responsabilidade de desenvolver e gerir o processo de contratualização dos serviços e metas da gestão compartilhada junto aos municípios, bem como realizar o Apoio Institucional às equipes da gestão municipal, às equipes dos serviços compartilhados com a FESF-SUS e aos sujeitos organizados nos processos de

participação e controle social, objetivando sempre o alcance dos resultados pactuados e o desenvolvimento da atenção à saúde.

Assim, a formulação de projetos, o planejamento de ações, a realização de atividades programadas em conjunto com gestão e trabalhadores e a gestão e acompanhamento necessários para a mudança e desenvolvimento das práticas de atenção à saúde, gestão em saúde, educação em saúde e participação são objetos dessa estratégia de Apoio Institucional.

Todas as frentes de atuação da FESF-SUS junto aos municípios passam necessariamente por esse olhar. O olhar do apoio institucional, o olhar de um novo empoderamento dos sujeitos, agora, não só gestores – gestores, mas sim, gestores – trabalhadores – usuários – gestores FESF-SUS.

Desde o início da atividade da FESF-SUS nos municípios, os Apoiadores Institucionais FESF-SUS vem realizando visitas para conhecimento da realidade local de cada área contratualizada em busca de fortalecer o vínculo institucional entre FESF-SUS e Município. Nessas visitas o Apoiador busca compreender a organização da gestão municipal e as potencialidades e fragilidades existentes na organização da Atenção Primária à Saúde. O objetivo final é permitir um melhor embasamento e vínculo para os futuros momentos de pactuação.

Conforme exposto no relatório de 2010, o apoio institucional FESF-SUS está organizado e distribuído nas regiões de saúde do Estado de acordo com o número de municípios contratualizados em cada uma delas, conforme a tabela abaixo:

Municípios Contratualizados e Apoiadores Institucionais por macrorregião

MACRORREGIÕES	MUNICÍPIOS CONTRATUALIZADOS	APOIADORES INSTITUCIONAIS DE REFERÊNCIA
Leste	8	2
Nordeste	6	1
Oeste	16	2



Centro-Norte	3	1
Centro-Leste	11	1
Norte	6	1
Sudoeste	6	1
Sul	7	1
Extremo-Sul	4	1
<b>TOTAL</b>	<b>67</b>	<b>11</b>

Fonte: Sala de Situação FESF-SUS/2011

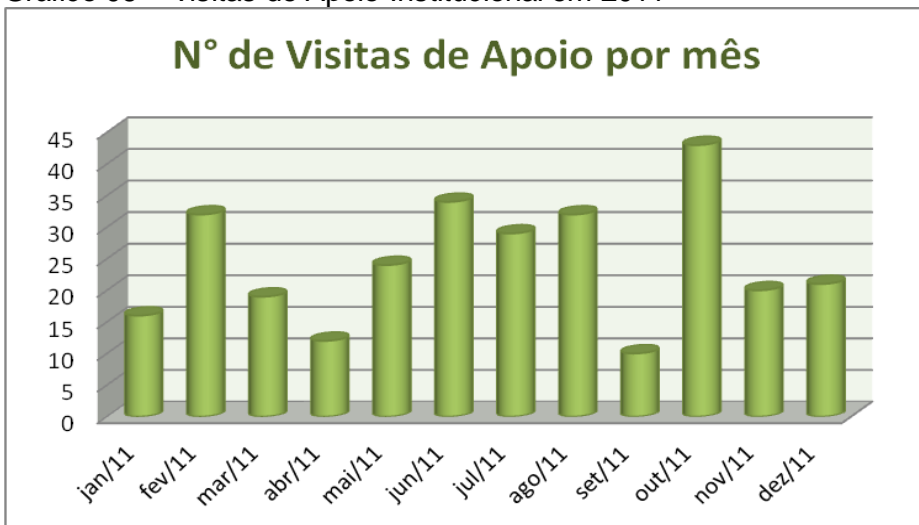
Todos os municípios contratualizados que iniciaram as atividades FESF-SUS previstas em contrato receberam, no ano de 2011, visita de apoiadores institucionais. Nessas visitas, buscou-se trabalhar com as Comissões a capacidade de gestão e acompanhamento do contrato e da prestação de serviços, bem como a qualificação dos serviços de atenção à saúde. A tabela e os gráficos que seguem trazem os quantitativos de visitas de apoio, discriminando por macrorregião de saúde:

#### Visitas institucionais por macrorregião em 2011

Macro	Jan/11	fev/11	mar/11	abr/11	mai/11	jun/11	jul/11	ago/11	set/11	out/11	nov/11	dez/11	TOTAL
Nordeste	0	2	0	0	1	4	2	3	3	3	2	2	22
Sudoeste	0	4	0	2	2	4	4	3	1	2	2	0	24
Extremo-sul	2	3	2	2	3	3	4	3	0	2	1	0	25
Centro-leste	1	4	2	0	3	5	3	4	0	4	0	0	26
Norte	1	1	2	0	3	4	5	4	0	5	1	2	28
Leste	1	2	2	0	4	3	1	5	1	5	4	4	32
Centro-norte	1	2	4	1	1	3	4	1	2	7	6	1	33
Oeste	0	8	3	1	4	5	2	4	3	8	3	8	49
Sul	10	6	4	6	3	3	4	5	0	7	1	4	53
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>32</b>	<b>19</b>	<b>12</b>	<b>24</b>	<b>34</b>	<b>29</b>	<b>32</b>	<b>10</b>	<b>43</b>	<b>20</b>	<b>21</b>	<b>292</b>

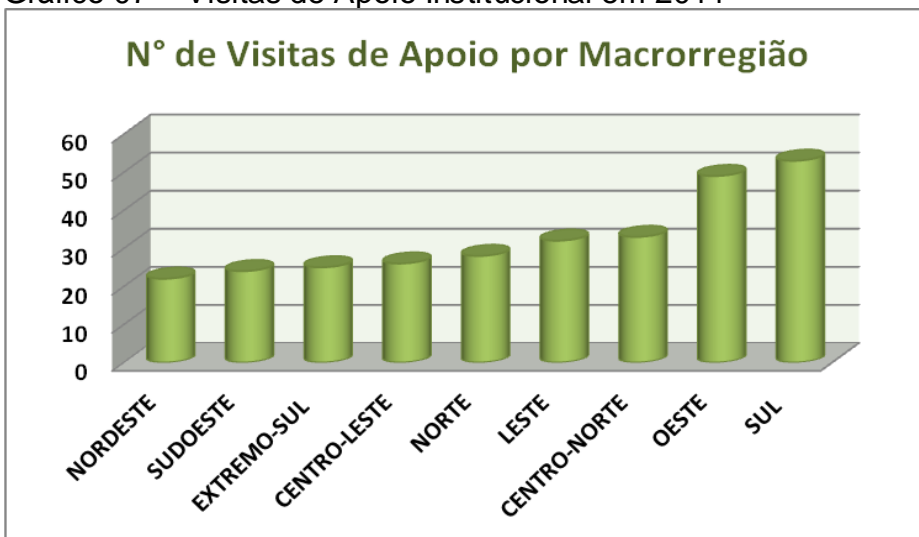
Fonte: Sala de Situação FESF-SUS/2011

Gráfico 06 – Visitas de Apoio Institucional em 2011



Fonte: Sala de Situação FESF-SUS/2011

Gráfico 07 – Visitas de Apoio Institucional em 2011



Fonte: Sala de Situação FESF-SUS/2011

Dando continuidade aos processos iniciados em 2010, os apoiadores institucionais passaram por momentos de formação e educação permanente que permitiram qualificar o olhar praticado nessas visitas, bem como ampliar a capacidade de análise dos problemas e obstáculos encontrados. O ciclo de oficinas de planejamento, que foi iniciado naquele ano, permitiu a conclusão, no ano de 2011,

dos modelos dos instrumentos de pactuação da gestão compartilhada que já estão sendo utilizados: o Plano de Desenvolvimento da Gestão e do Cuidado (PDGC) e o Plano de Ações e Resultados em Saúde (PARES). A seguir trataremos destes instrumentos de gestão.

### **3.16.1.1 Plano de Desenvolvimento da Gestão e do Cuidado**

A maioria das Secretarias Municipais de Saúde na Bahia são caracterizadas por equipes de gestão sobrecarregadas, reduzidas e que não considera os arranjos realizados pelas Equipes de Saúde da Família (EqSF) para produzir o cuidado cotidianamente como seu objeto de trabalho. Essas características terminam levando a uma relação verticalizada e, portanto, com pouca capacidade de fazer ofertas que venham a contribuir com a análise e a reorganização da forma como estas EqSF organizam seu processo de trabalho e produzem o cuidado.

Entende-se que essa forma de realizar a gestão da Atenção Básica constitui um modelo gerencial hegemônico na saúde pública brasileira, e tem como uma de suas possíveis explicações a forma verticalizada que as políticas públicas brasileiras para a saúde foram constituídas e, particularmente, a forma como o Programa de Saúde da Família (PSF) foi implantado na década de 90. Chama a atenção, nesse processo, a contribuição que as formas de financiamento altamente centralizadas tiveram. Essa realidade, portanto, não dialoga com a importância que o modelo de gestão pode ter na produção do cuidado nas EqSF.

Tentando contribuir para a modificação desta realidade, uma das ferramentas desenvolvidas pela FESF-SUS foi o Plano de Desenvolvimento da Gestão e do Cuidado (PDGC). O PDGC é realizado durante o primeiro ano de serviço em cada um dos municípios contratualizados, e, como todo plano, deve ser, periodicamente, analisado e reorientado mediante um processo de negociação e pactuação entre o Apoiador Institucional FESF-SUS e a equipe de gestão

Para o desenvolvimento desta ferramenta, realizou-se encontros entre as equipes de gestão e Apoio Institucional da Fundação, que foram dispositivos para a produção de uma análise conjunta da realidade, levantamento de demandas prioritárias para o município, negociação sobre quais destas demandas são passíveis de serem desenvolvidas de forma compartilhada entre o município e a FESF-SUS e, finalmente, para a montagem de um Plano de Ação.

Dessa forma, o PDGC pretende constituir-se enquanto uma “carta náutica” que guiará o trabalho do Apoio Institucional no município, servindo de base para a montagem do cronograma de visita do Apoio e quais serão os objetos do trabalho do Apoiador. Apesar de ter sido elaborado um instrumento de registro do PDGC na forma de um Plano de Ação, o processo é singular, e depende do Apoiador, da relação construída entre este e cada município e do contexto local.

Em 2011, foram realizadas, nos mais diversos contextos, oficinas de construção do PDGC em 22 municípios. Em alguns municípios, esse processo foi uma demanda exclusiva da FESF-SUS, na tentativa de consolidar a gestão compartilhada dos serviços e cumprir as suas metas contratuais. Nesses casos, foi muito mais difícil de a gestão municipal tomar o Plano como um dispositivo para reorganizar seu trabalho, chegando, em alguns casos, a não se conseguir produzir o momento de planejamento. Em outros municípios, a construção do PDGC deu-se de forma natural, como um desdobramento da relação construída entre o Apoio Institucional e a gestão.

São exemplos de demandas nos PDGCs realizados em 2011: implantação do apoio institucional municipal; desenvolvimento de ferramentas de planejamento, programação e monitoramento; elaboração de ações de educação permanente e implantação de espaços de co-gestão nas secretarias de saúde.

A implantação do apoio institucional municipal constituiu-se enquanto uma importante demanda, levando a equipe de Apoio da FESF-SUS a elaborar um Projeto de Implantação do Apoio Institucional Municipal, enquanto uma oferta mais estruturada para ser feita aos municípios, pois se entende que implantar Apoio

Institucional na Atenção Básica de um município requer, necessariamente, colocar em análise e transformar o modelo de gestão de uma Secretaria de Saúde. Significa que esta gestão passará a relacionar-se de outra forma com as Equipes de Saúde da Família, tomando o processo de trabalho desta equipe como objeto de seu trabalho, requerendo, do mesmo, entendimento para poder contribuir com sua transformação.

Nos municípios onde a Implantação do Apoio Institucional municipal surgiu como uma demanda a ser tratada no PDGC, realizou-se, em conjunto com a equipe de gestão municipal, uma cartografia do processo de trabalho desta, o que possibilitou, a todos os envolvidos, identificarem aspectos que antes passavam despercebidos e construir uma imagem-objetivo.

Nestes encontros, o mais importante foi o processo e não o instrumento, desta forma, a valorização das subjetividades que operam no cotidiano da gestão e a produção do sentido de mudanças nas práticas de gestão são centrais nesta relação de gestão compartilhada. Isso é o que fará diferença no processo de pactuação e desenvolvimento dos atores envolvidos. Os instrumentos de qualificação da gestão utilizados pelo Apoio Institucional da FESF-SUS, como o PDGC, devem funcionar enquanto dispositivos que dialogam com a realidade local e têm valor de uso para a equipe de gestão municipal. O envolvimento dos atores é o que garante o êxito do PDGC e dá sustentação às pactuações da Rede de Pedidos e Compromisso entre a FESF-SUS e Gestão Municipal, organizando as demandas estruturadas para a qualificação da gestão municipal e contribuindo com análise permanente do trabalho do Apoio Institucional FESF-SUS.

### **3.16.1.2** Plano de Ações e Resultados em Saúde

Um dos grandes desafios da Estratégia de Saúde da Família – ESF – tem sido a criação e utilização de ferramentas de planejamento e gestão que façam sentido para o trabalho das Equipes de Saúde da Família-EqSF e dos gestores. A

avaliação dos indicadores de produção e situação de saúde, seguida da pactuação de ações estratégicas entre EqSF, gestores e usuários, é essencial para a mudança do processo trabalho e a produção do cuidado.

A Fundação Estatal Saúde da Família - FESF-SUS, através de sua política de avaliação e gestão da qualidade e apoio institucional, oferta aos municípios contratualizados o Plano de Ações e Resultados em Saúde – PARES. Este representa um esforço conjunto entre os atores da ESF para pactuar ações e estratégias que respondam às necessidades de saúde da população e às demandas das EqSF, promovendo encontros e diálogo para compreensão e intervenção na realidade.

A ferramenta utilizada na elaboração do PARES é um instrumento dividido em cinco eixos que, após seu preenchimento, se transforma no documento norteador das ações nos próximos seis meses, podendo haver repactuações durante o processo. Os eixos abordam: avaliação de indicadores de produção, indicadores do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade, necessidades de saúde da comunidade priorizadas pela equipe, atividades pós-PARES e o Projeto da Equipe para o Prêmio por Inovação e Qualidade.

A sua utilização tem possibilitado aos envolvidos discutir e analisar os problemas de saúde, evidenciando os resultados alcançados e as atividades propostas para o seu enfrentamento, bem como as fragilidades e potencialidades deste processo. Além disso, ao induzir a análise das informações relativas ao processo de trabalho, o PARES contribui para a compreensão da importância dos Sistemas de Informação. Trata-se de um dispositivo de educação permanente, de pactuação e de construção coletiva, possibilitando aproximação dos gestores ao cotidiano das unidades de saúde, bem como a análise crítica sobre o processo de trabalho da gestão e da equipe e o seu impacto sobre a produção do cuidado.

A lógica do planejamento local articulado com uma Política de Educação Permanente, Apoio Institucional e Remuneração Variável, com suporte de

ferramentas como a do PARES, facilitam o encontro entre trabalhadores e gestores. Este modelo tem sido provocador de mudanças nos processos de trabalho da gestão e do cuidado, produzindo autonomia, aprendizados e construção de sentidos para a realização do trabalho.

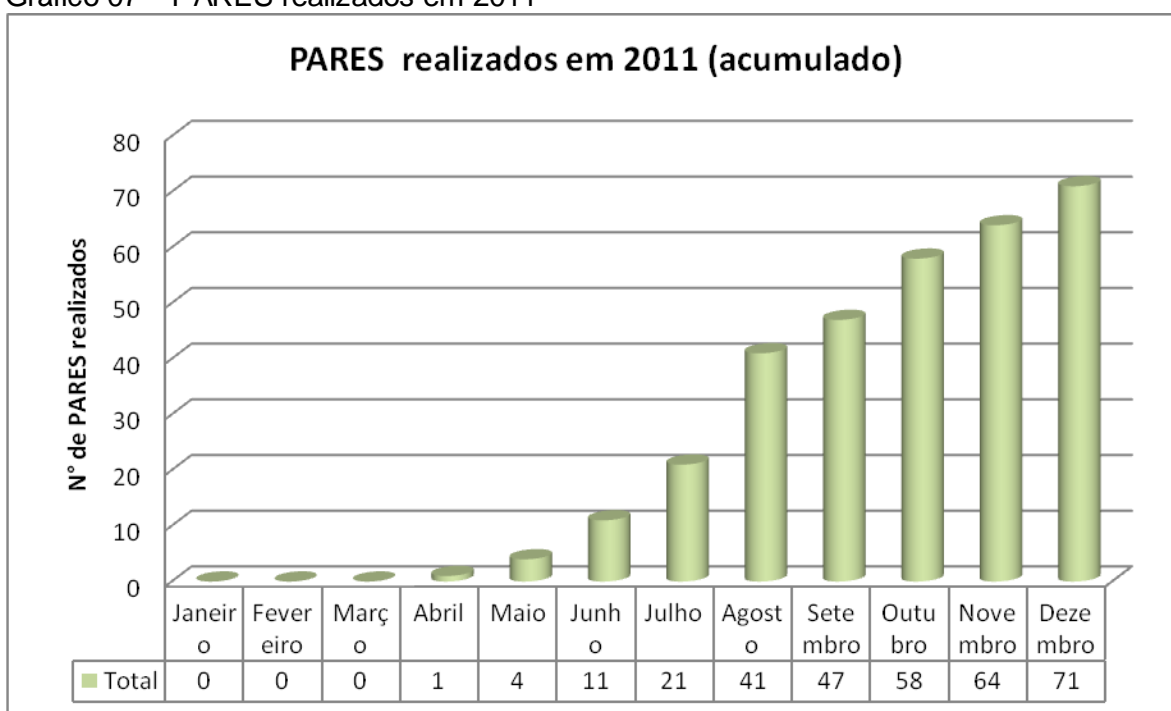
A realização do PARES pode ser dividida em quatro momentos:

1. Preenchimento inicial do Instrumento PARES: a Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da FESF-SUS (CACAV) extrai os dados de produção de cada equipe de saúde da família do Sistema de Monitoramento da Atenção Primária à Saúde – MAPS e preenche o instrumento.
2. Envio e agendamento: o apoiador institucional FESF-SUS envia o Instrumento PARES preenchido parcialmente para a Comissão de Acompanhamento e Avaliação do Contrato e para a EqSF e agenda a realização do PARES.
3. Realização do PARES: EqSF, gestão municipal e, quando necessário ou solicitado, apoiador FESF-SUS realizam oficina para realização do PARES, conforme descrito no texto introdutório deste item.
4. Re-pactuação permanente: o PARES é um instrumento de planejamento, e, como tal, é permanente. Por isso, EqSF e gestão municipal devem revisitá-lo e repactuá-lo constantemente, conforme evolução das condições de saúde no território.

Para auxiliar trabalhadores e gestores na realização e desenvolvimento do PARES, a FESF-SUS produziu, no ano de 2011, o Instrutivo PARES, que está disponível no endereço eletrônico <http://sistemas.fesfsus.ba.gov.br/guiatrabalhador/TrabESF/Produto9.html>

No ano de 2011, foram realizados 71 PARES em municípios espalhados por todas as regiões de saúde do Estado. Destes, 45 tiveram a participação direta do apoio institucional da FESF-SUS. Os gráficos abaixo mostram a realização dos PARES ao longo de 2011, bem como o ganho de autonomia das CAA e trabalhadores das EqSF, que, a partir do mês de agosto, passaram a realizar alguns PARES sem o auxílio do apoio FESF-SUS.

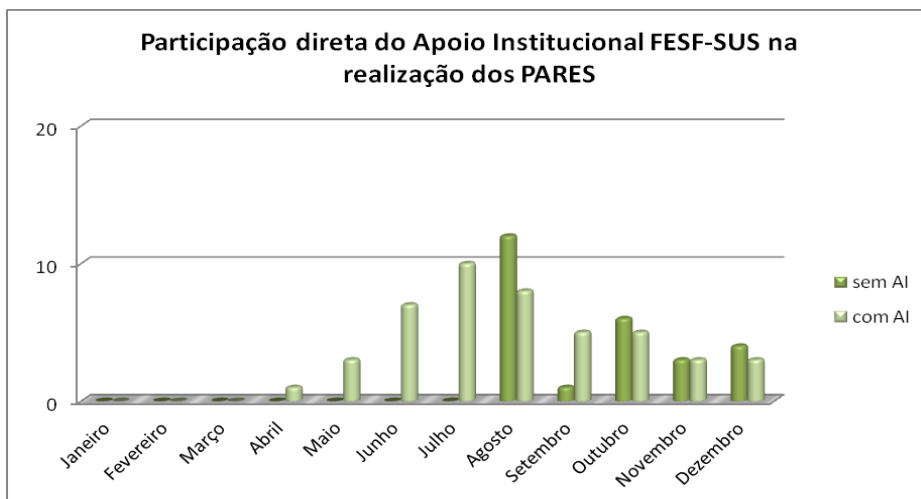
Gráfico 07 – PARES realizados em 2011



Fonte: Sala de Situação FESF-SUS/2011

Gráfico 08 – Participação do Apoio Institucional FESF-SUS na realização dos PARES





Fonte: Sala de Situação FESF-SUS/2011

### 3.16.1.3 Ações relacionadas ao PMAQ-AB

O ano de 2011 foi um ano de muitas novidades para a Atenção Básica. O Ministério da Saúde, através do Departamento de Atenção Básica, lançou uma série de programas de financiamento para os municípios, componentes da renovada Política Nacional de Atenção Básica que foi se configurando em ações concretas ao longo do ano. Esses programas de adesão exigiram das gestões municipais organização de processos de pactuação com trabalhadores e/ou gestores, transação de documentos, formulação de projetos, estabelecimento de metas, cadastramento em sistemas online, etc.

Nesse contexto, as ações e ofertas de Apoio Institucional foram adequadas às novas demandas das gestões municipais, o que implicou em um ano de trabalho de acompanhamento muito próximo e constante das portarias e programas federais, exigindo da equipe estudos, análise e formulação para dar suporte técnico a gestores e trabalhadores da atenção básica, aumentando assim a capacidade local de captação de recursos e melhorias.

Da Política Nacional de Atenção Básica, destacamos a Portaria 1.654 de 19 de julho de 2011 que institui o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da

Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, o primeiro financiamento federal na área da saúde atrelado a resultados de desempenho, cujas diretrizes descritas são:

I - construir parâmetro de comparação entre as equipes de saúde da atenção básica, considerando-se as diferentes realidades de saúde;

II - estimular processo contínuo e progressivo de melhoramento dos padrões e indicadores de acesso e de qualidade que envolva a gestão, o processo de trabalho e os resultados alcançados pelas equipes de saúde da atenção básica;

III - transparência em todas as suas etapas, permitindo-se o contínuo acompanhamento de suas ações e resultados pela sociedade;

IV - envolver, mobilizar e responsabilizar os gestores federal, estaduais, do Distrito Federal e municipais, as equipes de saúde de atenção básica e os usuários num processo de mudança de cultura de gestão e qualificação da atenção básica;

V - desenvolver cultura de negociação e contratualização, que implique na gestão dos recursos em função dos compromissos e resultados pactuados e alcançados;

VI - estimular a efetiva mudança do modelo de atenção, o desenvolvimento dos trabalhadores e a orientação dos serviços em função das necessidades e da satisfação dos usuários; e

VII - caráter voluntário para a adesão tanto pelas equipes de saúde da atenção básica quanto pelos gestores municipais, a partir do pressuposto de que o seu êxito depende da motivação e proatividade dos atores envolvidos. (BRASIL, 2011)

Apesar de o Programa ter sido oficialmente criado em Julho, alguns meses antes disso a equipe já vinha acompanhando à distância e, por vezes, participando de

espaços federais e regionais de debate, formulação e consulta sobre o mesmo. A proximidade institucional com o Ministério da Saúde (MS) e a Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB) possibilitou que a FESF-SUS estivesse sempre atualizada e preparada para dar informações aos municípios sobre o novo programa de financiamento.

Nos dias 30/06/12 e 01/07/12 realizamos, em parceria com SESAB, MS e Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde da Bahia (COSEMS), um Seminário sobre a "Nova Política Nacional de Atenção Básica" voltado para os gestores municipais. Nesse evento a equipe de Apoiadores Institucionais FESF-SUS atuou de forma a complementar a ação do Ministério da Saúde, orientando os gestores sobre o que viria a ser o PMAQ-AB.

Após essa parceria de sucesso, foi criada pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB) uma Comissão Estadual do PMAQ, composta pelas mesmas instituições envolvidas na realização do Seminário acima citado.

Com a portaria publicada, ficou estabelecido o período de adesões como a primeira fase do Programa. Sendo a forma de adesão também inovadora para os municípios, visto que além dos gestores, as equipes de atenção básica também precisavam realizar sua adesão. Assim, ao longo do segundo semestre de 2011, a equipe realizou as seguintes ações de apoio à adesão, com metas de apoiar 100% dos municípios contratualizados e ainda apoiar as ações da Comissão Estadual PMAQ-AB:

Campanha de divulgação da fase de adesão para gestores e trabalhadores, com vídeos e postais digitais, produzidos conjuntamente com a Assessoria de Comunicação (ASCOM);

Orientação "Passo-a-passo" por internet e telefone;

Realização de trinta e três (33) Visitas técnicas de Apoio Institucional aos municípios contratualizados, no período de outubro a dezembro de 2011, com atividades envolvendo trabalhadores e gestores na orientação do processo de adesão e compreensão programa;

Monitoramento da Adesão dos municípios junto ao Ministério da Saúde para agenda de busca ativa e apoio aos municípios com maiores dificuldades de adesão;

Seminários sobre o PMAQ em Salvador, para gestores municipais e Diretorias Regionais de Saúde (DIRES/SESAB) .

Seminários Regionais da Rede Cegonha, com garantia de espaço para divulgação do Programa e apoio aos gestores para a fase de adesão.

Postal digital de Adesão ao PMAQ – Produto FESF-SUS para Comissão Estadual

**Faça sua adesão ao PMAQ**

Esta é a primeira vez que uma política pública nacional se propõe a financiar equipes de Atenção Básica conforme seu desempenho na produção de resultados em saúde.

Gestores e trabalhadores devem assinar o termo de responsabilidade conjuntamente.

As equipes devem fazer sua própria adesão no Sistema para completar o cadastro municipal. A escolha da ordem de prioridade é feita pelo gestor, a partir de planejamento conjunto com os trabalhadores.

Veja como se cadastrar, acessando:  
<http://dab.saude.gov.br/sistemas/Pmaq>

**Não deixe sua equipe de fora**

Ofertas SUS Bahia para apoiar municípios e equipes:

- Apoio institucional** | Formação de equipes municipais de apoio, com suporte das ferramentas e equipes. DAB/Sesab, DAB/Ministério, FESF-SUS e COSEMS-BA.
- Avaliação e monitoramento** | Sistema de registro das ações de saúde pelo trabalhador e sistema de georeferenciamento das informações e indicadores do SUS.
- Educação permanente** | Especializações e cursos para trabalhadores e gestores. Praça Virtual e Telessaúde. Oficinas com NASF e apoladores municipais.
- Gestão do trabalho** | Carreira de Saúde da Família. Desenvolvimento interfederado de mecanismos de remuneração variável ou premiação de trabalhadores atrelada a desempenho e resultados.

Mais informações:  
Ministério da Saúde  
<http://dab.saude.gov.br>  
Governo do Estado  
[www.saude.ba.gov.br/dab](http://www.saude.ba.gov.br/dab)  
Fundação Estatal (FESF-SUS)  
[www.fesfsus.ba.gov.br](http://www.fesfsus.ba.gov.br)  
Cosems-BA  
[www.cosemsbahia.com.br](http://www.cosemsbahia.com.br)

SUS BRASIL  
SAUDE SABS Bahia COSEMS/BA FESF/SUS

Fonte: Assessoria de Comunicação (ASCOM/FESF-SUS) – 2011.

Os resultados desse trabalho junto à Comissão Estadual do PMAQ superaram as expectativas. No universo dos 417 municípios da Bahia, 389 aderiram, chegando a 93% dos municípios. Com isso, a Bahia, junto com o Ceará, foi o estado com o maior percentual de adesões ao Programa. Além disso, 1.770 Equipes de Atenção Básica (EAB) realizaram adesão, número 20% maior que o teto previsto pelo o MS para o Estado. Esses números podem ser acessados através do endereço eletrônico <http://dab.saude.gov.br/sistemas/Pmaq?pmaq=painelAdesaoPmaq>.

Quando avaliamos os números dos municípios contratualizados e com serviços FESF-SUS em execução, os números são ainda mais expressivos. Dos 38 municípios nessa situação, 37 aderiram, atingindo 97,3% de participação no PMAQ. Esses 37 municípios aderiram com 252 EAB, o que representa quase 15% do total de equipes do Estado no Programa, quando esse quantitativo de municípios representa apenas 8% dos municípios baianos. Isso demonstra que a estratégia elaborada pela FESF-SUS logrou êxito, também, juntos às EAB, aumentando o conhecimento e o estímulo dos profissionais sobre o PMAQ. A tabela abaixo resume a situação descrita:

Resultados da Fase de Adesão PMAQ Bahia

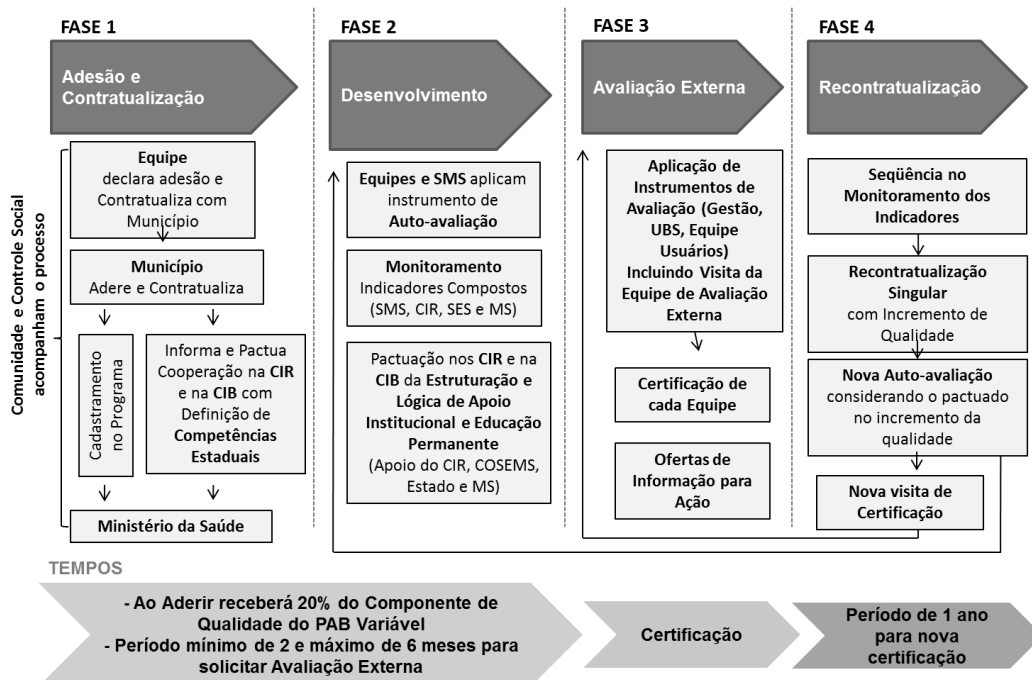
Tabela. Resultados da Fase de Adesão PMAQ Bahia

Universo	Total de Municípios aderidos ao PMAQ-AB	Percentual de municípios aderidos ao PMAQ-AB	Total de EAB Aderidas
38 municípios contratualizados com serviços em execução	37	97,3	252
417 municípios do estado	389	93,29	1770

Fonte: Coordenação de Contratualização e Apoio Institucional da Diretoria de Desenvolvimento da Atenção à Saúde (COCA/DIDAS/FESF-SUS) – 2011.

Além do apoio voltado à fase de Adesão do Programa, demos início a um trabalho de formulação e readequação dos serviços/ofertas FESF-SUS prestados aos municípios de forma a qualificar os mesmos para as fases subsequentes do PMAQ-AB, sejam elas: Desenvolvimento, Avaliação Externa e Recontratualização.

Fases de Adesão do PMAQ-AB



Fonte: Departamento da Atenção Básica do Ministério da Saúde (DAB/MS) – 2011

Para a fase de Desenvolvimento, identificamos a necessidade de readequação dos seguintes elementos: lógica de organização do Serviço Apoio Institucional FESF-SUS e da Remuneração Variável atrelada ao desempenho e resultados dos trabalhadores da Carreira FESF-SUS.

### 3.16.1.4 Adequação dos Serviços de Apoio Institucional FESF-SUS

Frente aos novos desafios e oportunidades colocados pelo cenário da Política Nacional e, considerando também, as demandas das equipes do cuidado e da gestão com os avanços e as dificuldades vivenciadas ao longo do primeiro ano de implantação do Sistema FESF-SUS, encontramos alguns obstáculos importantes na conformação das atuais modalidades de Apoio Institucional oferecidas pela instituição. Abaixo o diagnóstico feito pela equipe:

- Aumento da demanda de visitas de apoio institucional por parte dos gestores com demandas específicas de maior apoio para as equipes de atenção básica;
- Contratos de Gestão celebrados com os municípios deficitário em relação aos custos necessários para o desenvolvimento de Apoio Institucional centrado em visitas mais regulares e frequentes;
- Equipe de Apoio Institucional FESF-SUS centralizada em Salvador, o que dificulta a presença regular junto aos municípios;
- Equipe com baixa capacidade de realizar encontros presenciais regulares para apoio institucional às equipes de saúde contratualizadas, devido a dificuldade de deslocamento e número de apoiadores insuficiente;
- Diversidade de remuneração entre Apoiadores FESF-SUS, ainda que exerçam funções semelhantes, devido ao regramento atual para desempenho de Função Estratégica de Gestão;
- Gerentes de Contratualização e Apoio Institucional com excesso de demandas de apoio institucional, o que inviabiliza o desempenho de suas funções gerenciais de assessoramento da Coordenação;
- Equipe com baixa capacidade de acompanhamento e apoio à implementação dos projetos cadastrados junto ao Prêmio por Inovação e Qualidade (PIQ);
- Ausência de regulamento que contemple o empregado Sanitarista para desempenhar Função Estratégica de Gestão em Apoio Institucional;
- Ausência de processo de formação voltado para a função Apoio que contemple tanto a equipe central, quanto os sanitaristas e profissionais em Função Estratégica de Gestão que atuam nos municípios para prestação de serviços de Apoio Institucional Local;

- Insuficiência de práticas de Apoio Institucional e Matricial para qualificar a implantação do Sistema FESF-SUS junto às CAA;
- Atraso nos processos de monitoramento e avaliação previstos em contrato de gestão;
- Baixa capacidade de apoiar o total de equipes aderidas ao PMAQ.

Frente a esse diagnóstico, ficou claro para a equipe que, para ampliar sua capacidade de apoio aos municípios, seria essencial que a oferta de Apoio Institucional FESF-SUS fosse ampliada e melhor regionalizada. Tornando possível o acompanhamento longitudinal e contínuo das equipes de saúde e equipes de gestão que aderissem ao Programa. Para tanto, a Coordenação apresentou à Diretoria Executiva da FESF-SUS um projeto propondo uma nova organização e metodologia para o funcionamento do Apoio Institucional na FESF-SUS, composto por:

- Proposta de Implantação de Apoio Regionalizado – com foco na implantação de apoio institucional para alcance de resultados junto à certificação do PMAQ-AB e voltado mais especificamente para o trabalho junto às equipes de atenção básica aderidas;
- Proposta de Implantação de Apoio Matricial – com foco na qualificação do Sistema FESF-SUS de Gestão Compartilhada junto à CAA e Secretaria de Saúde, no intuito de implementar os serviços contratualizados com acompanhamento e avaliação dos resultados regularmente;
- Qualificação dos Serviços de Apoio à Gestão – com agenda de trabalho de sanitaristas ou profissionais em Função Estratégica de Gestão nos municípios contratantes;
- Desenvolvimento do Curso de Formação de Apoiadores Institucionais na Atenção Básica.

Como resultados da implementação de ações previstas nesse projeto, tivemos, em 2011, a construção dos seguintes produtos (todos intermediários):



- Pré-proposta de novo regulamento da Função Estratégica de Gestão, prevendo a figura do Assistente de Apoio Institucional e propondo teto remuneratório que permitisse isonomia salarial para profissionais de empregos diferentes, mas com a mesma função institucional;
- Pré-proposta de novo organograma para a Coordenação de Contratualização e Apoio Institucional, prevendo um número adequado de gerências segundo o número de serviços prestados de forma a organizar lógica de Apoio Matricial à execução dos serviços FESF-SUS em Gestão Compartilhada com as Comissões de Acompanhamento e Avaliação;
- Pré-projeto de regionalização do Apoio Institucional, prevendo a contratação de Apoiadores com residência na região de trabalho, minimizando assim os custos com deslocamentos e otimizando a capacidade de visitas aos municípios e equipes de atenção básica ;
- Pré-proposta de precificação e modalidade de contratação de serviços de Apoio Institucional ao PMAQ-AB ;
- Pré-proposta de Termo de Compromisso de Gestão Compartilhada, visando produzir co-responsabilidade do gestor municipal para com o serviço de Apoio Institucional prestado pela FESF-SUS;
- Pré-Projeto de Curso de Formação de Apoiadores de Atenção Básica para todos os apoiadores FESF-SUS .

### **3.16.2 Qualificação das Comissões de Acompanhamento e Avaliação (CAA)**

Para alcançar os referidos objetivos, tornou-se imprescindível no ano de 2011 um investimento no fortalecimento da Gestão Compartilhada a partir, principalmente, da relação de apoio institucional e educação permanente estabelecida com as

Comissões de Acompanhamento e Avaliação (CAA). As Comissões são instâncias municipais criadas pelo gestor municipal para realizar o acompanhamento e a avaliação da prestação de serviços e têm previsão expressa em Contrato de Gestão. São compostas por representantes do município que lidam cotidianamente com a gestão do cuidado prestado, bem como com a gestão administrativa do Contrato.

Abaixo são listadas as atribuições da CAA, na área da gestão do cuidado em saúde e na área administrativo-financeira.

#### Atribuições CAA - Gestão do Cuidado em Saúde:

- Acompanhar e avaliar a execução das ações, metas e indicadores, constantes na Programação Operativa Plurianual, verificando se os mesmos atingiram os resultados pactuados;
- Participar do planejamento das ações no que tange ao conjunto do município e também a cada área contratualizada, buscando adequar as ações planejadas às prioridades e políticas municipais de saúde;
- Integrar as ações da FESF ao conjunto de ações desenvolvidas pelo SUS municipal e regional, para ganhar eficiência e maximizar os resultados, respeitando-se o princípio do Sistema Integrado, Regionalizado e com Comando Único;
- Dialogar com usuários e comunidades, criando instrumentos que fomentem a participação e co-responsabilização da população com as ações em saúde;
- Relacionar-se com a FESF através: do apoiador institucional; do setor responsável pela gestão do contrato; de qualquer uma de suas Diretorias e Núcleos de acordo com o tema e necessidade; da Educação Permanente e através da constituição de redes entre FESF-SUS, gestores, trabalhadores e usuários;

- Buscar implantar e desenvolver, de acordo com as necessidades, o Plano de Desenvolvimento da Gestão e do Cuidado pactuado pelo Município, como parte da política de saúde e organização municipal processos como o Apoio Institucional, a Avaliação e Monitoramento, a Gestão da Educação e do Trabalho e a Gestão Participativa;
- Propor ações corretivas e outras sugestões e recomendações decorrentes do acompanhamento e da avaliação;
- Analisar e sugerir propostas de alteração ou revisão das metas e indicadores dos diferentes processos de avaliação.

#### Atribuições CAA - Gestão Administrativo-Financeira do Contrato:

- Acompanhar o conjunto de procedimentos administrativos previstos em lei que vão desde a formalização das modificações nos contratos administrativos (por exemplo, acréscimos ou supressões no objeto, prorrogações de prazos, prorrogação do contrato) ao pagamento pelos serviços prestados entre outras;
- Garantir a formalidade exigida aos trâmites e protocolos para a recepção de documentos, validação dos mesmos;
- Garantir o fluxo da sistemática de pagamentos do Contrato de Gestão dentro do município, dando agilidade para a análise e validação dos relatórios, o ateste dos documentos financeiros e contábeis e acompanhamento do processo de ordenação de despesas até o momento do desembolso junto a FESF-SUS nas datas pactuadas no Contrato de Gestão;
- Acompanhar eventuais repactuações do contrato;
- Ler minuciosamente o contrato e anotar em registro próprio todas as ocorrências relacionadas à execução do contrato, determinando o que for

necessário à regularização dos problemas observados com ciência à autoridade superior e ao representante da FESF.

- Verificar os relatórios relativos a prestação de contas: Relatório Mensal de Serviços Prestados, entregue com prazo máximo de 60 (sessenta) dias do último dia do mês de referência; Relatório Semestral de Avaliação Quantitativa das Ações; Relatório Anual de Avaliação de Resultados, contendo comparativo específico das metas propostas com os resultados alcançados, acompanhado dos demonstrativos financeiros consolidados.

Após os primeiros esforços em capacitação (acolhimento pedagógico) e visitas de apoio institucional realizados no ano de 2010, voltados aos gestores que compõem as CAA, nossa equipe elaborou uma pesquisa para os membros das CAA. Nesse sentido, durante o período de dezembro de 2010 a março de 2011, a política de qualificação da atenção à saúde, apoio à gestão da atenção primária e a desprecarização do trabalhador da Fundação Estatal Saúde da Família foram avaliadas em um inquérito. Neste inquérito obtivemos a participação e colaboração de 38 gestores de 25 municípios, representando assim 63% dos municípios que estavam com a efetiva prestação dos serviços FESF-SUS naquele momento.

Abaixo um quadro que sistematiza os resultados do inquérito

Resultados Gerais do Inquérito sobre a FESF-SUS realizado com os gestores CAA no primeiro trimestre de 2011.

ITENS AVALIADOS	RESULTADOS GERAIS DA AVALIAÇÃO
Conselhos da FESF-SUS	A maior parte dos gestores conhecem a sua finalidade, porém conhecem pouco a sua composição e, conseqüentemente, os atuais representantes.
Apoio Institucional da FESF-SUS	Os municípios avaliaram a resolutividade de seus processos (contratualização, recepção dos trabalhadores, implantação da CAA e qualificação do processo de trabalho das Equipes) como bons e muito bons em todos os

	<p>itens. Da mesma forma foram avaliados como bons e muito bons os processos de disponibilidade, acolhimento, acompanhamento e resolutividade das demandas dos municípios contratualizados por parte do Apoio Institucional FESF-SUS.</p>
Instrumentos de comunicação	<p>No geral, foram avaliados como bons, com ênfase para o InfoFESF e Boletim Diálogo. A ouvidoria foi indicada como instrumento desconhecido pela maioria.</p>
Atribuições das CAA's na gestão compartilhada	<p>Foram identificados itens que sinalizam atenção, pois algumas atividades como monitoramento de frequência e avaliação de desempenho funcional, foram colocados como sendo "realizados com dificuldade" por quase metade dos gestores. Os itens mais preocupantes são com relação ao pagamento do contrato (34% realiza com dificuldade e 18% não realiza), avaliação e ateste da produção (37% realiza com dificuldade e 21% não realiza) e acompanhamento do trabalhador em formação (55% realizam com dificuldade e 11% não realizam). A única atividade que foi avaliada como sendo realizada com facilidade foi a recepção do trabalhador no município com 79%.</p>
Política de Educação Permanente da FESF-SUS	<p>Foi avaliada como bom e muito bom no geral, porém os gestores sinalizaram não conhecer os encontros regionais de gestores e a praça virtual do trabalhador, ambos com 21%.</p>
Auto-avaliação do gestor com relação a sua participação no ambiente virtual	<p>Foi ruim, 74% indicando que participa pouco e 18% indicando que não participa.</p>
Motivos para a não participação do gestor no ambiente virtual	<p>Falta de tempo, representado por 59% e dificuldades de conexão com 22%. Para o item "o ambiente virtual ajuda pouco a resolver os problemas reais do dia-a-dia" houve 9% das</p>

	indicações.
Importância do ambiente virtual	Apesar das dificuldades de acesso ao ambiente virtual, a maioria dos gestores acredita ser uma ferramenta importante (63%) e muito importante (26%) para o desenvolvimento da gestão compartilhada.
Serviços FESF-SUS prestados aos municípios	Avaliaram como bom (68%) e muito bom (21%).
Atração de profissionais para o município através da FESF-SUS	42% indicaram que não melhorou, 34% parcialmente e 24% sim. O principal responsável pela indicação geral de não facilitar a atração foi o profissional médico com 46%.
Perfil profissional FESF-SUS nos municípios	Foram avaliados como bons (55%) e muito bons (32%) com destaque para os enfermeiros (57%) e dentistas (67%).
Impacto FESF-SUS na qualificação do processo de trabalho no município	42% dos gestores classificaram a atuação dos trabalhadores com muito impacto e, de forma preocupante, 58% dos gestores classificaram como pouco ou nenhum impacto.
Qualificação do processo de trabalho através da Gratificação por Produção e Qualidade (GPQ)	Os gestores avaliaram como bom e muito bom em 53% e 32% respectivamente, revelando a importância desta inovação.
Pertinência dos produtos da Gratificação por Produção e Qualidade (GPQ)	Todos os sete produtos avaliados foram qualificados como Bom (38%) e Muito Bom (18%) em média. Um dado preocupante é que 19% dos gestores indicaram desconhecer os produtos realizados pelos trabalhadores. O produto melhor avaliado foi o número 1 com 71% somando-se os itens Bom e Muito Bom.
Pertinência do Sistema de Monitoramento da Atenção Primária à Saúde (MAPS) ao município	Foi dita como “adequada” para 26% dos gestores. 24% avaliaram como parcialmente “adequada”. Apesar desta avaliação positiva, 16% afirmaram desconhecer o MAPS e 29% não responderam a esta questão.

<p>Pertinência do Guia do Trabalhador</p>	<p>63% dos gestores classificaram como “adequado”, porém 26% relataram não conhecer o Guia, revelando a necessidade de incluir na pauta da CAA a apropriação tanto do Guia como dos produtos da GPQ e FIT no sentido de qualificar o próprio trabalho na gestão e no apoio aos trabalhadores.</p>
<p>Pertinência da gestão compartilhada entre Município e FESF-SUS</p>	<p>46% afirmaram que "A estratégia de criação da CAA está facilitando a interlocução do seu município com a FESF-SUS", 30% que "A troca de experiência com outros gestores que contratualizaram a FESF-SUS está sendo útil para a gestão da atenção básica municipal" e 21% que "A Gestão Municipal está conseguindo tomar decisões e executar mais ações com o apoio da FESF". Apenas 3% não responderam.</p>

A análise sobre o Inquérito levou ao planejamento e desenvolvimento das seguintes ações ao longo de 2011:

- PTI dos Apoiadores com ações focadas nas atribuições de maior dificuldade das CAA
- Seminário de Práticas de Gestão
- Workshop de Gestão Contratual
- Visitas de Apoio Institucional com atividades voltadas ao apoio a CAA
- Desenvolvimento do Ambiente Virtual
- Desenvolvimento do Guia da CAA

Percebeu-se que as dificuldades que os municípios encontram para desenvolver as atribuições da CAA não serão rapidamente solucionadas. Muitas CAA são compostas por apenas um profissional, geralmente pelo próprio Coordenador de Atenção Básica, que além de ter outras atribuições na gestão municipal, por vezes

demonstra distanciamento da pauta administrativo-financeira, devido essa costumar ser mais centralizada no âmbito das prefeituras.

Espera-se que a partir do trabalho conjunto da CAA e do apoiador institucional de referência, que representa a Fundação, sejamos capazes de pactuar ações, resolver problemas e construir possibilidades de qualificação da gestão em saúde, visando, assim, impactar no cuidado prestado pela saúde da família.

### **3.16.3 Desenvolvimento e Implantação do Sistema de Monitoramento da Atenção Primária à Saúde – MAPS**

Desde o início das atividades nos municípios, as informações de produção dos trabalhadores da Fundação estão sendo captadas através do MAPS.

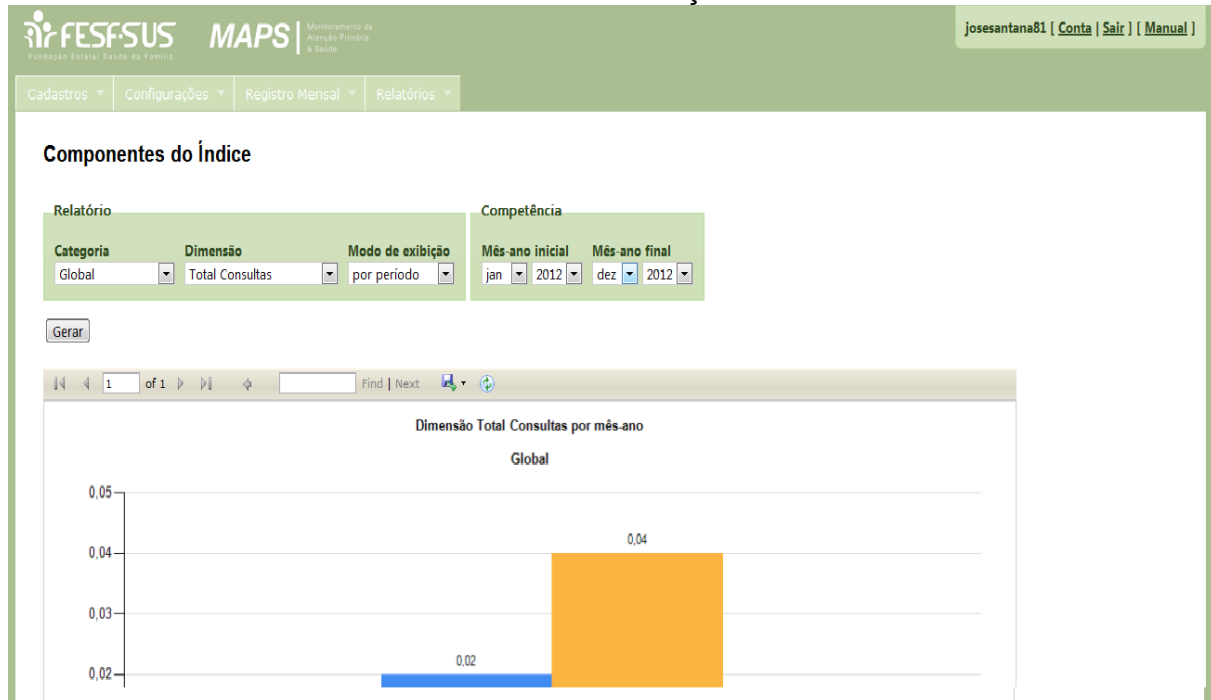
São objetivos deste Sistema:

1. Possibilitar o pagamento da Gratificação de Produção e Qualidade, baseado nas informações de envio da produção e dos produtos;
2. Simplificar o processo de informação aos sistemas do Ministério da Saúde (Sistema de Informação Ambulatorial – SAI – e Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB), facilitando o processo de trabalho do profissional da atenção e melhorando a qualidade da informação prestada aos sistemas oficiais;
3. Gerar relatórios de desempenho, de produção e outros, auxiliando o gestor municipal no acompanhamento dos profissionais, das equipes e da efetividade das ações na Atenção Primária à Saúde, de forma simples e rápida;



4. Permitir a comparação das informações de saúde nas áreas de abrangência das diversas equipes de saúde da família entre si, das equipes com as médias municipal, micro e macro regionais, e dos municípios entre si e com as médias das micro e macrorregiões.

### Interface do Sistema de Monitoramento da Atenção Primária à Saúde - MAPS



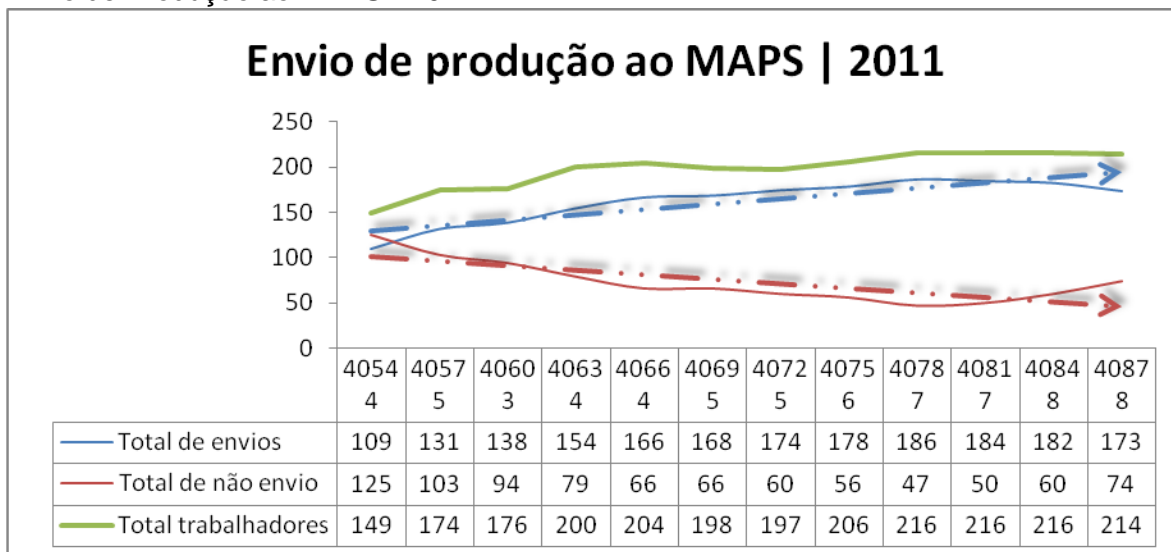
Fonte: MAPS/2011

Com o fim de melhorar a qualidade da informação gerada na Atenção Primária à Saúde e facilitar a gestão neste nível da atenção, a FESF-SUS oferta o MAPS, sem qualquer custo, para que os municípios, contratualizados ou não, o implante em toda a rede.

O MAPS vem sendo aprimorado com base nas necessidades dos usuários (gestores e trabalhadores), representando assim um auxílio importante aos municípios interessados na extensão e consolidação da política de gestão por resultados para os trabalhadores da rede municipal (não-FESF).

O gráfico abaixo traz o panorama da utilização do MAPS pelos trabalhadores da FESF-SUS em 2011.

Envio de Produção ao MAPS - 2011



FONTE: Sistema de Monitoramento da Atenção Primária à Saúde – MAPS/2011

Através da análise do gráfico, pode perceber uma tendência de crescimento da utilização do sistema pelos trabalhadores. Isto é fruto do trabalho de acompanhamento e apoio destes profissionais, pela FESF-SUS e pelas Comissões de Acompanhamento e avaliação, para consolidar a cultura da utilização dos sistemas de informação. A leve diminuição do uso no final de 2011 deve-se à prática do recesso de final de ano, comum em muitos municípios.

É importante salientar que, em 2011, o sistema foi adaptado para atender às modificações que foram realizadas no SIAB com o intuito de contemplar as novas demandas decorrentes do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade – PMAQ.

O Sistema está acessível através do portal da FESF-SUS (<http://fesfsus.ba.gov.br/>).

Apoio às Iniciativas de Conformação de Instâncias de Gestão Compartilhada e Controle Social no SUS-Bahia:

“A Lei n.º 8.142/90, resultado da luta pela democratização dos serviços de saúde, representou e representa uma vitória significativa. A partir deste marco legal, foram criados os Conselhos e as Conferências de Saúde como espaços vitais para o exercício do controle social do Sistema Único de Saúde (SUS).

Quando conquistamos esses espaços de atuação da sociedade na lei, começou a luta para garanti-los na prática. Os Conselhos de Saúde foram constituídos para formular, fiscalizar e deliberar sobre as políticas de saúde. Para atingir esse fim, de modo articulado e efetivo, conhecer o SUS passou a ser imprescindível.

Deliberar acerca das políticas de saúde é uma grande conquista da sociedade! Garantir a implementação das deliberações é uma disputa permanente em defesa do SUS. É por isso que a promoção do conhecimento sobre a saúde no País e o papel dos Conselhos de Saúde implicam no fortalecimento do SUS.

(...)

Os processos de educação permanente para o controle social do SUS, conforme orientam as diretrizes ora apresentadas, são autônomos e devem ser reconhecidos e incentivados para o fortalecimento da organização e do funcionamento do SUS.”

(Texto de apresentação das Diretrizes Nacionais para o Processo de Educação Permanente no Controle Social SUS – Conselho Nacional de Saúde)

Nos Itens que se seguem, descreveremos as ações desenvolvidas pela FESF-SUS para fomentar a conformação de instâncias de gestão compartilhada nos municípios contratualizados e nas regiões de saúde.

### **3.16.3.1 Participação nas Conferências de Saúde**

As conferências de saúde são espaços paritários que acontecem a cada quatro anos convocadas pelos respectivos conselhos de saúde ou pelos gestores com objetivo de impulsionar e buscar efetividade dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, avaliar e propor novas diretrizes para as Políticas de Saúde, nos

municípios, estado e no país, bem como fortalecer a participação popular e controle social.

O papel que cada 'processo conferencista' pode ter na área de saúde é, em grande parte, definido pelos conflitos que se explicitam e pelas articulações que se realizam entre atores por meio dos limites administrativos que separam cada um desses espaços decisórios. Entretanto, os estudos têm apontado alguns papéis recorrentes dos 'processos conferencistas'. Já Escorel e Bloch apud Côrtes (2009) destacam que as conferências conferiram

[...] a legitimidade necessária para as políticas de saúde, mas também, e principalmente, [colaboraram para] a constituição de uma arena democrática de debate com influência em outras áreas governamentais que também realizam conferências.

Outros autores salientam o papel democratizante e também, indiretamente, de legitimidade que o 'processo conferencista' concede às decisões ali tomadas, sempre em defesa dos princípios do SUS (Luz, Pinheiro et al apud Côrtes, 2009)

A identificação desse papel supostamente exercido pelas conferências de saúde não é, no entanto, resultado de pesquisa empírica específica a respeito da questão, mas, sim, de interpretações resultantes de observações não-sistemáticas sobre as dinâmicas de trabalho adotadas nos 'processos conferencistas', o perfil de seus participantes e as disposições legais e administrativas que estabelecem os parâmetros legais para o seu funcionamento.

Os Conselhos de Saúde são formados por representantes 50% de usuários, 25% de trabalhadores da saúde e 25% restantes de representantes do governo e de prestadores de serviços da saúde, conforme a Resolução do Conselho Nacional da Saúde nº 333/2003 (SOUZA, 2009). No entanto, observa-se que as propostas participativas não conseguem materializar as conquistas instituídas no plano legal,

levantando dúvidas sobre a efetiva democratização que os espaços institucionalizados promovem na gestão pública.

### **3.16.3.1.1 Participação na Conferência Estadual de Saúde**

A Conferência Estadual da Saúde é um espaço destinado para discussão de propostas que contribuam para implementação das políticas públicas de saúde, fortalecendo e legitimando a participação popular. A 8ª conferência Estadual da Bahia, ocorrida em 2011, teve como tema “Todos usam o SUS! SUS na seguridade social, política pública, patrimônio do povo brasileiro”, com o eixo temático: “Acesso e acolhimento no SUS – desafios na construção de uma política saudável e sustentável”. Esse tema vem reafirmar a importância do Sistema Único de Saúde para a população. Foi um momento de grande importância principalmente por ter garantido a participação de representantes de 416 municípios baianos.

A FESF-SUS participou desta conferência em toda a sua extensão. Reuniões de planejamento, mobilização (pré-conferências e conferências municipais, onde teve delegados eleitos), organização do evento, palestras e oficinas. Por final, ainda teve dois de seus trabalhadores eleitos para participarem da 14ª Conferência Nacional de Saúde.

### **3.16.3.1.2 Participação em Conferências e pré-Conferências Municipais de Saúde**

As Pré-conferências e Conferências Municipais de Saúde são espaços legítimos de participação social e contribuem para a compreensão do sistema de saúde local. No ano de 2011, o tema central foi o contexto da promoção da Saúde como matriz orientadora da construção de uma Bahia Mais Saudável, visando a construção de políticas públicas saudáveis e sustentáveis, o fomento de ambientes favoráveis à saúde e qualidade de vida, o fortalecimento da

participação, controle social e ação comunitária e a reorientação do sistema de saúde para o cuidado integral ao ser humano nas diversas fases da vida como determinantes na garantia do acesso com qualidade aos serviços.

Diante dessa proposta e frente ao desenvolvimento do sistema FESF-SUS em municípios contratualizados, participamos nesses espaços com vistas a contribuir com as discussões locais de saúde. Estivemos presentes enquanto conferencistas, mediadores de grupos de discussão e participantes. Alguns saíram delegados pelo municípios, com representação no segmento de prestador de serviços, indo representar as propostas junto a Conferência Estadual e Nacional de Saúde. Nesse processo de participação apontamos também como pontos positivos a aproximação com a realidade de saúde local, o vínculo com equipes de gestão, trabalhadores e usuários e principalmente no fortalecimento da relação interfederada.

Abaixo, quadro com os 29 municípios cujas conferências municipais tiveram a participação da FESF-SUS em 2011.

#### Municípios com Participação da FESF-SUS nas Conferências de Saúde

#### Municípios com Participação da FESF-SUS nas Conferências de Saúde

Amargosa	Cruz das Almas	Paulo Afonso
Barra	Feira da Mata	Ponto Novo
Barra da Estiva	Ilhéus	Porto Seguro
Barreiras	Inhambupe	Rio Real
Boninal	Irecê	Salvador
Brumado	Itapetinga	Santa Cruz de Cabrália
Cachoeira	Jaguarari	São Desidério
Cícero Dantas	Juazeiro	Senhor do Bonfim
Coaraci	Lauro de Freitas	Vera Cruz

Conceição da Feira

Maragogipe

Fonte: Coordenação de Contratualização e Apoio Institucional da Diretoria de Desenvolvimento da Atenção à Saúde (COCA/DIDAS/FESF-SUS) – 2011.

### **3.16.4 Participação em Planos Plurianuais Participativos nos município**

O Plano Plurianual – PPA é utilizado pelo governo para definir diretrizes, programas e ações pelos próximos quatro anos. É na construção do plano que o governo planeja as prioridades e frentes de atuação.

Nesse sentido, o governo realiza o PPA Participativo para apresentar a sociedade suas diretrizes estratégicas e acolher as necessidades e sugestões de setores da sociedade, podendo ser incluídas na definição dos programas e ações do governo.

O PPA-Participativo é um dos instrumentos de planejamento da administração pública que visa a elaboração de políticas públicas em conjunto com a sociedade, exercitando assim a democracia com transparência e participação social.

Uma das diretrizes estratégicas da Fundação Estatal Saúde da Família – FESF/SUS é seguir aos princípios da transparência do setor público, do controle social e da participação da sociedade. Nesse sentido, durante os meses de abril e maio de 2011, a FESF-SUS participou de plenárias territoriais conforme planilha indicativa abaixo, possibilitando o acompanhamento junto com o Estado, Municípios e sociedade dos debates que envolveram dificuldades e sugestões de soluções para os serviços e ações de saúde.

Municípios com Participação da FESF-SUS PPA participativos

Municípios com Participação da FESF-SUS PPA participativos

Barreiras

Juazeiro

Cruz das Almas

Santa Maria da Vitória

Fonte: Coordenação de Contratualização e Apoio Institucional da Diretoria de Desenvolvimento da Atenção à Saúde (COCA/DIDAS/FESF-SUS) – 2011.

### 3.16.5 Participação nos Colegiados de Gestão Microrregionais

Os Colegiados de Gestão Microrregional de Saúde do Estado da Bahia – CGMR/BA, instituídos pela Resolução CIB nº. 143 de 09/10/2007, têm, entre suas finalidades, “instituir um processo dinâmico de planejamento regional e apoiar o planejamento local e avaliar as redes municipais e estadual de saúde, no que se refere à garantia do acesso qualificado e equânime às ações e serviços de saúde regionais, e elaborar propostas de adequações das mesmas através de pactuações intergestores” (regimento interno CGMR). Nesse ínterim, a Fundação, órgão instituído por municípios da Bahia e com fim exclusivo de “desenvolver ações e serviços de atenção à saúde, em especial a estratégia de saúde da família, de acordo com as políticas de saúde dos municípios instituidores e as políticas de saúde da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia e do Ministério da Saúde” (estatuto FESF-SUS), contribui com esses espaços em momentos de discussão diversos e, no ano de 2011, apresentamos em alguns desses colegiados os serviços FESF-SUS em execução e sua integração com as políticas de melhoria do acesso e da qualidade dos municípios. Estando integralmente alinhados ao que a SESAB/DAB/Bahia e COSEMS estão desenvolvendo no estado.

Quantitativo de participações da FESF-SUS nos CGMR em 2011

Quantitativo de participações da FESF-SUS nos CGMR em 2011			
Sede de Microrregião	Nº de participações	Sede de Microrregião	Nº de participações
Alagoinhas	1	Itapetinga	1
Barra da Estiva	4	Jacobina	1



Barreiras	2	Santa Maria da Vitória	2
Brumado	1	Seabra	1
Ibotirama	2	Senhor do Bonfim	2
TOTAL		17	

Fonte: Coordenação de Contratualização e Apoio Institucional da Diretoria de Desenvolvimento da Atenção à Saúde (COCA/DIDAS/FESF-SUS) – 2011.

### **3.17 Desenvolvimento e implantação de política de gestão, avaliação e indução da qualidade dos serviços de saúde**

A gestão, a avaliação e a indução da qualidade dos serviços de saúde são pilares da FESF-SUS para o desenvolvimento dos processos de trabalho no sistema de gestão compartilhada com os municípios e na Estratégia de Saúde da Família. Para isto, buscamos incentivar o envolvimento do trabalhador, da gestão municipal e do usuário do sistema no desenvolvimento profissional, no aprimoramento do trabalho em equipe e na melhoria permanente da qualidade do trabalho em saúde da família.

No ano de 2011, dando continuidade ao trabalho realizado em 2010, desenvolvemos ações agrupadas em 04 elementos estratégicos, com o intuito de induzir a qualidade dos serviços de saúde. São eles:

- Desenvolvimento e Gestão do Sistema de Remuneração Variável;
- Desenvolvimento e Acompanhamento da Política de Gestão do Cuidado;
- Desenvolvimento e Gestão da Política de Avaliação e Desenvolvimento Funcional;
- Desenvolvimento e Gestão da Política de Educação Permanente;

A seguir, iremos explicar cada um destes elementos, elencando as ações que foram realizadas para a sua concretização.

### **3.17.1 Desenvolvimento e Gestão do Sistema de Remuneração Variável Baseado no Alcance de Metas e Resultados**

O Plano de Empregos, Carreiras e Salários – PECS da Fundação Estatal de Saúde da Família é um sistema de evolução funcional com uma estrutura de empregos de diferentes grupos salariais que permite a contratação e mobilidade dos servidores pelas diversas unidades e municípios contratualizados, progressão por mérito na carreira e adicional por titulação, de acordo com critérios pré-estabelecidos, e estabilidade interna e externa ao profissional.

A composição da remuneração é feita por uma equação que visa: garantir a qualidade e a regularidade da atenção à saúde em todos os municípios e em todas as regiões e grupos populacionais dos mesmos; manter ao máximo o trabalhador na mesma unidade de saúde, possibilitando a construção de vínculo com a equipe e com a comunidade; fomentar o empenho dos trabalhadores para o alcance de metas relacionadas a resultados almejados, na transformação das práticas e no impacto na saúde da população; e permitir uma inserção diversificada, tornando o trabalho na Saúde da Família mais atraente.

A estrutura de remuneração da FESF-SUS é a seguinte

- a) salário base para cada categoria profissional: relacionada com a função desempenhada e a jornada de trabalho;
- b) gratificação mensal referente ao monitoramento da produção e da qualidade: correspondente a 20% do salário base e relacionada às ações que caracterizam a Atenção à Saúde da Família, utilizando indicadores quantitativos e qualitativos;
- c) prêmio por inovação e qualidade: relacionado ao desempenho de cada profissional e de toda a equipe no desenvolvimento de projetos de inovação e qualidade construídos e pactuados em equipe;

d) adicional por permanência de 2 anos na mesma equipe: adicional de 10% do salário base recebido mensalmente pelo profissional que passa mais de 2 anos numa mesma equipe, enquanto permanecer na equipe;

e) adicional conforme faixas relacionadas a fator de atração e fixação: dependente dos indicadores sócio-econômico-sanitários do município e de suas condições e resultados para a atração e fixação dos profissionais, que variam conforme o mercado de trabalho de cada profissão, território e lugar específico.

f) gratificação por desempenho de funções estratégicas na Fundação, nas áreas de gestão e técnicas especializadas, ensino, tutoria e pesquisa: quando o profissional desenvolve funções relacionadas com a qualificação da FESF-SUS, contribuindo com a formação dos demais trabalhadores através de atividades educativas, pesquisa, tutoria ou gestão, ele receberá uma gratificação fixa enquanto desempenhar esta função. Este gratificação permite que os trabalhadores possam continuar atuando na Saúde da Família e desenvolver outras funções, na mesma instituição, sendo remunerados adequadamente por estas atividades.

O Sistema de Remuneração Variável Baseado no Alcance de Metas e Resultados engloba dois dos elementos da estrutura remuneratória descrita acima, que são: a Gratificação de Produção e Qualidade (GPQ) e o Prêmio por Inovação e Qualidade (PIQ). O objetivo deste Sistema é incentivar a excelência e o aprimoramento constante no trabalho na Estratégia Saúde da Família, fomentando a melhoria progressiva dos serviços prestados à população.

### **3.17.2 Desenvolvimento e Gestão da Gratificação de Produção e Qualidade (GPQ)**

A GPQ é uma gratificação recebida por todos os trabalhadores da FESF-SUS, da atenção ou da gestão, que não estejam ocupando emprego ou função de confiança. Ela corresponde a 20% do salário base do profissional e, em 2011, foi recebida pelo trabalhador se este atendeu aos requisitos estabelecidos pelo regulamento da GPQ conforme tabela abaixo:

Critérios para recebimento da GPQ		
Local de Trabalho	Produtos	Frequência
Trabalhador na Sede Administrativa	Entrega dos Produtos de Adaptação nos três meses iniciais; Cumprimento das ações previstas no Plano Individual de Trabalho (PTI);	Menos de 2 faltas injustificadas no mês
Trabalhador na Assistência	Entrega dos produtos do período de implantação; Cumprimento das ações previstas no Plano de Ações e Resultados em Saúde (PARES) ou Plano de Matriciamento das Ações Integradas em Saúde (PMAIS);	Menos de 2 faltas injustificadas no mês
Trabalhador na Gestão Municipal	Entrega dos Produtos de Adaptação nos três meses iniciais; Cumprimento das ações previstas no Plano de Assessoramento à Gestão Municipal (PAGEM);	Menos de 2 faltas injustificadas no mês

O desempenho dos trabalhadores nestas atividades, além de determinar a Gratificação de Produção e Qualidade, é considerado na avaliação de desempenho funcional para progressão na carreira FESF-SUS, conforme explicitado neste relatório.

A seguir, detalhamos informações sobre a gestão dos produtos e planos, conforme local de trabalho do empregado.

#### a) Trabalhadores na Sede Administrativa

A gestão da GPQ destes trabalhadores é realizada pela Coordenação de Desenvolvimento do Trabalhador e Qualificação do Trabalho (CDQT). Nos três meses iniciais de trabalho, o empregado deve realizar os produtos de adaptação, que serão avaliados por esta coordenação. Nos meses subsequentes, deve seguir as ações pactuadas com a sua chefia imediata no Plano Individual de Trabalho.

A associação do pagamento da GPQ ao cumprimento de um plano de trabalho individual pelo trabalhador da sede da Fundação foi uma política formulada durante o ano de 2010, e que passou a vigorar desde o início de 2011. Para isso, foi construída uma matriz para o registro dos Planos Individuais de Trabalho.

Abaixo, tabela com o quantitativo de produtos iniciais e planos de trabalho realizados pelos trabalhadores da sede administrativa em 2011:

#### Quantitativo de Produtos dos Empregados da Sede Administrativa 2011

Produtos GPQ - SEDE	
Questionário de integração	30
Cartografia	29
Auto avaliação	27
Rede de pedidos e compromissos	27
PTI I	37
PTI II	14
Relatório PTI	7
Relatório de Atividades	7
Oficina PTI	3
<b>Total</b>	<b>178</b>

Fonte: Coordenação de Desenvolvimento do Trabalhador e Qualificação do Trabalho (CDQT/DIGETS/FESF-SUS) – 2011

## b) Trabalhadores na Assistência

A gestão da GPQ destes trabalhadores é realizada pela Coordenação de Acompanhamento e Avaliação (CACAV). Nos 8 meses iniciais de trabalho, o empregado deve realizar os produtos de implantação, que servem para auxiliar na organização do processo de trabalho das Equipes de Saúde da Família (EqSF) e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), e estão disponíveis no endereço eletrônico <http://sistemas.fesfsus.ba.gov.br/guiatrabalhador/index.html>.

Nos meses subsequentes, o empregado deve seguir as ações (produtos) pactuadas com a gestão municipal no Plano de Ações e Resultados em Saúde (PARES), no caso de trabalhadores das EqSF, ou no Plano de Matriciamento das Ações Integrais em Saúde (PMAIS), no caso de trabalhadores do NASF.

Os produtos são dispositivos que facilitam e induzem a implementação de processos de trabalho intrínsecos à Estratégia de Saúde da Família e que qualificam o cuidado prestado à população. Tais dispositivos servem como marcadores para a análise de qualidade dos processos de trabalho em cada área de abrangência das equipes contratualizadas com a FESF-SUS. Eles são orientados por Termos de Referência, constantes no Guia do Trabalhador, e devem ser elaborados e entregues pelos trabalhadores da FESF através do portal virtual, nos prazos estabelecidos.

A cada mês, o produto a ser elaborado trata um tema específico, e dispara uma série de atividades para reflexão, transformação e re-condução dos processos de trabalho das equipes.

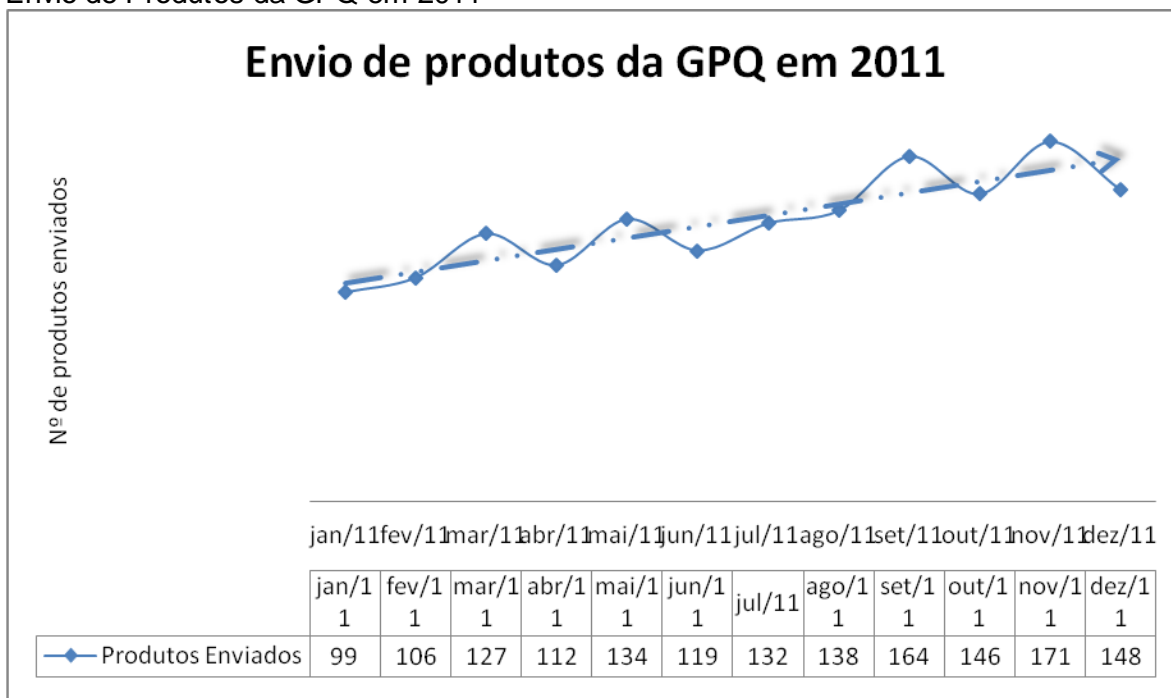
Os produtos seguintes são desenvolvidos de acordo com as prioridades pactuadas por cada equipe, durante o Plano de Ações e Resultados em Saúde.

A avaliação dos produtos é feita, de forma compartilhada, pela Comissão de Avaliação e Acompanhamento do município e pelo nível central da FESF-SUS. Através deste processo de avaliação dos produtos, espera-se que a gestão possa

conhecer a realidade de trabalho das equipes e planejar a melhor forma de apoiá-las nas suas atividades cotidianas.

Abaixo, gráfico com o quantitativo de produtos de implantação e planos realizados pelos trabalhadores da assistência em 2011:

Envio de Produtos da GPQ em 2011



Fonte: Sala de Situação FESF-SUS 2011

### c) Trabalhadores na Gestão Municipal

A gestão da GPQ destes trabalhadores é realizada pela Coordenação de Desenvolvimento do Trabalhador e Qualificação do Trabalho (CDQT). Nos três meses iniciais de trabalho, o empregado deve realizar os produtos de adaptação, que serão avaliados por esta coordenação. Nos meses subsequentes, deve seguir as ações pactuadas com a gestão municipal no Plano de Assessoramento da Gestão Municipal – PAGEM.

A inclusão de Serviços de Apoio à Gestão Municipal proporciona ao município o fomento da Estratégia de Saúde da Família com assessoria técnica nas áreas de Gestão da Atenção Básica, Apoio Institucional, Gestão do Cuidado, Avaliação e Monitoramento, Gestão da Educação e do Trabalho em Saúde, Planejamento em

Saúde, Formulação de Projetos e demais áreas importantes para a estruturação e qualificação da saúde municipal.

O Plano de Assessoramento da Gestão Municipal (PAGEM) realizado anualmente, inclui a realização de atividades nas áreas de: políticas de saúde; planejamento e gestão; informação em saúde; epidemiologia; gerenciamento de serviços; e gestão de sistemas de saúde.

No ano de 2011, estiveram em funcionamento apenas 03 serviços de assessoramento à gestão municipal. Contudo, com o lançamento, pelo Ministério da Saúde, do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade (PMAQ), a demanda já está aumentando, e esperamos um grande crescimento em 2012.

Todos os serviços em funcionamento em 2011 realizaram o PAGEM, conforme previsão contratual.

### **3.17.3 Desenvolvimento e Gestão do Guia do Trabalhador**

A FESF-SUS é uma instituição pioneira, que propõe uma transformação na cultura da Atenção Primária à Saúde da Bahia, induzindo práticas inovadoras, que exigem do trabalhador conhecimentos e habilidades muitas vezes não adquiridos durante a formação acadêmica ou nas atividades realizadas já no mercado de trabalho.

Prova disso é que os trabalhadores de carreira que compõem as Equipes de Saúde da Família (EqSF) vinculadas à Fundação realizam, durante os sete primeiros meses de trabalho, a implantação do sistema FESF-SUS, numa lógica condizente com o que é preconizado pelo SUS e pela Política Nacional de Atenção Básica. No período de implantação, os profissionais FESF-SUS são orientados pelo Guia do Trabalhador e pela Formação Inicial do Trabalhador – FIT . O Guia do Trabalhador é uma das importantes ferramentas da FESF-SUS para fomentar transformações na atenção ao usuário, e foi idealizado, desenvolvido e implantado pelos próprios trabalhadores do nível central da Fundação. Trata-se



uma ferramenta on-line de apoio aos trabalhadores que atuam nas Equipes de Saúde da Família e nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Tem o objetivo de auxiliá-los na adaptação ao trabalho na Fundação e na realização dos “produtos” da Gratificação de Produção e Qualidade.

## Interface do Guia do Trabalhador FESF-SUS

Principal Sobre a FESF-SUS Trabalhador ESF Trabalhador NASF Gestor Municipal - CAA

### Apresentação

Seja bem-vindo! Este é seu 1º mês de trabalho na FESF-SUS.

Para nós é um imenso prazer recebê-lo como o mais novo empregado de Carreira.

Neste momento de muita expectativa e esperança, de muitas novidades e desafios, será importantíssimo estarmos juntos desde o início da caminhada.

Este Guia pretende ser uma ferramenta interativa cujo objetivo é auxiliá-lo: de pactos realizados com o gestor municipal para facilitar sua chegada, passando por ofertas disponibilizadas para você pela FESF-SUS, até orientações com relação a uma série de coisas como Remuneração Variável, Construção da Agenda de Trabalho, Cartografia das Necessidades de Saúde, Gestão do Cuidado etc.

A idéia é que ele, além de lhe auxiliar no cotidiano, lhe leve a outros canais de comunicação e a interagir com os demais trabalhadores, com a equipe de gestão dos municípios e do nível central da FESF-SUS.

Vamos lá! e, mais uma vez, bem vindo!

#### ÍNDICE

Apresentação

[Proposta FESF-SUS](#)

[Proposta inicial de trabalho](#)

1º Produto

- [Dialogando sobre APS](#)
- [Agenda de Trabalho Inicial](#)

2º, 3º e 4º produtos (Cartografia)

- [Cartografia do Território](#)
- [Processo de Trabalho](#)
- [Ferramentas do Cuidado | Infraestrutura](#)
- [Análise de Situação de Saúde](#)

5º, 6º e 7º produtos (Planejamento Local)

- [Planejamento Local em Saúde](#)
- [Envolvimento da Comunidade](#)
- [Planejamento e Participação Popular](#)

8º e 9º produto (Avaliação e Plano)

- [Avaliação do Período de Implantação](#)
- [Plano de Ações e Resultados em Saúde](#)

10º a 15º produtos (Pós-PARES)

- [Produtos Pós-PARES](#)

Fonte: Guia do Trabalhador/2011

Em 2010, foram elaborados e disponibilizados no Guia do Trabalhador 08 instrumentos de orientação dos produtos, que são os termos de referência para a construção destes pelos trabalhadores. Em 2011, mais 10 instrumentos de orientação dos produtos foram elaborados e disponibilizados no Guia, completando os instrumentos do período de implantação tanto das EqSF quanto dos NASF.

Abaixo, quadro com a lista de todos os instrumentos de orientação dos produtos integrantes do Guia do Trabalhador:

## Relação dos Instrumentos de Orientação dos Produtos do Guia do Trabalhador

Instrumento de orientação do produto da GPQ	Público	Ano de publicação
Dialogando sobre Atenção Primária à Saúde	Equipe mínima/ NASF	2010
Construindo a agenda de trabalho inicial	Equipe mínima/ NASF	2010
Processo de trabalho em saúde	Equipe mínima	2010
Questionário de infraestrutura	Equipe mínima	2010
Ferramentas para produção do cuidado na USF	Equipe mínima	2010
Relatório da cartografia do território com a Análise da situação de saúde	Equipe mínima	2010
Cartografia das equipes de saúde da família apoiadas pelo NASF	NASF	2010
Projeto terapêutico singular como ferramenta potente para a gestão do cuidado	NASF	2010
Planejamento local em saúde	Equipe mínima	2011
O envolvimento da comunidade no planejamento local de saúde	Equipe mínima	2011
Relatoria do planejamento local com	Equipe mínima	2011

---

a participação popular

Avaliação do período de implantação	Equipe mínima	2011
Avaliação do período de implantação-NASF	NASF	2011
Plano de Ações e Resultados em Saúde - PARES	Equipe mínima	2011
Produtos Pós- Plano de Ações e Resultados em Saúde	Equipe mínima	2011
Relatório da participação nas Conferências Municipais de Saúde	NASF	2011
Avaliação da linha do tempo	NASF	2011
História do NASF	NASF	2011

Fonte: Guia do Trabalhador FESF-SUS/2011

Utilizando estes instrumento de orientação, os trabalhadores da FESF-SUS desenvolveram mais de 1500 produtos no ano de 2011, resultando numa média de 133 produtos por mês. Esses produtos apoiaram as equipes de gestão local e os apoiadores institucionais da Fundação no desenvolvimento de atividades durante o ano e estão servindo também para revisão e atualização do Guia do Trabalhador, em especial os trabalhadores que desenvolvem ações de matriciamento, como as equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Ao final do período de implantação do Sistema FESF-SUS os trabalhadores são convidados a avaliar o Guia e cada um dos seus instrumentos de orientação, produzindo críticas e sugestões para atualização do material pedagógico que se aproxime cada vez mais com a realidade em que atua.

Ainda em 2011, o Guia do Trabalhador foi modificado para atender a especificidades do curso de Formação Inicial do Trabalhador da FESF-SUS e, também, foi re-organizado e teve mudança no layout.

O Guia está disponível no Portal da FESF-SUS, através do endereço: <http://sistemas.fesfsus.ba.gov.br/guiatrabalhador/index.html>.

### **3.18 Gestão e Execução dos Serviços Desenvolvimento da Atenção à Saúde da Família nas Áreas Contratualizadas**

O objetivo maior do Contrato de Gestão, dentro do Programa de Desenvolvimento Interfederado de Ações de Saúde do SUS Bahia é a qualificação e desenvolvimento da atenção à saúde.

As ações compartilhadas e serviços ofertados devem guardar coerência com esse Programa, com as normativas do SUS citadas no corpo do Contrato de Gestão e com as políticas nacionais, estaduais e municipais pertinentes aos objetivos e escopo de ações e serviços contratualizados.

O serviço em questão é a atenção à saúde da família a uma população de uma determinada área de abrangência, produzida através de pactuação prévia de metas e resultados junto a 01 (um) Trabalhador de Saúde da FESF-SUS. Significa cobrir essa população com ações e serviços planejados e adequados às suas necessidades espontâneas e singulares dentro do escopo da Atenção Básica, buscando o atendimento integral das pessoas, famílias e comunidades.

Assim, os serviços de atenção direta à população num determinado território contratualizado implicam obrigatoriamente também na agregação e integração de ações e serviços relativos à qualificação da gestão municipal e ao cuidado à saúde; à educação permanente, tanto da equipe de gestão quanto da equipe de

atenção à saúde do município; e, por fim, ao desenvolvimento de uma gestão dos serviços com participação destacada do usuário.

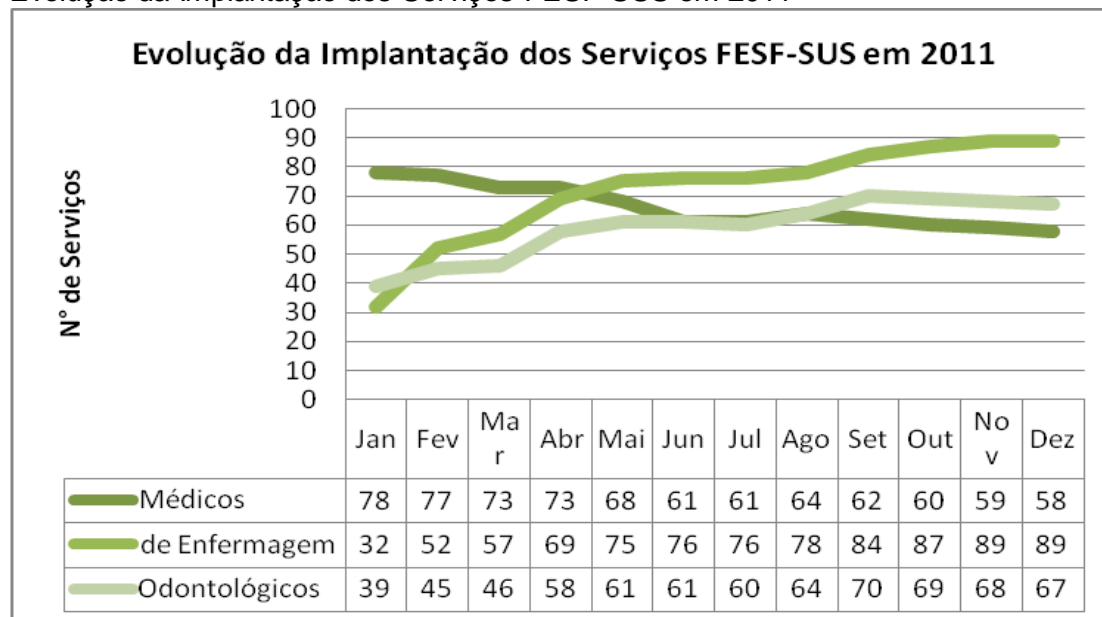
### 3.18.1 Implantação dos Serviços nas Áreas Contratualizadas

A implantação dos serviços FESF nos municípios contratualizados começou em agosto de 2010, com 49 serviços médicos, distribuídos em 49 áreas contratualizadas de 21 municípios dos 69 que finalizaram o processo de contratualização.

Em dezembro de 2010, o panorama de implantação evoluiu para 72 serviços médicos, 34 serviços de enfermagem e 39 serviços de odontologia, além de 02 serviços de apoio à gestão municipal e 03 de matriciamento da Estratégia Saúde da Família, distribuídos em 100 áreas contratualizadas de 35 municípios dos 69 que finalizaram o processo de contratualização.

O gráfico abaixo mostra a evolução quantitativa dos principais serviços no ano de 2011.

Evolução da Implantação dos Serviços FESF-SUS em 2011



FONTE: Sistema de Monitoramento da Atenção Primária à Saúde – MAPS/2011

A partir da análise do gráfico, pode-se constatar uma queda no número de serviços médicos. Isto pode ser explicado pela dificuldade de atração deste profissional enfrentada pela FESF-SUS e os municípios baianos. Os demais serviços começaram o ano com uma forte tendência de crescimento, contudo, percebe-se que estabilizaram no último trimestre do ano.

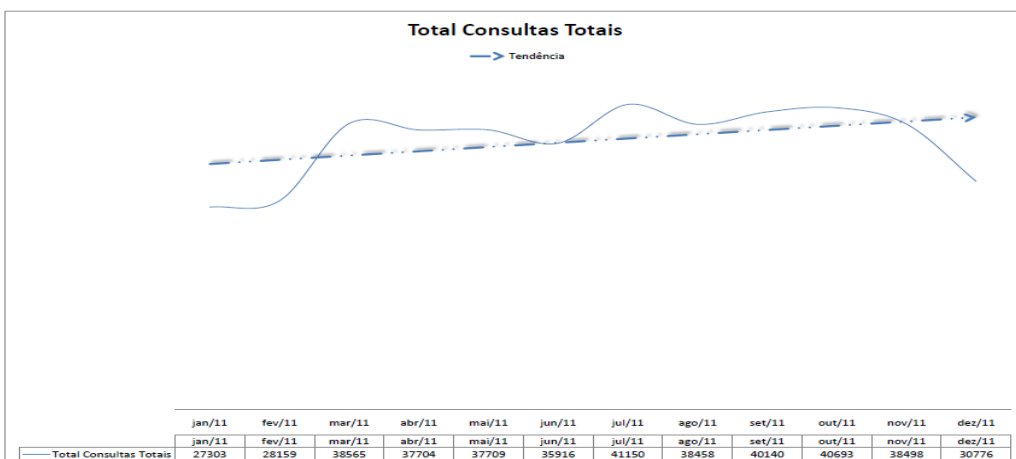
Além do déficit de profissionais médicos no mercado, essa diminuição no ritmo de expansão dos serviços pode ser explicada pela defasagem salarial da FESF-SUS. De meados para o final de 2011, a Fundação iniciou as negociações para o reajuste dos salários com os sindicatos. Espera-se que estas negociações sejam finalizadas no começo de 2012, possibilitando que a FESF-SUS traga a sua remuneração para o patamar do mercado e melhore o seu potencial de atração e fixação para poder voltar a expandir os seus serviços.

### **3.18.2 Execução dos Serviços nas Áreas Contratualizadas**

Para acompanhamento da realização dos serviços nas áreas contratualizadas, além da realização de atendimento individual (consulta) foram escolhidas ações e atividades que caracterizam a Estratégia de Saúde da Família, diferenciando-a das ações realizadas em pronto-atendimento ou em ambulatórios. São elas: reuniões de equipe, visitas domiciliares e atividades de grupo.

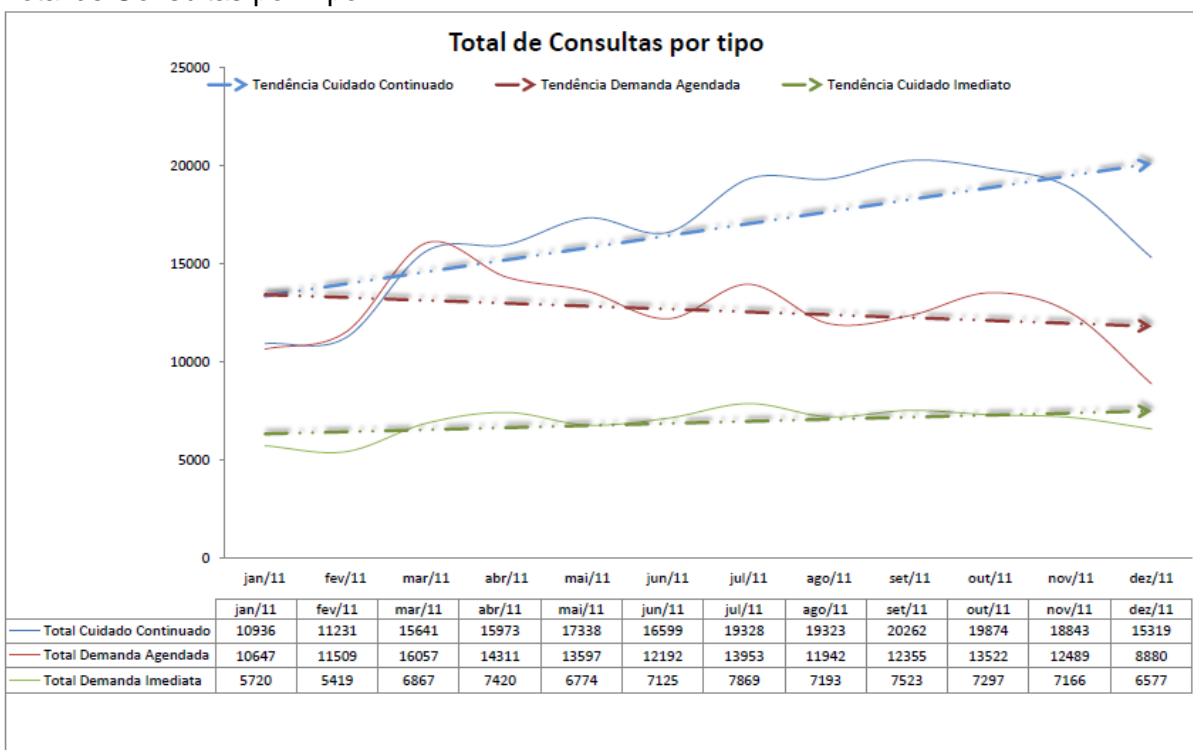
Os gráficos abaixo mostram o número de ações executadas nos municípios durante o ano de 2011.

Total de Consultas



FONTE: Sistema de Monitoramento da Atenção Primária à Saúde – MAPS/2011

### Total de Consultas por Tipo

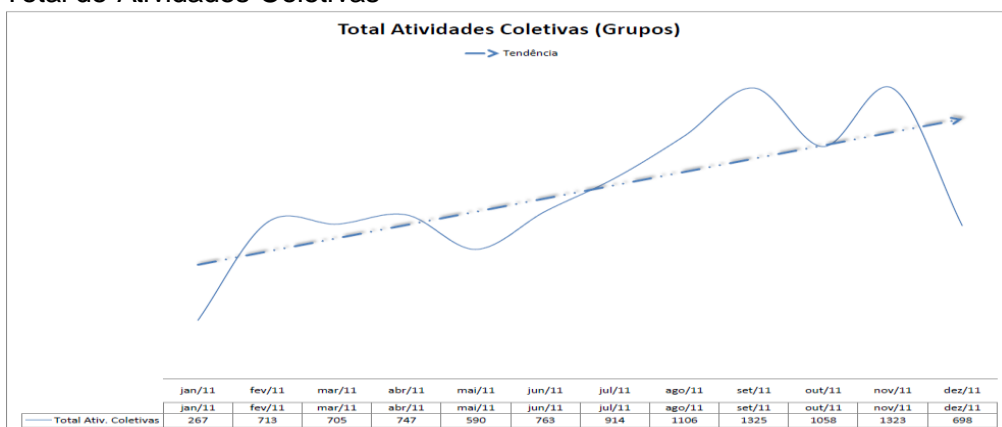


FONTE: Sistema de Monitoramento da Atenção Primária à Saúde – MAPS/2011

A análise dos gráficos de consultas nos mostra uma tendência de crescimento, compatível com o aumento dos serviços FESF-SUS. O pequeno decréscimo no final do ano pode ser explicado pela prática adotada, em muitos municípios baianos, de dar recesso de final de ano.

O segundo gráfico de consulta é muito interessante, e nos mostra um aumento significativo das consultas do tipo cuidado continuado, em relação às demais. As consultas de cuidado prolongado e continuado destinam-se aos usuários ou em situação prioritária de vulnerabilidade sócio-sanitária e ou que apresentam doenças crônicas (sistêmicas) e que necessitam de um acompanhamento contínuo. O objetivo desse acompanhamento continuado está na obtenção do controle sobre situações de risco e complicações, a manutenção da saúde e a qualidade de vida dessa parcela da população. O aumento deste tipo de consultas em relação às demais demonstra que, nas unidades de saúde com serviços FESF-SUS, está-se conseguindo promover o vínculo e a longitudinalidade do cuidado ao usuário. Fato que aumenta a qualidade da atenção à saúde. Se somarmos à análise o aumento das consultas de demanda imediata, podemos ver que os serviços estão, ao mesmo tempo, mantendo o acesso dos casos agudos às unidades. Isso é bastante positivo, já que é comum, na Estratégia de Saúde da Família (ESF), a prática de atender apenas a pacientes dos “programas” e encaminhar os casos agudos aos serviços de pronto atendimento.

#### Total de Atividades Coletivas



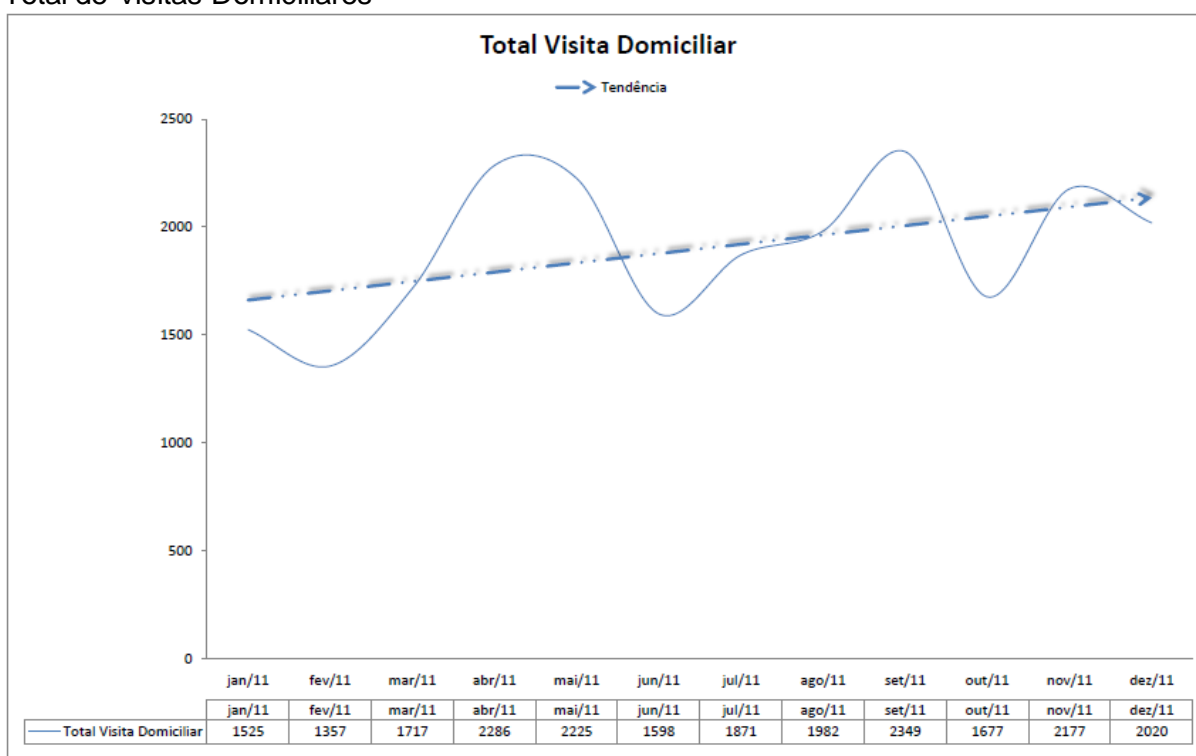
FONTE: Sistema de Monitoramento da Atenção Primária à Saúde – MAPS/2011

Atividades coletivas (ou grupos terapêuticos) são encontros que se destinam à integração de usuários que compartilham dos mesmos problemas, permitindo a troca de vivências, conhecimento integral do usuário, sua família e as condições de vida que interferem na produção do processo saúde-doença, além da facilitar na adesão dos usuários ao tratamento proposto para ele.



A importante tendência de crescimento evidenciada por este gráfico, além de ser influenciada pela expansão dos serviços, é resultado, principalmente, da inserção dos usuários em linhas de cuidado, conforme vimos nos gráficos de consultas. Ou seja, se a equipe está reconhecendo e planejando o cuidado aos usuários em situação prioritária de vulnerabilidade sócio-sanitária e ou que apresentam doenças crônicas (sistêmicas), ela pode formar e induzir a participação dos mesmos nos grupos terapêuticos, que é o que nos mostra este gráfico.

Total de Visitas Domiciliares



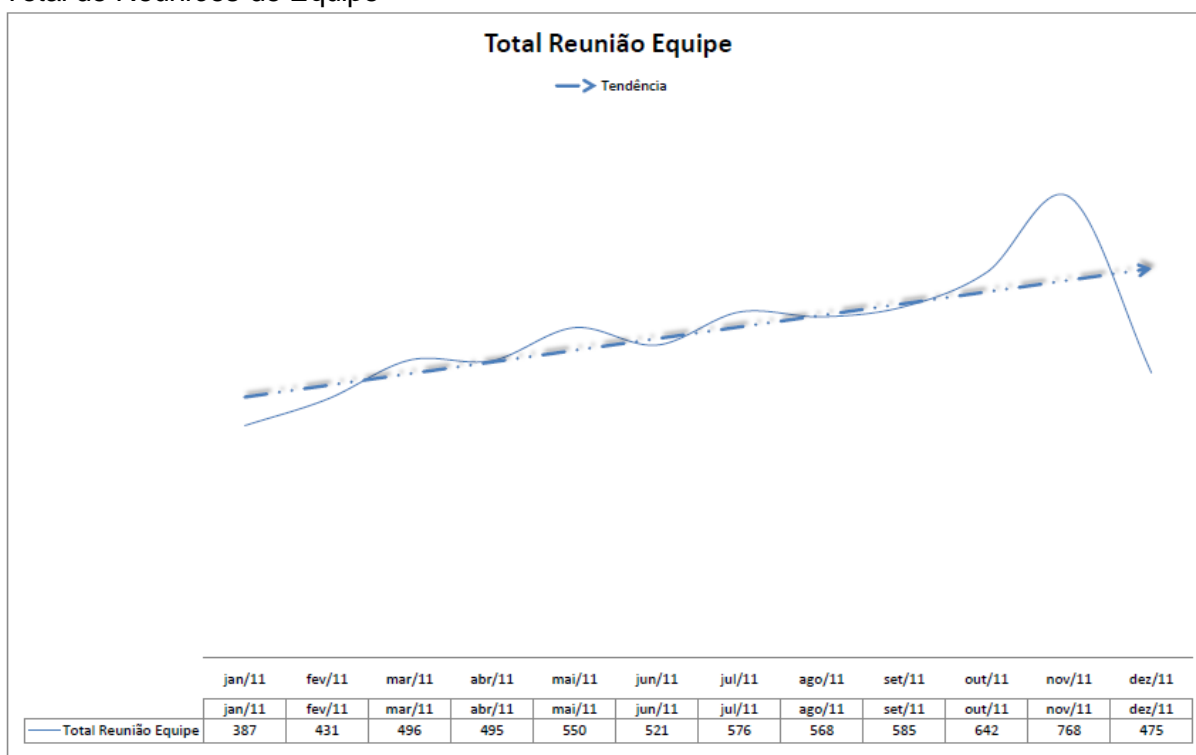
FONTE: Sistema de Monitoramento da Atenção Primária à Saúde – MAPS/2011

A Visita Domiciliar é um recurso dos mais valiosos para a ESF e pressupõe como uma tecnologia de interação no cuidado à saúde. É um instrumento de intervenção fundamental utilizado pela equipe como meio de inserção e de conhecimento da realidade de vida da comunidade, favorecendo o estabelecimento de vínculos assistenciais e sociais e a compreensão de aspectos importantes da dinâmica das relações familiares. A atenção às famílias e à comunidade é o objetivo central da

visita domiciliar, sendo entendidas, família e comunidade, como entidades influenciadoras no processo de adoecer dos indivíduos, os quais são regidos pelas relações que estabelecem nos contextos em que estão inseridos. A FESF-SUS entende a visita domiciliar enquanto uma prática facilitadora da construção do princípio da integralidade na Estratégia de Saúde da Família.

Um dos grandes desafios na ESF é consolidar a prática das visitas domiciliares por todos os profissionais, pois esta não é trabalhada nas instituições de ensino com currículos tradicionais.

Total de Reuniões de Equipe



FONTE: Sistema de Monitoramento da Atenção Primária à Saúde – MAPS/2011

Este gráfico demonstra uma tendência de crescimento das reuniões de equipe, compatível com a expansão dos serviços FESF-SUS no ano de 2011.

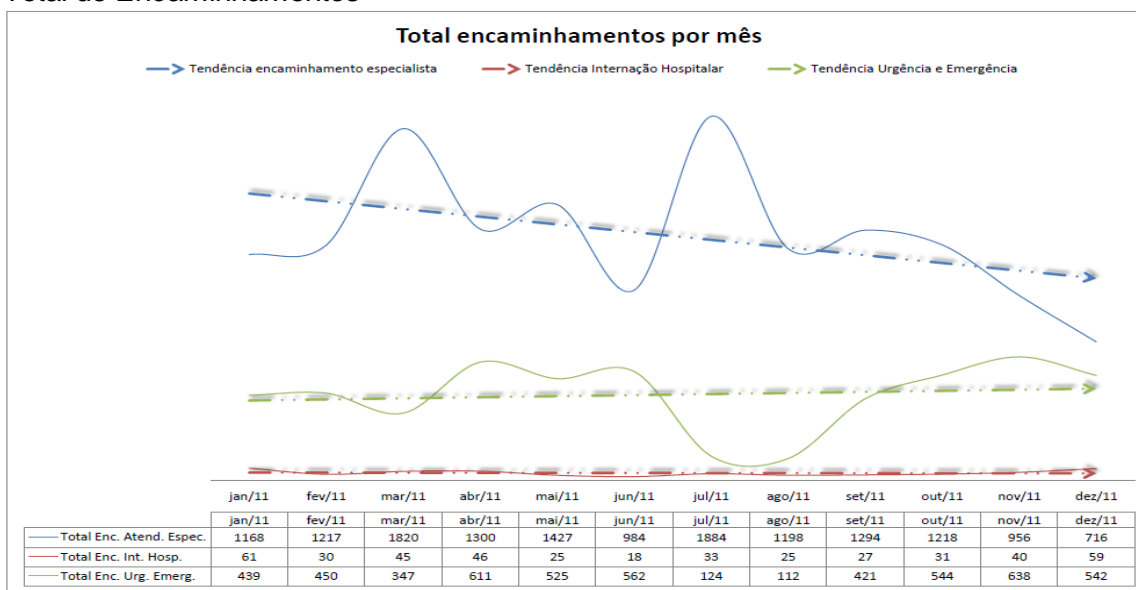
A reunião de equipe constitui-se como a materialização do trabalho em grupo, onde os integrantes de uma equipe se reúnem para discutir as soluções de um

problema, para fazer avaliação do processo de trabalho em equipe, para a construção de projetos assistenciais comuns, para discutir estratégias para realização de eventos comunitários, campanhas de vacinação, busca ativa de usuários, controle de surtos

epidêmicos, entre outros. Damos destaque também para a grande importância das reuniões de equipe enquanto espaço de fluidez do diálogo, expressão de opiniões e construção do planejamento para o efetivo funcionamento do trabalho em equipe. É fundamental para permitir o trabalho multiprofissional, característica intrínseca à ESF.

Da mesma forma que ocorre com a visita domiciliar, consolidar a prática das reuniões de equipe é um dos desafios na ESF, pois esta não é trabalhada nos currículos das instituições formadoras, principalmente, de médicos e dentistas.

#### Total de Encaminhamentos



FONTE: Sistema de Monitoramento da Atenção Primária à Saúde – MAPS/2011

Este gráfico nos mostra o panorama dos encaminhamentos realizados pelas unidades de saúde da família com serviços FESF-SUS.

A linha verde, representa o encaminhamento a unidades de urgência e emergência. Ela apresenta leve tendência de aumento, menor do que a expansão

dos serviços. Isto demonstra que as equipes de saúde com serviços FESF-SUS estão, gradativamente, aumentando a sua resolutividade para casos agudos.

O mais interessante, contudo, é perceber a tendência de queda mais acentuada no encaminhamento a especialistas. Isto pode se dar pelo aumento do vínculo e do cuidado longitudinal, que produzem um maior conhecimento do usuário pela equipe e, conseqüentemente, uma maior segurança e autonomia da mesma na oferta da atenção à saúde. Isso, reduziria a necessidade de encaminhar a especialistas, diminuindo custos para o SUS.

### **3.19 Parcerias Institucionais**

#### **3.19.1 Instituto da Atenção Social Integrada (IASIN)**

O IASIN é uma entidade de direito privado, sem fins lucrativos, de caráter científico, tecnológico e educacional, que tem por finalidade contribuir com as organizações governamentais e sociais na oferta de serviços que contribuam para o bem-estar individual e coletivo. O modelo da Atenção Social Integrada que dá nome ao Instituto e orienta o desenvolvimento de pesquisas e inovações tecnológicas, bem como a produção de conhecimento, propõe a integração das políticas sociais, tais como Saúde, Assistência Social, Educação, Geração de Emprego e Renda, Transporte, entre outras. Desse modo, as necessidades e conveniências do cidadão são compreendidas de forma integrada pelos agentes que atuam na gestão de políticas públicas e de promoção social.

Durante o ano de 2010 foi firmado protocolo de intenções entre a FESF-SUS e o IASIN e, posteriormente, celebrado convênio de cooperação técnico-científica, cujo objetivo é a qualificação da Atenção Primária à Saúde (APS), através do desenvolvimento e a implantação de modelos e ferramentas para a gestão da Estratégia Saúde da Família (ESF) no âmbito da FESF-SUS, com grande potencial de difusão para a gestão da APS em todo o país. A referida cooperação tem como objetivos específicos a definição de diretrizes estratégicas para a ESF,

e o desenvolvimento e a implantação de modelos e tecnologias de gestão e atenção à saúde, sistema de informações para a gestão da ESF, metodologias, práticas e ferramentas de capacitação, avaliação, monitoramento e certificação dos serviços. O plano de trabalho previu 3 projetos:

- Projeto 1 - Monitoramento Atenção Primária à Saúde do Sistema FESF (MAPS-FESF)
- Projeto 2 - Inteligência em Saúde
- Projeto 3 - Observatório do Trabalho em Saúde

O Projeto MAPS-FESF teve por objetivo a concepção, o desenvolvimento e o suporte à implantação de um sistema de monitoramento e avaliação dos serviços implantados nos municípios contratualizados com a FESF com vistas a viabilizar a gestão por resultados e a política de remuneração variável. Este sistema iniciou o funcionamento ainda em 2010, desde o início da prestação dos serviços nos municípios. Em 2011, houve a manutenção e o desenvolvimento do sistema, particularmente para compatibilizá-lo às mudanças ocorridas no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB).

O Projeto de Inteligência em saúde na FESF teve como objetivo dar suporte à equipe da FESF-SUS no desenvolvimento do seu modelo de atenção e gestão; desenvolvimento e implantação de práticas de inteligência, sala de situação ou ambiente virtual de gestão em saúde; nas áreas de análise da situação de saúde da população atendida pelo sistema FESF e análise de desempenho dos serviços do sistema FESF; suporte às operações de seleção, uso e desenvolvimento de modelos de softwares para sala de situação/análise de situação em saúde na FESF-SUS. No ano de 2011, a Sala de Situação FESF-SUS entrou em funcionamento, conforme descrito neste relatório.

### **3.19.2 Ministério da Saúde**

Em agosto de 2011 a FESF-SUS cadastrou no SICONV o projeto “Desenvolvimento da Carreira Intermunicipal de Saúde da Família e do Programa de Incentivo à Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica na Bahia”. Este projeto visa qualificar o conjunto de estratégias adotadas pela Fundação Estatal Saúde da Família no desempenho de suas responsabilidades no Programa de Desenvolvimento Interfederado da Estratégia Saúde da Família<sup>1</sup>. O projeto foi aprovado e assinado no final de 2011 e terá suas ações desenvolvidas no ano de 2012.

Com o objetivo de aproveitar experiências exitosas adaptando-as às necessidades particulares da FESF-SUS, foram instituídas parcerias com instituições públicas e privadas voltadas ao desenvolvimento institucional, de políticas públicas e de tecnologias de informação e comunicação. Objetiva-se aproveitar a expertise acumulada em situações diversificadas visando uma melhor eficiência na aplicação do recurso público e, nas questões onde não há soluções aderentes às necessidades da FESF-SUS, busca-se desenvolver soluções baseadas nas melhores práticas e em padrões de eficiência, eficácia e economicidade.

### **3.19.3 Universidade Estadual de Feira de Santana**

A Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS) iniciou em 2011 a primeira turma do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva, constituindo-se uma importante estratégia de formação de trabalhadores, gestores e docentes que atuam na saúde coletiva e especificamente no Sistema Único de Saúde na Bahia.

A construção da proposta do curso de Mestrado Profissionalizante contou com a contribuição de diversas instituições do SUS Bahia, através de convite realizado

pela UEFS, tendo a FESF-SUS participado ativamente de oficinas de desenvolvimento pedagógico do curso, em virtude da visível contribuição que o mesmo teria para a qualificação de profissionais no estado.

O processo seletivo realizado pela UEFS para o preenchimento das vagas obteve um número recorde de inscritos, em se tratando de mestrado profissional no estado da Bahia. Das trinta vagas, quinze delas foram preenchidas na época por trabalhadores da FESF-SUS. Além dessa participação maciça de profissionais vinculados à FESF-SUS no preenchimento das vagas do curso, a proposta pedagógica da UEFS permite a participação de outros trabalhadores interessados através de seminários temáticos, o que configura uma importante oferta de qualificação para o SUS Bahia.

Desta forma, evidencia-se a necessidade de maior aproximação da FESF-SUS junto à UEFS no desenvolvimento de parcerias para ampliar a formação oferecida no Mestrado Profissional para outros profissionais vinculados à FESF-SUS.

A perspectiva de parceria entre FESF-SUS e UEFS está vinculada às seguintes ações:

- ✓ Participação dos demais profissionais da FESF-SUS, mediante seleção interna, nas disciplinas do Mestrado Profissional – em especial a Disciplina “Seminários” - através da categoria de ouvinte;
- ✓ Formação de Multiplicadores de Educação Permanente através das discussões e conteúdos trabalhados no Mestrado Profissional, tendo como público alvo os profissionais da FESF-SUS matriculados oficialmente no curso e os novos participantes na categoria de ouvintes;
- ✓ Publicação e divulgação da produção dos alunos do curso (dissertações e projetos de intervenção) desenvolvidos pelos profissionais da FESF-SUS vinculados ao curso.

Com intuito de ampliar o escopo de ações decorrentes desta parceria, a FESF-SUS e a UEFS iniciaram em 2011 a construção de um projeto para a segunda

turma do mestrado profissional, que será submetido ao Ministério da Saúde.

#### **3.19.4 Universidade Federal de Pelotas**

Em resposta ao compromisso assumido com os seus trabalhadores, a FESF-SUS realizou parceria com a Universidade Federal de Pelotas (UFPEL) para a realização da Especialização em Saúde da Família para os profissionais que atuam nas equipes Mínimas da atenção Básica dos municípios contratualizados com a FESF-SUS. Esta será a segunda turma desta especialização que a UFPEL irá ofertar através do departamento de medicina de família, sendo previsto que estejam contemplados neste processo cerca de 250 profissionais, pertencentes ou não ao quadro de trabalhadores da FESF-SUS.

A este processo de formação estará vinculada a iniciativa-piloto em território nacional de articulação do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) a um processo de especialização, sendo que os tutores que acompanharão a formação dos profissionais da FESF-SUS na especialização conduzida pela UFPEL serão responsáveis por garantir que a especialização dos trabalhadores se dê como forma de implementação e fortalecimento do PMAQ nos municípios contratualizados à FESF-SUS.

#### **3.19.5 Universidade Aberta do SUS – UNASUS Brasil**

Desde 2009 a FESF-SUS foi definida em portaria do Ministério da Saúde (MS) como o núcleo estadual (Bahia) da UNASUS-Brasil, que viabilizou a elaboração de um convênio com o MS para a viabilização das especializações em Saúde da Família e de Gestão da Atenção Básica para profissionais do SUS Bahia. Uma vez elaborado o referido convênio, houve durante o ano de 2011 um processo de articulação entre a FESF-SUS, o Conselho de Secretarias Municipais de saúde (COSEMS-BA) e a Secretaria Estadual da Saúde (SESAB), que resultou, no início de 2012 no lançamento de um edital de chamamento público de habilitação de Instituições de Ensino Superior no âmbito do estado da Bahia para o



desenvolvimento do Curso de Especialização de Saúde da Família e Curso de Especialização em Gestão da Atenção Básica, dirigidos aos trabalhadores da atenção básica dos municípios baianos.

### **3.19.6 Universidade Federal do Rio Grande do Sul**

APOIO CLÍNICO – No final de outubro de 2011 foi estabelecido parceria entre a FESF-SUS e universidade federal do rio grande do sul- UFGRS para desenvolvimento de ofertas de apoio assistencial e educação permanente através de tecnologias de informação e comunicação – TIC, denominadas de Apoio Clínico, com a presença do departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde – DAB/MS, Diretoria de Atenção Básica – DAB/SESAB, Conselho dos Secretários Municipais de Saúde da Bahia – COSEMS/BA e do Núcleo de Telessaúde do Rio Grande do Sul-TSRS.

O objetivo dessa parceria, a qual foi mediada pelo departamento DAB/MS, visa à transferência de tecnologia, em forma de know how, que esta Universidade vem desenvolvendo através do Núcleo de Telessaúde do Rio Grande do Sul – TSRS, direcionada à atenção Básica do Rio Grande do Sul.

A FESF-SUS foi escolhida pelo DAB/MS como piloto de um processo de apoio que o TelessaúdeRS vai realizar a nove estados ao todo, pelo fato da FESF-SUS ser uma instituição que possui Contrato de Gestão com 69 municípios baianos, com foco no desenvolvimento de serviços de Atenção Básica; possui uma carreira intermunicipal na Estratégia de Saúde da Família para várias categorias profissionais; e ter como forte estratégia de atuação a Educação Permanente para os profissionais das Equipes de Saúde da Família e para a gestão municipal.

Além da transferência de know how, através de visita à FESF-SUS, disponibilização de materiais e documentos que sistematizam o processo de trabalho necessário à organização deste serviço e capacitação de profissionais

das equipes de da gestão para uso do software, o TSRS passou a realizar as ofertas do Apoio Clínico, incluindo Software para gestão do fluxo de solicitações e respostas de tele consultorias, as efetivas respostas às solicitações de tele consultorias realizadas, materiais de aprendizagem, como webpalestras e Segunda Opinião Formativa – SOF.

Iniciou-se, em novembro de 2011, agenda entre a FESF-SUS e o TSRS, que consistiu em

- Capacitação dos profissionais das equipes e gestão, de forma presencial, na visita a Equipe do TelessáudeRS à FESF-SUS no final de outubro de 2011, e de forma à distância, no formato de webpalestras. Foram, ao todo, cinco momentos de capacitação: um presencial e quatro à distância;
- Visita, em janeiro de 2012, de representante da FESF-SUS (João André S. de Oliveira-Equipe CEES/DIGETS) ao TSRS para apropriação da organização e funcionamento do Núcleo;
- Reuniões online entre CEES e TSRS, no total de cinco reuniões;

Além das agendas com o TSRS, foram realizadas ações pelo CEES com o objetivo de divulgação do Apoio Clínico e estímulo ao uso do mesmo, que incluíram:

- Elaboração de um Informativo sobre o Apoio Clínico direcionado aos trabalhadores e gestores;
- Elaboração de dois vídeos sobre o Apoio Clínico, em forma de entrevista, com componente do CEES, direcionado aos trabalhadores;
- Elaboração de Mural no Site da FES-SUS divulgando o Apoio Clínico;
- Criação da marca do Apoio Clínico;
- Criação de ambiente do Apoio Clínico no Ambiente Virtual da FESF-SUS, assim como Fórum específico para tirar dúvidas e promover troca de experiências e apoio aos trabalhadores.

O Programa do Apoio Clínico foi aprovado no Conselho Curador – COC em fevereiro de 2012. Baseado no Programa aprovado, está em fase final de elaboração o Edital de seleção dos Apoiadores Clínicos, direcionados a trabalhadores da carreira FESF-SUS, que serão os teleconsultores. Está prevista um treinamento desses Apoiadores e da equipe da Sede da FESF-SUS, por Equipe do TSRS, para abril de 2012, a partir do qual a FESF-SUS passará a ofertar as ações do Apoio Clínico de forma autônoma.

Está em fase final de elaboração, pelo CEES e Assessoria Jurídica da FESF-SUS, um Convênio de Cooperação entre a FESF-SUS e a UFRGS que regulamenta essa relação de parceria.

### **3.20 Estruturação Administrativa da Fundação**

#### **3.20.1 Sala de Situação FESF-SUS**

A sala de situação (SS) é uma ferramenta que favorece o uso da informação para a tomada de decisões. Trata-se de proposta de trabalho que facilita a tarefa de analisar a informação e vinculá-la à gestão, assim como permite um processo dinâmico de planejamento, intervenção e avaliação. Na SS as informações de diferentes fontes e características são integradas, permitindo conhecer a situação de saúde, o perfil de necessidades, da demanda e da oferta de serviços e a resposta em um espaço-população definido, que pode ser uma instituição.

Preocupada com a qualificação e o uso das informações, no início de 2011, a FESF-SUS iniciou a elaboração de uma SS que disponibiliza indicadores das atividades desenvolvidas pelas equipes de trabalho. Para compor a SS, formou-se um grupo de trabalho com pessoas de todos os setores da instituição. Este grupo definiu quais seriam as informações importantes para acompanhamento da instituição, classificando-as em informações estratégicas e informações de processo. As primeiras para acompanhamento das atividades finalísticas da

Fundação. As de processo para medir a eficiência dos setores na realização de suas atividades cotidianas.

Em seguida, foi desenvolvida uma ferramenta on-line para acompanhamento das informações. Esta é alimentada através de planilhas preenchidas mensalmente por cada setor. No sistema, cada informação alimentada pelos setores recebe o nome de “componente”. Os componentes, portanto, são informações primárias que, combinados automaticamente, dão origem a informações compostas, denominadas “indicadores”.

No primeiro momento de coleta das informações, os diversos setores da instituição interagiram com as demandas de informação que os próprios definiram, e perceberam a necessidade de ajustes, inclusões e exclusões de informações e de estruturação do processo de trabalho no setor. Demonstrando que, além de ferramenta de informação, a SS desencadeia um movimento potente de reflexão-ação sobre o processo de trabalho instituído. Definidas as prioridades, os indicadores e as fontes de informação, a SS pode ser incrementada com o uso de novas tecnologias e programas informatizados que acessem as fontes de informação, atualizem os indicadores e os apresentem em gráficos de tendências e mapas, em uma plataforma virtual. Isso favorece o seguimento dos indicadores e a reação da equipe, quando a tendência do indicador se desvie do esperado.

A Sala de Situação FESF-SUS pode ser acessada através do endereço eletrônico <http://fesfsus.web350.kinghost.net/PortalFESF/DefaultPortalFESF.aspx>.

## Interface da Sala de Situação FESF-SUS

FESF-SUS  
PORTAL DE SISTEMAS FESF

Início Serviços

Sala de Situação - Indicadores de Processo - Série Histórica

Indicador  Componente  Relatório  Gráfico

Ano: [Selecione]

Selecione um Processo: [Selecione]

Selecione um Indicador: 0 [Selecione]  Todos

Adicionar Remover Limpar Gerar

Indicadores Selecionados:

### 3.20.2 ocupação de cargos por efetivos

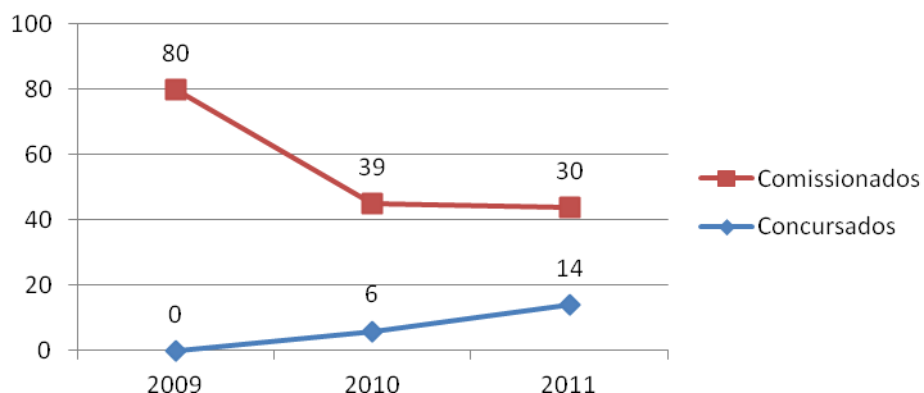
Está previsto no PECS – Plano de Empregos, Cargos e Salários da Fundação, a substituição progressiva dos cargos de confiança por 60% (sessenta por cento) dos empregados da Fundação. Para isso, a instituição desde 2010 vem desenvolvendo esforços para enxugamento da estrutura administrativa baseada em cargos comissionados, no intuito de promover a sustentabilidade do projeto FESF-SUS.

Podemos observar nas tabelas 01 e 02 e seus respectivos gráficos, a evolução do quadro atual dos cargos de confiança.

Relação entre cargos de confiança ocupados por concursados e comissionados, série histórica - em números absolutos - 2009-2011.

	2009	2010	2011
Concursados	0	6	14
Comissionados	80	39	30
Total	80	45	44

Gráfico 08 - Relação entre cargos de confiança ocupados por concursados e comissionados, série histórica - em números absolutos - 2009-2011.

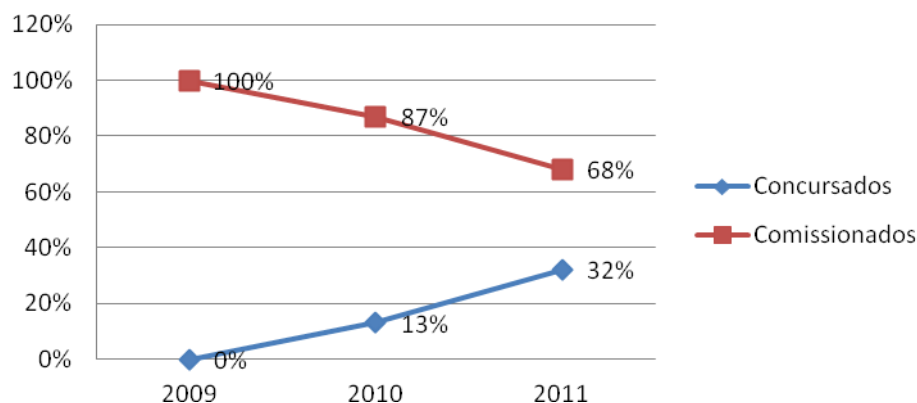


No ano de 2010 observamos uma queda brusca de cargos comissionados. Essa situação pode ser explicada pela estratégia do corpo diretivo da Fundação em não ocupar todos os cargos, tendo em vista que o número previsto de trabalhadores ocupando serviços nos municípios contratantes foi bem aquém do esperado (1.200 trabalhadores – sede e assistência), não havendo a necessidade de manutenção do organograma desenhado na Deliberação nº 02, de 13 de julho de 2009. Essa decisão enxugou a estrutura administrativa em 56,25% do número de cargos de confiança, previstos no organograma, na transição dos anos de 2009 para 2010.

Relação entre cargos de confiança ocupados por concursados e comissionados, série histórica - em percentuais - 2009-2011.

	2009	2010	2011
Concursados	0%	13%	32%
Comissionados	100%	87%	68%

Gráfico 09 Relação entre cargos de confiança ocupados por concursados e comissionados, série histórica - em percentuais - 2009-2011.



Em 2011, obedecendo a Deliberação N.º 16, de 03 de maio de 2010, que revoga a Deliberação n.º 04, de 13 de julho de 2009 e modifica o Plano de Empregos, Carreiras e Salários, toma-se o novo parâmetro (45 cargos) para ocupação dos cargos de confiança na Fundação.

Nesta perspectiva, observamos a tendência de redução de cargos comissionados, provocados pelo aumento significativo de 19% da ocupação dos empregados de carreira nos cargos de confiança no organograma da FESF-SUS, como pode ser observado na tabela e gráfico 02.

### 3.20.3 Saúde e Segurança do Trabalho

O Serviço de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT) foi implementado na Fundação no ano de 2011, desde então, vem realizando atividades voltadas à prevenção de riscos de acidentes e de promoção à saúde dos trabalhadores na instituição, incluindo a gestão dos exames de admissão, demissão e o monitoramento das licenças médicas. Foram ações relevantes ocorridas em 2011:

- 1 - Atendimento às exigências da Superintendência Regional do Trabalho e Emprego – SRTE - quanto ao fornecimento dos dados estatísticos sobre acidentes de trabalho, doenças ocupacionais e agentes de insalubridade.
  
- 2 - Elaboração e implementação dos Programas de Prevenção de Riscos Ambientais - PPRA – e de Controle Médico de Saúde Ocupacional - PCMSO - visando à preservação da saúde e da integridade dos trabalhadores, através da antecipação, reconhecimento, avaliação e conseqüente controle da ocorrência de riscos ambientais existentes ou que venham a existir no ambiente de trabalho, tendo em consideração a proteção do meio ambiente e dos recursos naturais . O programa médico tem ainda o caráter específico de prevenção, rastreamento e diagnóstico precoce dos agravos à saúde relacionados ao trabalho, inclusive de natureza sub-clínica, além da constatação da existência de casos de doenças profissionais ou danos irreversíveis à saúde dos trabalhadores.
  
- 3 - Treinamento sobre segurança da navegação no Município de Vera Cruz, em parceria com a Capitania dos Portos da Bahia e Secretaria de Saúde do Município de Vera Cruz.
  
- 4 - Inspeções das condições de segurança e saúde no trabalho no edifício-sede e em Unidades de Saúde da Família nos municípios de Lauro de Freitas, Itacaré e Maragojipe.
  
- 5 – Elaboração de procedimentos sobre comunicação de acidentes e sobre as exigências de segurança para empresas terceirizadas.
  
- 6- Elaboração das instruções de segurança e saúde no trabalho e apresentadas aos trabalhadores da sede e disponibilizadas no espaço do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho - SESMT - do Ambiente Virtual de Aprendizagem - AVA/FESF-SUS.



7 - Acompanhamento dos empregados Portadores de Necessidades Especiais - PNE.

8 – Monitoramento do absenteísmo por motivo de acidente, doença, parto.

9 - Inspeção técnica física e funcional de segurança e saúde para provável adaptação dos PNE e com recomendações médicas e/ ou do SESMT.

10 - Elaboração de projetos para atendimento às propostas de Segurança, Meio Ambiente e Saúde – SMS.

11 – Criação, manutenção e arquivamento de prontuários médicos.

12 - Auditoria das Notas Fiscais enviada pela COGET com a prestação dos serviços da empresa terceirizada (resultados dos exames enviados) e os autorizados em contrato.

13 – Participar da facilitação da Formação Inicial dos Trabalhadores – FIT – com orientações voltadas à segurança e saúde ocupacional.

14 – Planejar e implementar as campanhas de Vigilância Sanitária e Epidemiológica — controle de animais sinântropicos e vacinação.

#### NÚMEROS DO SESMT:

Número de Trabalhadores Afastados INSS: 10

Número de Trabalhadores Afastados Acidente de Trabalho: 01

Número de Trabalhadores Afastados Licença Maternidade: 12

Número de Atestados Médicos: 239 com 1.688 dias não trabalhados

Tabela 01. Número de empregados afastados por macrorregião de saúde, ano 2011.

Região	Número de empregados afastados	Número dias não trabalhados
Centro Leste	03	16
Centro Norte	30	246
Extremo Sul	02	23
Leste	66	455
Nordeste	09	61
Oeste	30	254
Sede	70	401
Sudoeste	21	132
Sul	08	100

Frente aos desafios apresentados pelo SESMT:

- Redução do número de absenteísmo,
- Monitoramento e perícia dos atestados médicos;

A DIGETS entende que estes desafios deverão ser tratados como prioridade pela COGET no ano de 2012, no intuito de melhorar a eficiência e a qualidade dos serviços prestados pela FESF-SUS que estão diretamente relacionados com a disponibilidade da força de trabalho dos nossos empregados.

#### **3.20.4 Quadro de Pessoal Técnico e Administrativo**

O resultado do concurso público foi homologado e orientado por quatro editais. O Edital 16/2010, que trata da classificação dos candidatos aprovados por cargo, com exceção dos Enfermeiros e Assistentes Sociais; o Edital 14/2010, que estabelece o quantitativo de vagas; o Edital 19/2010, que divulga a classificação dos Enfermeiros e Assistentes Sociais aprovados no concurso; por fim, o Edital 20/2010, que divulga as recomendações e considerações do Ministério Público da Bahia, em resposta a liminar que paralisou o concurso por um período de aproximadamente 45 dias e recomenda a reclassificação dos aprovados nos municípios com “vaga zero” e com cadastro reserva, com publicação dos novos resultados através dos Editais 02 e 03/2011.

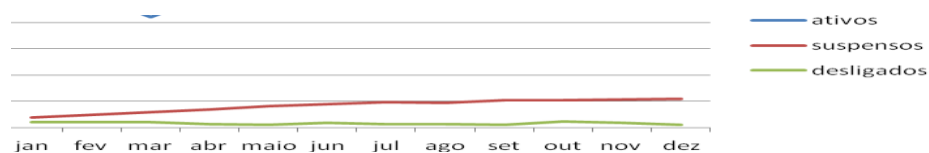
Ao fazer uma breve análise sobre a atual situação, a FESF-SUS possui xxx vagas remanescentes para ser preenchidas, havendo a necessidade de um esforço conjunto entre a COGET e a Gerência de Contratualização para aprofundar um estudo que identifique o número real de vagas por município e por cargo, bem como os locais críticos, para que sejam tomadas as medidas necessárias para finalização do processo de convocação, cujo prazo final é em janeiro de 2013.

A seguir, seguem as tabelas e os gráficos que demonstram a execução dos processos de recrutamento, seleção, admissão e rescisão, em acordo com os editais apresentados e as solicitações oficiais dos municípios contratantes com a Fundação.

Número geral de trabalhadores Fundação, janeiro e dezembro de 2011 e média da flutuação anual.

Pessoal	Jan	Dez	Média no ano 2011
Número de trabalhadores ativos	245	301	271,5
Número de trabalhadores em com contratos suspensos	19	55	41,9
Número de Rescisões	10	05	08
Número de reclamações trabalhistas (processos judiciais)	-	02	02

Gráfico 10. Flutuação anual de trabalhadores na Fundação, janeiro a dezembro de 2011.



Total de trabalhadores ativos por cargo do concurso público, dezembro de 2011.

Cargos do concurso	Total
Advogado	03
Analista Administrativo	06
Analista Administrativo – economista	02
Analista Administrativo – contador	04
Assistente Administrativo	06
Analista TI	02
Assistente Social	05
Cirurgião Dentista	94
Educador Físico	04
Enfermeiro	109
Enfermeiro do Trabalho	01
Engenheiro de Segurança Trabalho	01
Fisioterapeuta	03
Médico	68
Médico do Trabalho	01
Nutricionista	05
Psicóloga	06
Sanitarista	12
Técnico Enfermeiro do Trabalho	01
Técnico Segurança do Trabalho	01
Terapeuta Ocupacional	05
Total geral	339

Custos totais com pessoal, janeiro a dezembro de 2011.

Custos	2011
1. Custo Anual Remuneração Bruta (salários+encargos)	R\$ 15.100.295,58
2. Benefícios	R\$ 969.464,69
2.1. Transporte em Espécie	R\$ 47.268,60
2.2. Transporte Salvador Card	R\$ 23.075,00
2.3. Refeição e Alimentação Sodexo	R\$ 899.121,09
Total de custos	R\$ 16.069.760,27

## Recrutamento e Seleção em 2011.

Cargo	Nº candidatos convocados	Nº de candidatos com adiamento	Nº candidatos desistentes	Nº vagas a serem preenchidas											
				Cirurgião dentista			Enfermeiro			Analista Educacional**		Bibliotecária**			
				Vagas oferecidas	Ativos	Vagas remanescentes	Vagas oferecidas	Ativos	Vagas remanescentes	Vagas oferecidas	Vagas remanescentes	Vagas oferecidas	Ativos	Vagas remanescentes	
Médico	636	-	-												
Enfermeiro	282	-	-	298	94	204***	326	109	217***	01	00	01	00	00	
Cirurgião Dentista	345	-	-												
Outros	285	-	-												
Total	1548	225	207												

\* A informação sobre os ativos, inclui-se os contratos suspensos

\*\*\*Enfermeiro (com exceção das micros de Brumado, Senhor do Bonfim e Salvador) e Assistente Social: concurso vence em junho/2012

\*\* Cadastro de reserva – não existe obrigatoriedade de convocação

\*\*\*Cirurgião Dentista (das micros de Salvador e Bonfim) e Enfermeiro das micros de Brumado, Senhor do Bonfim e Salvador: concurso vence em janeiro/2013;

Demais cargos: maio/2012.

Nº vagas a serem preenchidas			
Sanitarista- epidemiologista	Sanitarista	Assistente Social***	Educador Físico

Vagas oferecidas	Ativos	Vagas remanescentes	Vagas oferecidas	Ativos	Vagas remanescentes	Vagas oferecidas	Ativos	Vagas remanescentes	Vagas oferecidas	Ativos	Vagas remanescentes
02	00	02	18	12	06	06	05	01	06	04	02

Nº vagas a serem preenchidas											
Farmacêutico			Fisioterapeuta			Fonoaudiólogo**			Médico Acumpulturista**		
Vagas oferecidas	Ativos	Vagas remanescentes	Vagas oferecidas	Ativos	Vagas remanescentes	Vagas oferecidas	Ativos	Vagas remanescentes	Vagas oferecidas	Ativos	Vagas remanescentes
03	00	03	06	03	03	03	00	00	01	00	00

Nº vagas a serem preenchidas											
Médico Ginecologista**			Médico Homeopata**			Médico Pediatra**			Médico Psiquiatra**		
Vagas oferecidas	Ativos	Vagas remanescentes	Vagas oferecidas	Ativos	Vagas remanescentes	Vagas oferecidas	Ativos	Vagas remanescentes	Vagas oferecidas	Ativos	Vagas remanescentes
01	00	00	01	00	00	05	00	00	05	00	00

Nº vagas a serem preenchidas											

Médico Emergencista**			Médico do Trabalho			Nutricionista			Terapeuta Ocupacional**		
Vagas oferecidas	Ativos	Vagas remanescentes	Vagas oferecidas	Ativos	Vagas remanescentes	Vagas oferecidas	Ativos	Vagas remanescentes	Vagas oferecidas	Ativos	Vagas remanescentes
	00	00	02	00	02	06	05	01	05	05	00



### **3.20.5 Implantação da Controladoria**

A Controladoria é responsável pelo controle das ações internas, pela sugestão de normas e condutas de boas práticas e pela auditoria de ações, processos e atos. Além do controle interno, deve propor auditorias de processos e atos previstos nos Contratos de Gestão e Contrato de Programa celebrados, além de se relacionar com sistema de Auditoria do SUS e qualquer Auditoria externa quando houver.

#### **3.20.5.1 Processos de Pagamento**

Dando início à construção de nova cultura organizacional que assegurasse a segregação clara de funções, efetivando o controle interno a ser exercido por cada um dos empregados da Fundação, mediante verificação da atividade realizada anteriormente à sua, fixamos proposta de fluxo de processo de pagamento, avocando a análise de todos os processos por esta Controladoria.

O intuito desta concentração de responsabilidade foi o de imbuir os empregados da noção de observância dos elementos mínimos que devem constar nos processos de pagamento, com as suas especificações. Por óbvio, essas medidas não se limitaram apenas aos processos de pagamento, indo até os processos licitatórios e aos processos internos que os originam.

A DIAF – Diretoria Administrativa e Financeira, com quem esta Controladoria manteve estreito relacionamento, na orientação de medidas administrativas tendentes a assegurar transparência, apesar de não ter se apropriado por completo do seu papel de agente transformador das rotinas administrativas da instituição, evoluiu significadamente no diálogo e, principalmente, no cuidado com as formalidades procedimentais.

### **3.20.5.2 Setor de pessoal**

A complexa estrutura constituída pela instituição para dar conta de atender as diversas demandas dos trabalhadores da Saúde da Família, vão muito além da desprecarização dos vínculos trabalhistas existentes, construindo uma verdadeira teia de direitos, agregados a uma infinidade de obrigações que a Fundação precisa urgentemente organizar, para evitar prejuízos futuros.

A lógica vanguardista de fixar a remuneração vinculada à produtividade e à qualidade do serviço, ainda é novidade tanto para os trabalhadores quanto para o pessoal que executa a atividade de coordenar o setor de recursos humanos, denominado de Coordenação de Gestão do Trabalho - COGET.

### **3.20.5.3 Do fluxo dos processos licitatórios**

Em conjunto com a Assessoria Jurídica - AJUR e a Coordenação Administrativa – COAD da DIAF, propusemos fluxo de processos licitatórios, identificando cada uma das etapas do processo, correlacionando às atribuições dos setores. Após discutido, o fluxo passou por processo de normatização, tendo sido demandado da Assessoria Jurídica que transformasse o que havia sido proposto em Minuta de Deliberação do Conselho Curador a ser aprovada.

O fluxo proposto teve o condão de organizar os processos de compra de material e contratação de serviços, assegurando a observância aos preceitos normativos que a Fundação está vinculada, em especial a Lei Estadual 9.433/2005 e a Lei Federal 8.666/93.

Com a definição dos papéis, esperamos um menor número de apontamentos de falhas, que acabam se refletindo tanto na análise jurídica realizada pela AJUR,

quando nos processos de pagamento decorrentes de processos licitatórios defeituosos.

#### **3.20.5.4 Regimento Interno do Conselho Curador**

Atendendo igualmente à solicitação desta Diretoria Geral, a Controladoria elaborou minuta de Regimento Interno do Conselho Curador, levando-se em consideração a sua recente completa formação com a eleição dos representantes dos trabalhadores.

Buscando assegurar o funcionamento pleno da mais importante esfera decisória da Fundação, a proposta de Regimento tomou por base a composição heterogênea e apartidária do Conselho, de modo a assegurar a ampla participação de todos os seus membros, bem como definindo de forma mais objetiva as atribuições de cada um.

O trabalho que contou com a colaboração da Coordenação de Gestão Participativa, na pessoa do empregado Carlos Freitas, foi submetido à DIREX no mês de julho.

#### **3.20.5.5 Das questões tributárias**

Questão de grande importância para a Fundação e que também esteve sob a análise desta Controladoria, em conjunto com a AJUR, diz respeito aos aspectos tributários que circundam a instituição.

#### **4. Atividades Administrativas e financeiras**

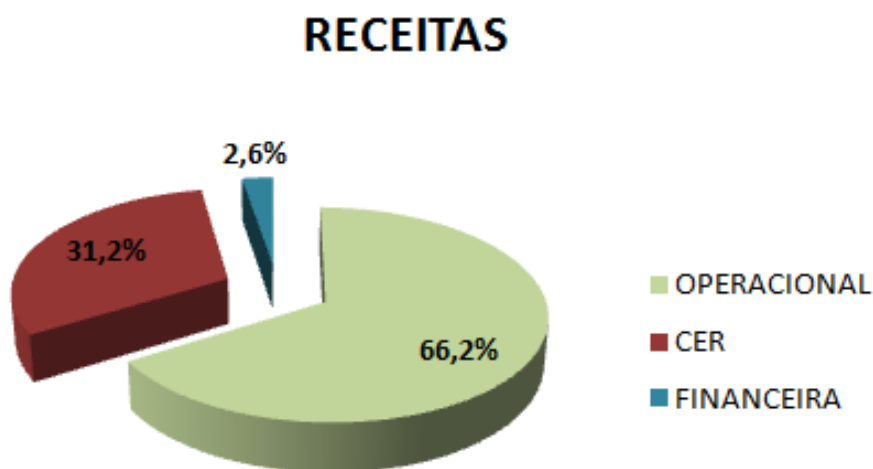
No exercício de 2011, foram desenvolvidas ações específicas, tais como:

- Sistematização de fluxos de pagamentos;

- Acompanhamento trimestral dos resultados gerenciais e financeiros através de relatórios;
- Informações cedidas à Auditoria efetuada pelo Tribunal de Contas da União;
- Instituição da Controladoria interna, visando maior efetividade e melhoria na transparência e controle dos recursos FESF;
- Maior intercâmbio entre a FESF e os Municípios, através de Promoção de Eventos com os Gestores Contratualizados;
- Ações com vistas à ativação de melhor intercâmbio entre a FESF e a SESAB.
- Foram desenvolvidas, pela DIRETORIA GERAL ações com vista à qualificação do trabalhador FESF, sendo sido firmado, com o Ministério da Saúde, o Convênio nº 753040/2011 para Desenvolvimento de Carreira Intermunicipal, o qual está sendo acompanhado, na sua totalidade pela DIAF/FESF.

Foi mantido o Convênio de Cooperação entre a FESF e o Governo do Estado da Bahia, através da Secretaria de Saúde e de Municípios do Estado da Bahia, com objetivo de cooperação e apoio ao desenvolvimento de ações em serviços para a qualificação da atenção à saúde e da gestão pública, bem como desenvolver a gestão associada dos serviços públicos na área de saúde pública.

No presente exercício, a FESF gerou recursos na ordem de R\$ 26,7 milhões, sendo: 66,2% de receitas operacionais, 31,2% advindos do repasse CER e 2,6% de receitas financeiras, conforme demonstrado no gráfico nº 1 abaixo:



**FONTE: FESF – SUS**

Além das ações especificadas, a diretoria também promoveu com eficiência e eficácia o planejamento orçamentário e financeiro da instituição de modo a cumprir com economicidade e transparência, a aplicação dos recursos e de seus resultados, conforme estabelecido nos princípios da administração pública.

#### **4.1 Coordenação Administrativa**

A Coordenação Administrativa, área que cuida da parte administrativa da Fundação, desenvolveu ações visando à otimização dos processos administrativos consubstanciados na elaboração e consolidação dos processos licitatórios.

#### 4.1.1 Licitação

Para tanto foram efetuados 50 licitações através das modalidades: dispensa, convite, pregão presencial e inexigibilidade gerando para a Fundação um total de contratação no montante de **R\$ 5.702.261,72 (cinco milhões, setecentos e dois mil, duzentos e sessenta e um reais e setenta e dois centavos)** conforme tabela e gráfico demonstrados abaixo:

Nº PROCESSO	DATA-ABERTURA/AUTORIZA.	MODALIDADE	OBJETO	VALOR	LICITANTE VENCEDOR	DATA-CONTRATAÇÃO
21/09/2010	21/09/2010	Pregão Presencial	Serviços Prestados por Pessoa Jurídica Empresa especializada para prestação de serviços de conservação e limpeza e suporte à administração com regime de 44 horas semanais da sede da Fundação Estatal saúde da Família.	R\$ 128.400,00	Grupo Z Serviços Temporários Ltda. EPP	05/01/2011
11/08/2010	11/08/2010	Pregão Presencial	Material de Expediente Aquisição de material de escritório para a SEDE da FESF.	R\$ 38.450,00	WFL PAPELARIA LTDA	10/01/2011
25/08/2009	25/08/2009	Dispensa	Aluguéis Locação da SEDE	R\$ 630.000,00	Irmãos Gonçalves Administração Ltda	17/01/2011
10/01/2011	10/01/2011	Dispensa	Serviços Prestados por Pessoa Jurídica Emissão de Laudo e vistoria p/ o 3º andar.	R\$ 3.250,00	Aval Engenharia de Avaliação e Meio Ambiente Ltda.	12/01/2011
09.0565/2010	21/09/2010	Pregão Presencial	Serviços Prestados por Pessoa Jurídica Contratação de Empresa Especializada na prestação de serviço de Vigilância Eletrônica para a sede da FESF.	R\$ 23.000,00	SPS TECNO & SISTEMAS TECNOLOGIA EM SISTEMA DE SEGURANÇA LTDA	17/02/2011
09.0651/2011	10/01/2011	Pregão Presencial	Material de Expediente serviço sob demanda de forma continuada com a locação de 1 (um) equipamento reprográfico multifuncional laser digital - impressora, copiadora e digitalizadora - de documentos preto e branco.	R\$ 6.720,00	QUALYCOPY e CORMÉRCIO SERVIÇOS Ltda.	22/02/2011

09.0483/2010	16/07/2010	Pregão Presencial	Despesa com Pessoal Contratação de empresa especializada para fornecer vale alimentação a todos os profissionais da fundação estatal saúde da família-fesf.	R\$ 4.070.214,72	Sodexo Pass do Brasil Serviços e Comércio Ltda	10/03/2011
Nº PROCESSO	DATA - ABERTURA/AUTORIZA.	MODALIDADE	OBJETO	VALOR	LICITANTE VENCEDOR	DATA- CONTRATAÇÃO
09.0642/2011	04/01/2011	Dispensa	Manutenção de Retirada de fechaduras e troca de segredo	R\$ 1.525,00	Sérgio Augusto Trindade de Souza	03/02/2011
09.0648/2011	06/01/2011	Dispensa	Cursos e Seminários Locação de espaço p/ FIT.	R\$ 720,00	Instituto de Educação e Tecnologias	07/01/2011
09.0661/2011	20/01/2011	Dispensa	Manutenção Aquisição de três tomadas.	R\$ 366,00	Casa das Tomadas - Adriano Oliveira Ramos-ME	26/01/2011
09.681/2011	16/02/2011	Dispensa	Avaliação sobre contratação de produtora de vídeo	R\$ 5.300,00	JC CINEMA José Cardoso Júnior - ME	22/02/2011
09.0614/2010	24/11/2010	Pregão Presencial	Contratação de serviços de licença de uso de software de gestão contábil, financeira e de recursos humanos, com implantação e treinamento.	R\$ 23.120,83	Controller Tecnologia em Sistemas para Gestão empresarial Ltda	10/02/2012
09.0677/2011	11/02/2011	Convite	Despesas Gerais - Despesas c/ Capacitação e Institucional Evento para as Comissões de Acompanhamento e Avaliação (CAA)	R\$ 12.808,00	Salvador Hotéis e Turismo LTDA ME	28/03/2011
09.0689/2011	22/02/2011	Dispensa	Serviços Prestados por Pessoa Jurídica Contratação de Gráfica p/ o serviço de Impressão de Fichas p/ os profissionais nos municípios.	R\$ 3.770,00	José Jorge Ferreira Maia ME	24/03/2011
09.0690/2011	23/02/2011	Inexigibilidade	Cursos e Seminários Inscrição no Evento: Contratação sem licitação na área da saúde pública	R\$ 680,00	R G Planejamento e Consultoria Ltda	25/02/2011
09.0702/2011	08/04/2011	Inexigibilidade	Cursos e Seminários Inscrição no treinamento Pregão - Formação de Pregoeiro	R\$ 585,00	ACOM - Assessoria de Comunicação Ltda	12/04/2011
09.0708/2011	15/04/2011	Inexigibilidade	Cursos e Seminários Inscrição no XI Congresso Brasileiro de Direito do Estado	R\$ 390,00	Instituto Brasileiro de Direito Público - IBDP	15/04/2011
09.0589/2010	21/10/2010	Dispensa	Móveis e Equipamentos Aquisição de Relógio de Ponto Eletrônico	R\$ 4.870,56	Dimas de Melo Pimenta Sistemas de Ponto e Acesso Ltda.	18/04/2011

09.0731/2011	16/05/2011	Inexigibilidade	Eventos e Seminários Aquisição Stand - 11º Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade	R\$ 5.000,00	Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade	12/05/2011
09.0621/2010	30/11/2010	Dispensa	SERVIÇO DE TERCEIROS/PESSOA JURÍDICA Serviço de hospedagem de site	R\$ 1.140,00	KINGHOST HOSPEDAGEM DE SITES LTDA	14/01/2011
09.0646/2011	05/01/2011	Dispensa	Serviços Postais Contratação de serviços de correios e telégrafos	R\$ 5.600,00	TS Serviços Postais Ltda	05/01/2011
09.0741/2011	01/06/2011	Dispensa	DESPESA ADMINISTRATIVA Contratação de empresa para fornecer água mineral	R\$ 2.700,00	Mares comércio Ltda	13/06/2011
09.0733/2011	16/05/2011	Dispensa	EVENTOS E SEMINÁRIOS Aquisição de fitinhas do tipo Senhor do Bonfim	R\$ 1.500,00	Dant Indústria e Comércio Representações Ltda.	16/06/2011
09.0743/2011	07/06/2011	Dispensa	Despesa Administrativa Aquisição de produtos de limpeza.	R\$ 5.004,30	ELLO ATACADAO DE PRODUTOS LTDA	20/06/2011
09.0742/2011	19/05/2011	Dispensa	Serviços Terceirizados Material de consumo	R\$ 5.009,30	ELLO ATACADAO DE PRODUTOS LTDA	06/06/2011
<b>Nº PROCESSO</b>	<b>DATA - ABERTURA/AUTORIZA.</b>	<b>MODALIDADE</b>	<b>OBJETO</b>	<b>VALOR</b>	<b>LICITANTE VENCEDOR</b>	<b>DATA - CONTRATAÇÃO</b>
09.0734/2011	16/05/2011	Dispensa	Despesa Eventos e Seminários Aquisição de doce seco a base de côco	R\$ 800,00	Magia da Bahia Indústria de Alimentos LTDA	01/06/2011
09.0744/2011	09/06/2011	Dispensa	Despesa Administrativa Aquisição de 4 (quatro) aparelhos de fax	R\$ 1.640,00	RBS COMERCIO E SERVIÇOS DE INFORMÁTICA	16/06/2011
09.0746/2011	16/06/2011	Dispensa	Despesa Administrativa Contratação de jornal de grande circulação.	R\$ 5.544,00	EMPRESA EDITORA A TARDE	17/06/2011
09.0654/2011	05/01/2011	Pregão Presencial	Prestação de serviços de reserva, emissão, marcação e remarcação de bilhetes de passagens aéreas.	R\$ 102.851,28	INTERLINE BAHIA VIAGENS E TURISMO LTDA ME	05/07/2011
09.0655/2011	05/01/2011	Pregão Presencial	Prestação de serviços de reserva, emissão, marcação e remarcação de bilhetes de passagens terrestres	R\$ 40.036,96	INTERLINE BAHIA VIAGENS E TURISMO LTDA ME	05/07/2011
09.0709/2011	18/04/2011	Inexigibilidade	Serviços Postais Contratação de serviços Correios e Telégrafos	R\$ 31.000,00	Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos	01/07/2011



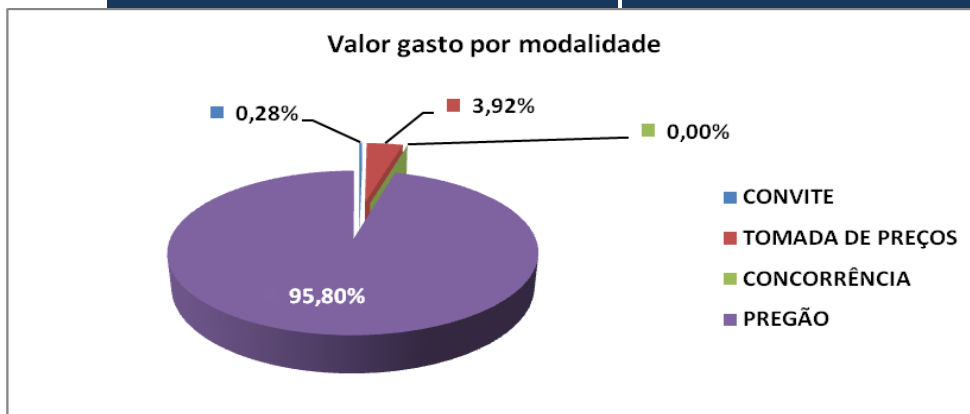
09.0753/2011	12/07/2011	Dispensa	Despesa Administrativa Contratação de serviço de Coffe Break	R\$ 2.480,00	GELATERIA ITALIANA COMÉRCIO DE ALIMENTOS E EVENTOS LTDA	13/07/2011
09.0761/2011	20/07/2011	Inexigibilidade	DESPESAS ADMINISTRATIVAS Inscrição das funcionárias p/ formação e qualificação profissional no curso rotinas e cálculos trabalhistas / nos dias 29 e 30/07/2011	R\$ 1.107,00	AD MODUM SOLUÇÕES CORPORATIVOS LTDA	23/07/2011
09.0739/2011	18/05/2011	Dispensa	Despesa Administrativa Aquisição de livros.	R\$ 4.426,50	LIVRARIA BAHIA JURÍDICA	25/07/2011
09.0777/2011	26/07/2011	Dispensa	Despesas Administrativas Aquisição de carimbos auto entintados e refil para uso dos serviços internos da instituição.	R\$ 1.286,00	kcil - Gilselia Planzo Andrade	10/08/2011
09.0784/2011	09/08/2011	Dispensa	Despesa reparos e manutenção Contratação de empresa especializada em executar serviços necessários para substituição do disjuntor.	R\$ 820,00	COMANDO'S LOCAÇÃO DE GERADORES	24/08/2011
09.0668/2011	02/02/2011	Dispensa	Despesa Administrativa Reparo do Telhado do 3º andar	R\$ 26.906,93	WC Construção & Reforma	31/08/2011
09.0330/2010	18/07/2011	Aditivo	Despesa Administrativa Serviço de Telefonia fixa através do sistema DDR.	R\$ -	EMPRESA BRASILEIRA DE TELECOMUNICAÇÕES	31/08/2011
09.0789/2011	18/07/2011	Inexigibilidade	Despesa Administrativa Inscrição no evento: Gestão de convênios e Contratos de Repasse com Ênfase no SICONV	R\$ 1.500,00	OPEN TREINAMENTOS EMPRESARIAIS LTDA	31/08/2011
09.0798/2011	31/08/2011	Inexigibilidade	Despesa Administrativa Solicitação de inscrição da advogados no XXI Congresso dos Magistrados do Trabalho da Bahia	R\$ 440,00	ASS DOS MAGISTRADOS DA JUSTIÇA DO TRABALHO DA 5ª REGIÃO	31/08/2011
09.0788/2011	12/08/2011	Inexigibilidade	Despesa Administrativa Inscrição no Evento : VII Congresso Brasileiro de Licitações, Contratos e Compras Governamentais.	R\$ 2.170,00	Instituto Brasileiro de Direito Público - IBDP	15/08/2011
09.0792/2011	19/08/2011	Inexigibilidade	Despesa Administrativa Solicitação de duas inscrições p/ o Curso:	R\$ 588,00	Itap Consultoria Tributária Ltda	24/08/2011

Nº PROCESSO	DATA-ABERTURA/AUTORIZA.	MODALIDADE	OBJETO	VALOR	LICITANTE VENCEDOR	DATA-CONTRATAÇÃO
			Retenções de Tributos Federais a ser realizado nos dias 26/08/2011			
09.0750/2011	16/06/2011	Dispensa	DESPESA ADMINISTRATIVA Impressão de folder promocional da FESF-SUS	2945	GRAS SANTA LTDA GRAFICA BÁRBARA	31/08/2011
09.0809/2011	20/09/2011	Dispensa	DESPESA ADMINISTRATIVA Aquisição certificado digital	220,84	SERVIÇO FEDERAL DE PROCESSAMENTO DE DADOS SERPRO	31/08/2011
09.0820/2011	13/10/2011	Dispensa	Despesa Administrativa Aquisição de 50 (cinquenta) camisetas com logomarca Fesf-sus	R\$ 350,00	DM COMERCIAL DE CAMISETAS LTDA	14/10/2011
09.0830/2011	26/10/2011	Dispensa	Despesa Administrativa Inscrição "Curso de Aperfeiçoamento em Direito Administrativo – Processo Disciplinar".	R\$ 1.395,00	Fundação Escola Superior do Min. Público do DF e Territórios	31/10/2011
09.0814/2011	27/09/2011	Dispensa	Despesa Administrativa Contratação de empresa especializada p/ realização de exames médicos ocupacionais p/ os empregados da FESF-SUS (EMERGENCIAL)	R\$ 248.166,50	ENDO Clínica de Endocrinologia Sociedade Empresarial LTDA	04/11/2011
09.0840/2011	10/11/2011	Inexigibilidade	Despesa Administrativa Inscrição Curso IV Congresso Brasileiro de Controle Público, "Combate à Corrupção e Novos Paradigmas do Controle", que acontecerá nos dias 23 a 25 de novembro de 2011.	R\$ 740,00	Instituto Brasileiro de Direito Público - IBDP	16/11/2011
09.0779/2011	01/08/2011	Pregão	SERVIÇO DE MANUTENÇÃO PREVENTIVA, CORRETIVA E DE REPARO, EM CONDICIONADORES DE AR.	R\$ 28.080,00	COLD REFRIGERAÇÃO LTDA EPP	04/11/2011
09.0815/2011	26/08/2011	Dispensa	Despesa Administrativa Aquisição de 48 Placas de Forro de Fibra Mineral p/ substituição de placas na sede da FESF-SUS.	R\$ 894,00	Divi Forro Divisória e Forro LTDA ME	14/12/2011
09.0828/2011	21/10/2011	Inexigibilidade	Despesa Administrativa Contratação de Empresa	R\$ 30.000,00	EGBA - EMPRESA GRÁFICA DA BAHIA	05/12/2011

			Especializada para Prestação de Serviços de Publicação no Âmbito Estadual. (EGBA)			
09.0861/2011	05/12/2011	Dispensa	Despesa Administrativa Contratação de Empresa Especializada para Servir Almoço para Reunião de Avaliação 2011 na FESF-SUS.	R\$ 3.000,00	EPB COMERCIO DE ALIMENTOS E EVENTOS LTDA ME	15/12/2011
09.0806/2011	16/09/2011	Tomada de Preço	Concurso Público (Em substituição do concurso público anulado)	R\$ 182.750,00	AOCP (Assessoria em Organização de Concursos Públicos LTDA)	16/12/2011
<b>TOTAL</b>						<b>R\$ 5.702.261,72</b>

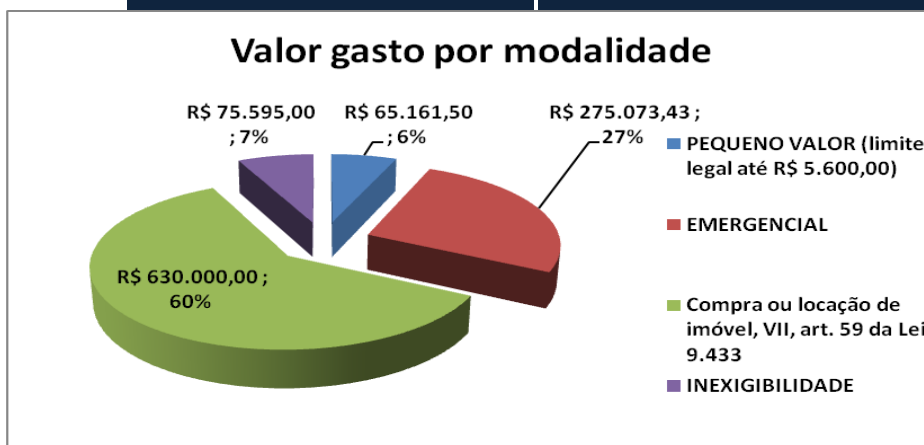
FONTE: FESF - SUS

2011	MODALIDADE	VALOR
	CONVITE	R\$ 12.808,00
	TOMADA DE PREÇOS	R\$ 182.750,00
	CONCORRÊNCIA	R\$ -
	PREGÃO	R\$ 4.460.873,79
<b>TOTAL</b>		<b>R\$ 4.656.431,79</b>



2011	DISPENSA	QTD.	VALOR
	PEQUENO VALOR (limite legal até R\$ 5.600,00)	25	R\$ 65.161,50
	EMERGENCIAL	2	R\$ 275.073,43
	Compra ou locação de imóvel, VII, art. 59 da Lei 9.433	1	R\$ 630.000,00
	<b>TOTAL DISPENSA</b>	<b>28</b>	<b>R\$ 970.234,93</b>

	<b>INEXIGIBILIDADE</b>	<b>13</b>	<b>R\$ 75.595,00</b>
	<b>TOTAL</b>		<b>R\$ 1.045.829,93</b>



FONTE: FESF - SUS

#### 4.1.2 Administração e Manutenção

No que tange a manutenção e operação da sede da Fundação foram efetuadas ações de tombamento do seu patrimônio, de controle do estoque físico de material, de execução de reforma do prédio, de publicação de editais, de fiscalização e gerenciamento dos serviços de limpeza e de execução dos contratos administrativos, dentre outros.

Foi alugado, no prédio da sede o terceiro andar, tendo em vista a previsão de necessidade de uso do espaço, considerando o crescimento das atividades da Sede da FESF sendo executadas ações de caráter corretivo e preventivo tais como:

- Revisão do telhado;
- Substituição de esquadrias;
- Pintura geral, dentre outras.

Foram revistos os fluxos gerais de serviços, readequando ao fluxograma da Fundação.

Das contratações efetivadas aquelas que demandaram um maior vulto foram:

- ⇒ Processo nº 09.0483/2010 referente à contratação de empresa de vale alimentação para os funcionários da Fundação tanto da sede;
- ⇒ Processo nº 09.0564/2010 referente ao Serviço Terceirizado de conservação e limpeza e suporte à administração;
- ⇒ Processo nº 09.0654/2011 referente à prestação de serviços de reserva, emissão, marcação e remarcação de bilhetes de passagens aéreas;
- ⇒ Processo nº 09.0806/2011 referente à contratação do serviço de Concurso Público;

## **4.2 Contabilidade e Financeiro**

No exercício de 2011, desenvolveu-se ações de controle e registro dos fatos financeiros e contábeis, visando assegurar que os dados reflitam corretamente a situação econômica e financeira da entidade. Efetuamos todos os registros contábeis de acordo com os princípios e normas legais, elaborando as Demonstrações Contábeis exigidas, acrescida das análises dos indicadores econômicos e financeiros, visando dar subsídios ao Diretor Administrativo e Financeiro no processo de tomada de decisões.

### **4.2.1 Contabilidade/Demonstrações Financeiras**

Elaborou-se o Balanço Anual, A Demonstração das Origens e Aplicações dos Recursos, Demonstração dos Resultados, Demonstração de Fluxo de Caixa e Demonstração das Mutações do Patrimônio Líquido.

Para a promoção da geração desses demonstrativos foram efetuados mais de 6000 lançamentos contábeis relativos a mais de 1500 processos de pagamentos, e documentos extra caixa.

Além disso, promoveu-se a atualização cadastral e preenchimento e envio de declarações acessórias, tais como: declaração de débitos e crédito tributários Federais - DCTF, demonstrativos de Apuração de contribuições sociais - DACON, DMS, DIRF, emissões de certidões negativas de débitos, em atendimento às legislações legais e a necessidade de complementação de processos de pagamento.

## BALANÇO GERAL – ATIVO

31/12/2011

	<u>2010</u>	<u>2011</u>
<b><u>ATIVO</u></b>		
<b><u>CIRCULANTE</u></b>		
Disponível		
Banco c/ Movimento	R\$ 226.644,27	R\$ 137.216,22
Banco c/ Movimento - Convênio	R\$ 292,24	R\$ 188,67
Banco c/ Movimento - Fundo Patrimonial	R\$ -	R\$ 83,89
Banco c/ Movimento - Fundo Contingência	R\$ -	R\$ 28,57
Aplicações Financeiras - Convênio	R\$ 1.021.499,36	R\$ 1.126.224,26
Aplicações Financeiras	R\$ 6.499.500,00	R\$ 2.610.500,00
Aplicações Financeiras - Fundo Patrimonial	R\$ -	R\$ 2.148.000,00
Aplicações Financeiras - Fundo Contingência	R\$ -	R\$ 176.000,00
	<b>R\$ 7.747.935,87</b>	<b>R\$ 6.198.241,61</b>
<b><u>REALIZÁVEL A CURTO PRAZO</u></b>		
Clientes	R\$ 1.476.969,83	R\$ 6.359.359,25
Convênios Contratados	R\$ 77.312,50	R\$ 60.450,00
Imposto a Recuperar	R\$ 3.788,99	R\$ 22.586,85
Estoques	R\$ 1.379.820,28	R\$ 1.379.820,28
	<b>R\$ 2.937.891,60</b>	<b>R\$ 7.822.216,38</b>
<b><u>TOTAL CIRCULANTE</u></b>	<b>R\$ 10.685.827,47</b>	<b>R\$ 14.020.457,99</b>
<b><u>ATIVO NÃO CIRCULANTE</u></b>		
Imobilizações		
Benfeitoria em Propriedade Terceiros	R\$ 282.939,25	R\$ 282.939,25
Equipamentos de Informática	R\$ 9.913,68	R\$ 9.913,68
Móveis e Utensílios	R\$ 140.449,80	R\$ 140.449,80
Máquinas e Equipamentos	R\$ 28.113,90	R\$ 34.067,90
Instalações	R\$ 80.143,00	R\$ 80.143,00
Livros em Biblioteca	R\$ -	R\$ 4.088,00
	<b>R\$ 541.559,63</b>	<b>R\$ 551.601,63</b>
( - ) Depreciações	R\$ 30.883,21	R\$ 60.721,93
<b><u>TOTAL DO IMOBILIZADO</u></b>	<b>R\$ 510.676,42</b>	<b>R\$ 490.879,70</b>
<b><u>TOTAL DO ATIVO</u></b>	<b>R\$ 11.196.503,89</b>	<b>R\$ 14.511.337,69</b>

## BALANÇO GERAL - PASSIVO

EM 31/12/2011

	<u>2010</u>	<u>2011</u>
<b><u>PASSIVO</u></b>		
<b><u>PASSIVO CIRCULANTE</u></b>		
Fornecedores	R\$ 41.894,90	R\$ -
Contas a Pagar	R\$ 1.172.098,93	R\$ 1.186.878,29
Obrigações com Terceiros	R\$ 1.379.820,28	R\$ 1.379.820,28
Obrigações Sociais a Pagar	R\$ 405.290,34	R\$ 538.936,24
Obrigações Fiscais Tributárias	R\$ 161.810,58	R\$ 198.488,69
Obrigações Trabalhistas	R\$ 1.194.023,83	R\$ 2.579.135,62
<b>TOTAL PASSIVO CIRCULANTE</b>	<b>R\$ 4.354.938,86</b>	<b>R\$ 5.883.259,12</b>
<b><u>PATRIMONIO LIQUIDO</u></b>		
Patrimonio Social Subscrito	R\$ 2.344.904,30	R\$ 2.344.904,30
( - ) Patrimonio Social a Integralizar	R\$ 312.933,22	R\$ 312.933,22
Patrimonio Social Integralizado	R\$ 2.031.971,08	R\$ 2.031.971,08
Superávit acumulado	R\$ 4.809.593,95	R\$ 4.809.593,95
( + ) Superávit do exercício		R\$ 1.786.513,54
Patrimonio Social Líquido	R\$ 6.841.565,03	R\$ 8.628.078,57
<b>TOTAL DO PASSIVO</b>	<b>R\$ 11.196.503,89</b>	<b>R\$ 14.511.337,69</b>



## DEMONSTRAÇÃO DO RESULTADO DO EXERCÍCIO – DRE

EM 31/12/2011

	<u>2010</u>	<u>2011</u>
<b><u>RECEITAS</u></b>		
Receitas Operacionais	R\$ 3.480.399,08	R\$ 17.699.503,77
Descontos e Abatimentos		-R\$ 54.211,85
Receitas não Operacionais		
Receitas de Aplicações	R\$ 225.207,22	R\$ 728.432,02
Outras receitas não operacionais - Transferências Federal/Estadual/Municipal	R\$ 11.165.424,40	R\$ 8.335.490,96
Outras receitas	R\$ 268,27	R\$ 439,22
<b>TOTAL DE RECEITAS</b>	<b>R\$ 14.871.298,97</b>	<b>R\$ 26.709.654,12</b>
<b><u>( - ) DESPESAS</u></b>		
Despesa com Pessoal		
Salários e Ordenados	R\$ 5.448.741,76	R\$ 15.677.961,97
Rescisões	R\$ 59.393,88	R\$ 261.406,58
Provisão de Férias	R\$ 637.244,26	R\$ 1.287.350,09
Provisão de 13º Salário	R\$ 486.322,03	R\$ 1.100.101,89
Outras Despesas de pessoal	R\$ 396.780,35	R\$ 1.802.042,76
Encargos Sociais	R\$ 1.910.182,24	R\$ 3.900.862,89
	<b>R\$ 8.938.664,52</b>	<b>R\$ 24.029.726,18</b>
Despesas Administrativas	R\$ 1.135.536,25	R\$ 813.786,59
Despesas Tributárias	R\$ -	
Despesas Financeiras	R\$ 14.721,29	R\$ 49.789,09
Depreciações	R\$ -	R\$ 29.838,72
<b>TOTAL DAS DESPESAS</b>	<b>R\$ 10.088.922,06</b>	<b>R\$ 24.923.140,58</b>
<b><u>SUPERAVIT DO EXERCÍCIO</u></b>	<b>R\$ 4.782.376,91</b>	<b>R\$ 1.786.513,54</b>

## DEMONSTRAÇÃO DE ORIGENS E APLICAÇÕES DOS RECURSOS

EM 31/12/2011

	<u>2010</u>	<u>2011</u>
<b>1 ORIGENS RECURSOS</b>		
Receitas Operacionais	R\$ -	R\$ 17.645.291,92
Transferências Federal/Estadual/Municipal	R\$ 3.262.002,48	R\$ 8.335.490,96
Receitas Financeiras	R\$ 17.139,03	R\$ 728.432,02
Outras Receitas		R\$ 439,22
<b>Total de Origens</b>	<b>R\$ 3.279.141,51</b>	<b>R\$ 26.709.654,12</b>
<b>2 APLICAÇÃO DE RECURSOS</b>		
Despesas do Exercício	R\$ 1.836.575,77	R\$ 24.029.726,18
Ativo Permanente	R\$ 13.258,68	R\$ 10.042,00
Ativo Realizável a Curto Prazo	R\$ 4.497,15	R\$ 4.884.324,78
<b>Total de Aplicações</b>	<b>R\$ 1.854.331,60</b>	<b>R\$ 28.924.092,96</b>
<b>3 VARIAÇÃO DOS RECURSOS CIRCULANTES LÍQUIDOS (1-2)</b>	<b>R\$ 1.424.809,91</b>	<b>-R\$ 2.214.438,84</b>
<b>4 ATIVO CIRCULANTE NO INÍCIO DO EXERCÍCIO</b>	<b>R\$ -</b>	<b>R\$ 10.685.827,47</b>
<b>5 ATIVO CIRCULANTE LÍQUIDO NO FINAL DO EXERCÍCIO</b>	<b>R\$ 1.742.090,30</b>	<b>R\$ 14.020.457,99</b>
<b>6 VARIAÇÃO DO ATIVO CIRCULANTE LÍQUIDO (5-4)</b>	<b>R\$ 1.742.090,30</b>	<b>R\$ 3.334.630,52</b>
<b>7 PASSIVO CIRCULANTE LÍQUIDO INÍCIO DO EXERCÍCIO</b>	<b>R\$ -</b>	<b>R\$ 4.354.938,86</b>
<b>8 PASSIVO CIRCULANTE NO FINAL DO EXERCÍCIO</b>	<b>R\$ 312.783,24</b>	<b>R\$ 5.883.259,12</b>
<b>9 VARIAÇÃO DO PASSIVO CIRCULANTE LÍQUIDO (8-7)</b>	<b>R\$ 312.783,24</b>	<b>R\$ 1.528.320,26</b>
<b>10 VARIAÇÃO DOS RECURSOS CIRCULANTES NO EXERCÍCIO (6-9)</b>	<b>R\$ -</b>	<b>R\$ 1.806.310,26</b>

## DEMONSTRAÇÕES DAS MUTAÇÕES DO PATRIMONIO SOCIAL

EM 31/12/2011

	PATRIMONIO SOCIAL	RESERVA LEGAL + SUPERAVIT	TOTAL
<b>Saldo em 31/12/2010</b>	R\$ 6.841.565,03		R\$ 6.841.565,03
Superávit do Exercício		R\$ 1.786.513,54	R\$ 1.786.513,54
Aumentos de Patrimônio			
<b>Saldo em 31/12/2011</b>		R\$ 1.786.513,54	R\$ 8.628.078,57

## DEMONSTRAÇÕES DO FLUXO DE CAIXA

EM 31/12/2011

### FLUXO DE CAIXA PROVENIENTE

#### DAS ATIVIDADES OPERACIONAIS

(+) Recebimento de Clientes e outros	R\$ 22.097.554,51
(-) Pagamentos a Fornecedores	R\$ 863.575,68
(-) Pagamento a Funcionários	R\$ 21.189.896,89
(-) Recolhimentos ao governo	R\$ 1.580.964,75
(-) pagamentos a credores diversos	R\$ 2.769,45
(=) Disponibilidades geradas pelas (aplicadas nas) atividades operacionais	-R\$ 1.539.652,26

#### DAS ATIVIDADES DE INVESTIMENTOS

(-) Aquisição de Ativo Permanente	R\$ 10.042,00
(=) Disponibilidades geradas pelas (aplicadas nas) atividades de investimentos	R\$ 10.042,00

#### **AUMENTO/DIMINUIÇÃO NAS DISPONIBILIDADES**

DISPONIBILIDADES- no início do período	R\$ 7.747.935,87
DISPONIBILIDADES- no final do período	R\$ 6.198.241,61

## ÍNDICES DE LÍQUIDEZ – COMPARATIVO ANUAL DO ENDIVIDAMENTO

Especificação		Exercícios 2011	
Índice	Fórmula	Valor	Índice
Liquidez Imediata	LI= $\frac{D}{PC}$	$\frac{6.198}{5.883}$	1,05
Liquidez Corrente	LC= $\frac{AC}{PC}$	$\frac{14.020.457}{5.883.259}$	2,38
Solvência Geral	SG= $\frac{AT}{PC+PELP}$	$\frac{14.511.337}{5.883.259}$	2,47
Endividamento	ET= $\frac{PC + PELP}{AT}$	$\frac{5.883.259}{14.511.337}$	0,40

- **Liquidez Imediata** – expressa quanto a FESF dispõe, imediatamente em reais, para saldar cada R\$ 1,00 (hum real) de suas dívidas em curto prazo. No caso presente dispõe a FESF de R\$ 1,05 (Um real e cinco centavos) para pagar cada real.
- **Liquidez Corrente** – Indica que a FESF possui saldo de três vezes o valor da sua dívida, recebendo todos os recursos em aberto, ou seja, para cada dívida de R\$ 1,00 há R\$ 2,38 (dois reais e trinta e oito centavos) para quitação.
- **Solvência Geral** – Indica que para cada R\$ 1,00 (hum real) de dívidas totais com terceiros a FESF dispõe de R\$ 2,47 (dois reais e quarenta e sete centavos) do ativo total para pagar seu débito.
- **Endividamento** – Indica que para cada R\$ 1,00 (hum real) do ativo total R\$ 0,40 (quarenta centavos) estão presos as dívidas.

## **DISCRIMINAÇÃO DA DESPESA**

<b>CONTA</b>	<b>VALOR</b>
<b>DESPESAS COM PESSOAL</b>	
SALÁRIOS E ODENADOS	15.677.961,97
ALIMENTAÇÃO	897.749,43
PREVIDÊNCIA SOCIAL/INSS	2.680.762,58
FGTS	1.081.104,02
PREMIO	758.230,65
CURSOS E SEMINÁRIOS	8.795,00
RESCISÕES	261.406,58
VALE TRANSPORTE	6.945,53
PIS S/FOLHA	139.002,43
PROVISÃO 13º SALÁRIO	1.100.101,89
PROVISAO DE FÉRIAS	1.287.350,09
EXAMES ADMISSIONAIS	13.058,93
Outras Despesas de pessoal	117.263,22
<b>TOTAL DESPESA PESSOAL</b>	<b>24.029.726,18</b>
<b>DESPESAS DE ADMINISTRAÇÃO</b>	
ALUGUÉIS	192.433,86
CONVÊNIO COOPERAÇÃO TÉCNICA IASIN	73.372,31
CONVÊNIO COOPERAÇÃO TÉCNICA	16.862,50
ANÚNCIOS E PUBLICAÇÕES	13.321,24
DESPESAS COM MANUTENÇÃO	15.227,74
INTERNET	101.727,73
TELEFONE	64.460,46
SERVIÇOS DE TERCEIRO PESSOA JURÍDICA	114.496,38
MATERIAIS E IMPRESSOS (CORREIO)	9.286,85
MATERIAL DE EXPEDINTE	25.443,65
MATERIAIS DE CONSUMO	2.435,04
DESPESA COM CAPACITAÇÃO E INSTITUCIONAL	24.224,45
DESPESAS DIVERSAS	5.006,34
IMPOSTOS TAXAS E CONTRIBUIÇÕES	1.335,23
DIARIAS	55.160,00
DESPESAS C/VIAGENS	98.725,21
MULTAS FISCAIS	267,60
<b>TOTAL DESPESAS ADMINISTRATIVAS</b>	<b>813.786,59</b>
<b>OUTRAS DESPESAS ADMINISTRATIVA</b>	
<b>OUTRAS DESPESAS</b>	
<b>DEPRECIAÇÕES</b>	29.838,72
ENCARGOS S/APLICAÇÃO FINANCEIRA	49.789,09
<b>SOMATÓRIO DA DESP. DE ADMINISTRAÇÃO</b>	<b>893.414,40</b>

## NOTAS EXPLICATIVAS:

- ✓ As Demonstrações Contábeis foram expressas seguindo os critérios legais de acordo com as Normas Brasileiras de Contabilidade;
- ✓ No exercício de 2011, a receita operacional foi de R\$ 17,7 milhões referente a 41 municípios contratualizados;
- ✓ O montante total das receitas dos recursos CER, recebidos nesse exercício compreende valores dos exercícios de 2009, 2010 e 2011, a saber: 2009 – R\$0,172 mil, 2010 – R\$5,2 milhões e 2011 R\$ 2,8 milhão no total de R\$ 8,33 milhões;
- ✓ O montante pago com pessoal em relação ao exercício passado deveu-se sobretudo ao processo do aumento das contratação para a efetivação do objeto dos contratos de gestão firmado com os Municípios, representando um acréscimo de aproximadamente 29,3%, de maneira que em dezembro de 2010 tinha 234 funcionários e em 2011, o número de funcionários atingiu o quantitativo de 331, fato que indiscutivelmente reflete no aumento das despesas com pessoal ao longo do ano.
- ✓ As despesas administrativas por sua vez apresentaram uma redução percentual da ordem de aproximadamente 28,34% em relação ao exercício anterior. Isso se deveu, principalmente, pelo término do convênio de cooperação técnica que a no período representava sobre o total das despesas um percentual de 37,38%.
- ✓ A conta estoque tem o seu saldo representado por equipamentos de informática recebidos do Ministério da Saúde através do Projeto UNA-SUS, figurando a FESF como ponto de distribuição desses equipamentos integrante do Projeto da Implantação da Infraestrutura da Rede Integrada Telessáude Brasil;

- ✓ O saldo da conta obrigações com terceiros representa a contra partida dos valores constantes de estoque relativos aos equipamentos recebidos para redistribuição, dessa forma, o seu zeramento ocorrerá quando da efetiva entrega dos aludidos equipamentos aos seus devidos credores;
- ✓ Na Demonstração do Fluxo de Caixa os valores informados como pagamentos a fornecedores derivam-se do somatório das despesas administrativas; e no item Pagamento de funcionários considerou-se as flutuações como redutoras nos totais das contas de provisões de 13º salário e de férias.

#### **4.2.2 Financeiro**

Na área financeira, foram operacionalizados 41 contratos de gestão, os quais foram desenvolvidos procedimentos de acompanhamento e controle, através de planilhas eletrônicas e relatórios gerenciais visando à geração de indicadores de execução e desempenho financeiro com o fito de atender aos requisitos estabelecidos em contrato.

Durante o exercício, dos 41 municípios contratualizados, os que obtiveram um melhor índice de execução financeira foram: Ilhéus com 48,2%, Barra com 37,5%, Iramaia 36,5%, Boninal com 35,2%, Ipupiara com 34%, Amargosa com 33,4%, Cruz das Almas com 33%,.

**ACOMPANHAMENTO DE EXECUÇÃO CONTRATUAL**

ITEM	CONTRATO NÚMERO	MUNICÍPIOS	VALOR CONTRATUAL	FATURADO 2010	FATURADO 2011	FATURADO ACUMULADO	PERCENTUAL DE EXECUÇÃO
1	034/2010	ABAÍRA	2.494.439,26	28.574,13	208.017,58	236.591,71	9,48%
2	054/2010	AMARGOSA	514.959,50	23.203,39	148.827,64	172.031,03	33,41%
3	2009.2902658	BARRA	4.686.179,45	306.521,45	1.450.804,34	1.757.325,79	37,50%
4	2009.2902658	BARRA DA ESTIVA	4.698.871,42	209.138,77	758.743,35	967.882,12	20,60%
5	002/2010	BARREIRAS	6.000.252,75	76.603,12	561.171,42	637.774,54	10,63%
6	09.0355/2010	BONINAL	1.918.776,52	138.800,86	536.681,19	675.482,05	35,20%
7	031/2010	BRUMADO	4.421.249,75	198.911,87	960.601,49	1.159.513,36	26,23%
8	004/2010	CAPIM GROSSO	2.162.200,00	54.566,76	131.517,59	186.084,35	8,61%
9	2009.2907707	CÍCERO DANTAS	7.109.189,82	-	243.667,15	243.667,15	3,43%
10	2009.2907905	COARACI	1.810.856,15	144.757,84	91.979,47	236.737,31	13,07%
11	038/2010	CONCEICAO DA FEIRA	514.959,50	20.526,07	118.682,39	139.208,46	27,03%
12	100/2010	CRUZ DAS ALMAS	3.527.416,46	318.202,70	852.479,64	1.170.682,34	33,19%
13	2009.2910776	FEIRA DA MATA	2.485.226,35	22.359,53	230.396,12	252.755,65	10,17%
14	02.03.2010	IBITIARA	1.383.850,00	51.573,23	173.919,45	225.492,68	16,29%
15	054/2010	IBOTIRAMA	628.240,92	23.990,04	131.617,24	155.607,28	24,77%
16	254/2010	ILHÉUS	1.893.830,84	123.705,05	789.816,88	913.521,93	48,24%
17	2009.2913705	INHAMBUPE	6.486.600,00	103.561,20	374.615,35	478.176,55	7,37%
18	287/2010	IPUPIARA	617.321,00	50.403,61	159.708,29	210.111,90	34,04%
19	001/2010	IRAMAIA	566.140,50	-	207.471,11	207.471,11	36,65%
20	001/2010	IRAQUARA	1.640.655,02	-	23.674,80	23.674,80	1,44%
21	185/2010	IRECÊ	9.645.025,87	96.579,42	832.118,22	928.697,64	9,63%
22	0382/2010	ITABUNA	4.517.900,00	106.879,32	270.579,08	377.458,40	8,35%
23	019/2010	ITACARÉ	1.743.922,42	93.203,10	337.376,71	430.579,81	24,69%
24	121/2010	ITAPARICA	3.089.757,00	-	21.796,27	21.796,27	0,71%
25	018/2010	ITAPETINGA	2.773.525,00	-	30.718,33	30.718,33	1,11%
26	471/2010	JAGUARARI	2.966.445,16	98.379,73	249.960,30	348.340,03	11,74%
27	334/2010	JUAZEIRO	1.246.630,00	-	173.026,70	173.026,70	13,88%
28	2009.2919207	LAURO DE FREITAS	13.707.986,32	278.811,81	2.937.307,27	3.216.119,08	23,46%
29	2009.2919553	LUIS E MAGALHAES	515.236,50	11.426,17	57.353,00	68.779,17	13,35%
30	068/2010	MARAGOGIPE	3.147.829,24	182.637,98	621.489,99	804.127,97	25,55%
31	430/2010	MUQUEM S FRANCISCO	1.455.070,73	11.995,02	114.742,55	126.737,57	8,71%
32	308/2010	PINTADAS	755.279,20	78.688,19	8.645,73	87.333,92	11,56%
33	2009.2925501	PRADO	1.191.585,60	62.232,11	217.699,74	279.931,85	23,49%
34	051/2010	RIO REAL	2.538.544,75	65.937,67	417.765,38	483.703,05	19,05%
35	2009.2927705	SANTA CRUZ CABRÁLIA	2.144.687,47	166.283,40	539.291,01	705.574,41	32,90%
36	310/2010	SANTA MARIA VITÓRIA	2.198.166,00	143.706,32	708.551,96	852.258,28	38,77%
37	1321/2010	SÃO DESIDÉRIO	1.750.405,84	82.516,70	253.083,54	335.600,24	19,17%
38	62251/2010	SENHRO DO BONFIM	1.290.592,00	-	115.147,73	115.147,73	8,92%
39	094/2009	SERRINHA	8.650.794,75	17.845,33	142.547,45	160.392,78	1,85%
40	001/2010	UIBAÍ	2.830.702,50	-	325.591,12	325.591,12	11,50%
41	038/2010	VERA CRUZ	5.744.812,84	87.878,19	1.158.481,83	1.246.360,02	21,70%
<b>TOTAL</b>			<b>129.466.114,40</b>	<b>3.480.399,08</b>	<b>17.687.666,40</b>	<b>21.168.065,48</b>	

**FONTE: FESF - SUS**

O processo de faturamento gerou uma receita operacional no montante de R\$ 17,7 milhões, dos quais foram recebidos R\$ 12,7 milhões, ficando um saldo a receber de 6,3 milhões, conforme tabela 3 abaixo:



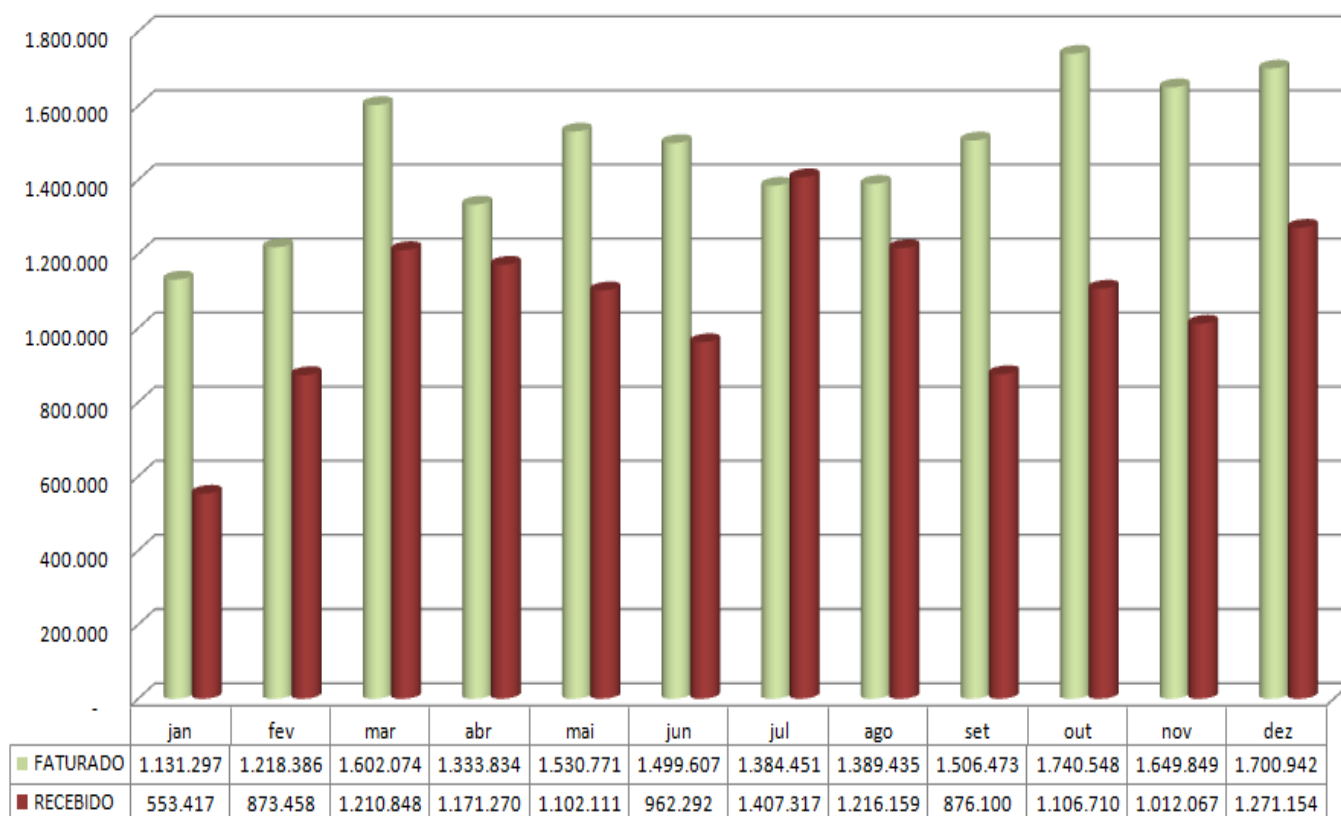
**DEMONSTRATIVO DE RECEBIMENTO POR MUNICÍPIO**

ITEM	CONTRATO	MUNICÍPIO	SALDO EM 31/12/2010	JANEIRO A DEZEMBRO - 2011		
				FATUADO	PAGO	SALDO EM 30/12/2011
1	034/2010	ABAÍRA	-	208.017,58	208.017,58	-
2	054/2010	AMARGOSA	-	148.827,64	122.601,43	26.226,21
3	2009.2902658	BARRA	-	1.450.804,34	1.042.527,30	408.277,04
4	2009.2902658	BARRA DA ESTIVA	-	758.743,35	689.945,33	68.798,02
5	002/2010	BARREIRAS	36.157,74	561.171,42	488.712,83	108.616,33
6	09.0355/2010	BONINAL	-	536.681,19	344.714,57	191.966,62
7	031/2010	BRUMADO	-	960.601,49	960.601,49	-
8	004/2010	CAPIM GROSSO	-	131.517,59	121.275,15	10.242,44
9	001/2010	CÍCERO DANTAS	-	243.667,15	204.577,15	39.090,00
10	2009.2907905	COARACI	30.483,30	91.979,47	72.213,52	50.249,25
11	038/2010	CONCEICAO DA FEIRA	3.944,57	118.682,39	81.177,38	41.449,57
12	100/2010	CRUZ DAS ALMAS	164.661,83	852.479,64	475.341,37	541.800,10
13	2009.2910776	FEIRA DA MATA	17.151,07	230.396,12	63.356,35	184.190,84
14	02.03.2010	IBITIARA	12.403,50	173.919,45	176.738,65	9.584,30
15	054/2010	IBOTIRAMA	23.990,04	131.617,24	126.868,36	28.738,92
16	254/2010	ILHÉUS	123.705,05	789.816,88	-	913.521,93
17	2009.2913705	INHAMBUPE	87.857,31	374.615,35	462.472,66	-
18	287/2010	IPUPIARA	19.632,77	159.708,29	153.655,82	25.685,24
19	001/2010	IRAMAIA	-	207.471,11	112.071,48	95.399,63
20	001/2010	IRAQUARA	-	23.674,80	23.674,80	-
21	185/2010	IRECÊ	79.477,96	832.118,22	546.451,29	365.144,89
22	0382/2010	ITABUNA	106.879,32	270.579,08	59.084,76	318.373,64
23	019/2010	ITACARÉ	69.907,01	337.376,71	37.180,75	381.375,27
24	121/2010	ITAPARICA	-	21.796,27	-	21.796,27
25	018/2010	ITAPETINGA	-	30.718,33	24.141,38	6.576,95
26	471/2010	JAGUARARI	74.332,16	249.960,30	196.782,79	127.509,67
27	334/2010	JUAZEIRO	-	173.026,70	67.633,80	105.392,90
28	2009.2919207	LAURO DE FREITAS	35.537,71	2.937.307,27	2.810.208,84	162.636,14
29	2009.2919553	LUIS E MAGALHAES	4.394,68	57.353,00	56.669,26	5.078,42
30	068/2010	MARAGOGIPE	41.246,80	621.489,99	291.047,77	371.689,02
31	430/2010	MUQUEM S FRANCISCO	-	114.742,55	114.642,55	100,00
32	308/2010	PINTADAS	69.177,88	8.645,73	35.447,50	-
33	2009.2925501	PRADO	23.988,88	217.699,74	232.910,92	8.778,31
34	051/2010	RIO REAL	47.225,65	417.765,38	382.145,83	71.572,90
35	2009.2927705	SANTA CRUZ CABRÁLIA	166.283,40	539.291,01	132.196,23	573.378,18
36	310/2010	SANTA MARIA VITÓRIA	143.705,82	708.551,96	-	852.258,28
37	1321/2010	SÃO DESIDÉRIO	-	253.083,54	253.083,54	-
38	62251/2010	SENHOR DO BONFIM	-	115.147,73	45.397,98	69.749,75
39	094/2009	SERRINHA	17.845,33	142.547,45	40.720,22	119.672,56
40	001/2010	UIBAÍ	-	325.591,12	325.591,12	-
41	038/2010	VERA CRUZ	76.980,05	1.158.481,83	1.181.022,74	54.439,14
<b>TOTAL</b>			<b>1.476.969,83</b>	<b>17.687.666,40</b>	<b>12.762.902,49</b>	<b>6.359.359,25</b>

Fonte: FESF-SUS

Com o objetivo de captar esses recursos dentro do seu vencimento, foram envidados vários esforços para alcançá-los, sendo feito constantemente, contatos com municípios, como também visitas in loco, através do setor de cobrança, elaboração de relatórios gerenciais de acompanhamento dos índices de inadimplência, informando quinzenalmente aos apoiadores e diretores, visando assim construir uma parceria com outras áreas afins, com o fito de reduzir a margem de inadimplência. O período atingiu um percentual de inadimplência real de 28%, conforme demonstrado no gráfico abaixo.

### FATURADO X RECEBIDO



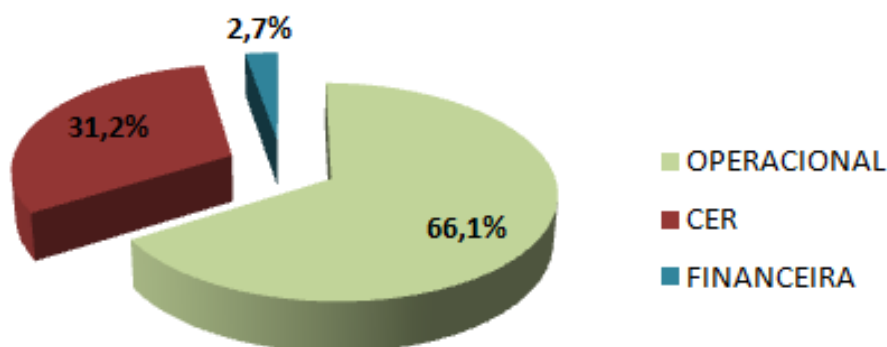
Fonte: FESF – SUS

#### 4.2.2.1 Análise Financeira

A receita no exercício representou um montante de R\$26,7 milhões, sendo R\$ 17,6 milhões operacionais, R\$ 8,33 milhões de recursos CER, e R\$ 0,728 mil de receitas financeiras, conforme demonstrado na tabela e gráfico, abaixo:

RECEITA			
OPERACIONAL	CER	FINANCEIRA	TOTAL
17.687.666	8.335.491	728.432	26.751.589
66,1%	31,2%	2,7%	

### RECEITAS



Fonte: FESF - SUS

Do valor total da receita operacional, somente foi arrecado o montante de R\$12,7 milhões, fator este decorrente de uma inadimplência efetiva de 28,2%.

Do montante total de recursos CER previsto a receber no período no valor de R\$ R\$20,0 milhões, apenas foi efetivado o recebimento na ordem de R\$8,33 milhões, conforme discriminado na tabela abaixo:

**DEMONSTRATIVO RECEBIMENTOS REPASSE CER**

REPASSE CER	VALOR R\$	PERC
TOTAL	20.064.489,25	100,0%
RECEBIDO EM 2011	8.335.491,11	41,5%
A RECEBER	11.728.998,14	58,5%

MUNICÍPIO	VALOR R\$	PERC	ANO BASE
SERRA DO RAMALHO	172.200,89	2,1%	2008
CAEM	1.174.926,60	14,1%	2010
IBICARAÍ	1.174.926,51	14,1%	2010
ILHÉUS	442.748,04	5,3%	2010
PRADO	1.174.926,96	14,1%	2010
RUI BARBOSA	1.305.473,50	15,7%	2010
<b>SUBTOTAL</b>	<b>5.273.001,61</b>	<b>65,3%</b>	
CAEM	658.802,50	7,9%	2011
IBICARAÍ	450.000,00	5,4%	2011
PRADO	1.778.442,45	21,3%	2011
IBICARAÍ	3.043,66	0,0%	2011
<b>SUBTOTAL</b>	<b>2.890.288,61</b>	<b>34,7%</b>	
<b>TOTAL REPASSE</b>	<b>8.335.491,11</b>	<b>100,0%</b>	

RESUMO	
MUNICÍPIOS	VALORES R\$
CAEM	1.833.729,10
IBICARAÍ	1.627.970,17
ILHÉUS	442.748,04
PRADO	2.953.369,41
RUI BARBOSA	1.305.473,50
SERRA DO RAMALHO	172.200,89
<b>TOTAL</b>	<b>8.335.491,11</b>

Fonte: FESF-SUS

Dos valores previstos a receber de recurso CER no presente exercício, ficou um montante a receber de R 11,7 milhões, representado 58,5%, conforme ilustrado na tabela abaixo;

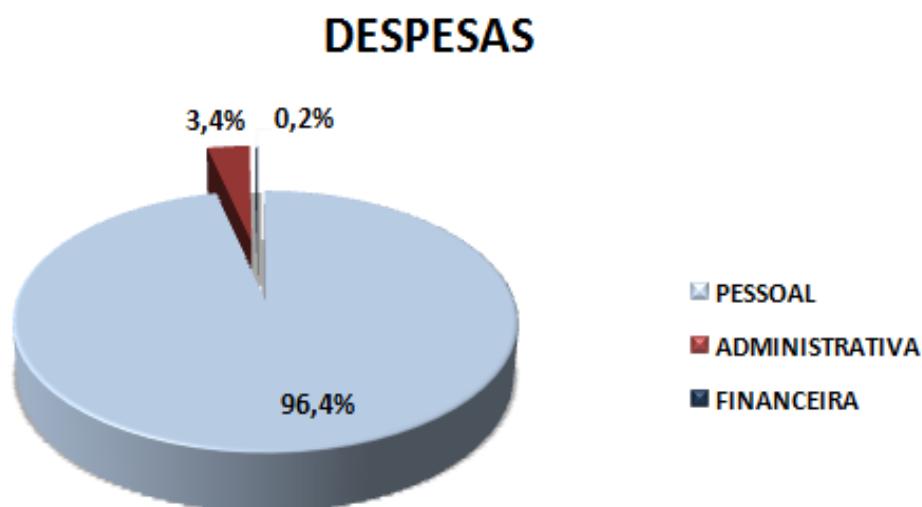
<b>CER 2008</b>	<b>1.111.053,23</b>
<b>CER 2009</b>	<b>2.823.301,14</b>
RECEBIDO EM 2011	162.760,39
<b>A RECEBER</b>	<b>2.660.540,75</b>
<b>CER 2010</b>	<b>7.397.685,64</b>
RECEBIDO EM 2011	5.273.001,61
<b>A RECEBER</b>	<b>2.124.684,03</b>
<b>CER 2011</b>	<b>8.719.965,08</b>
RECEBIDO	2.890.288,61
<b>A RECEBER</b>	<b>5.829.676,47</b>
<b>TOTAL A RECEBER</b>	<b>11.728.998,14</b>

FONTE: FESF-SUS

As despesas realizadas no exercício representaram um montante de R\$ 24,9 milhões, sendo R\$ 24,0 de pessoal com todos seus encargos, R\$ 0,843 mil despesas administrativas e R\$ 0,49 reais com despesas financeiras, conforme tabela e gráfico

DESPESAS			
PESSOAL	ADMINISTRATIVA	FINANCEIRA	TOTAL
24.029.726	843.625	49.789	24.923.141
96,4%	3,4%	0,2%	

Fonte: FESF-SUS



Fonte: FESF-SUS

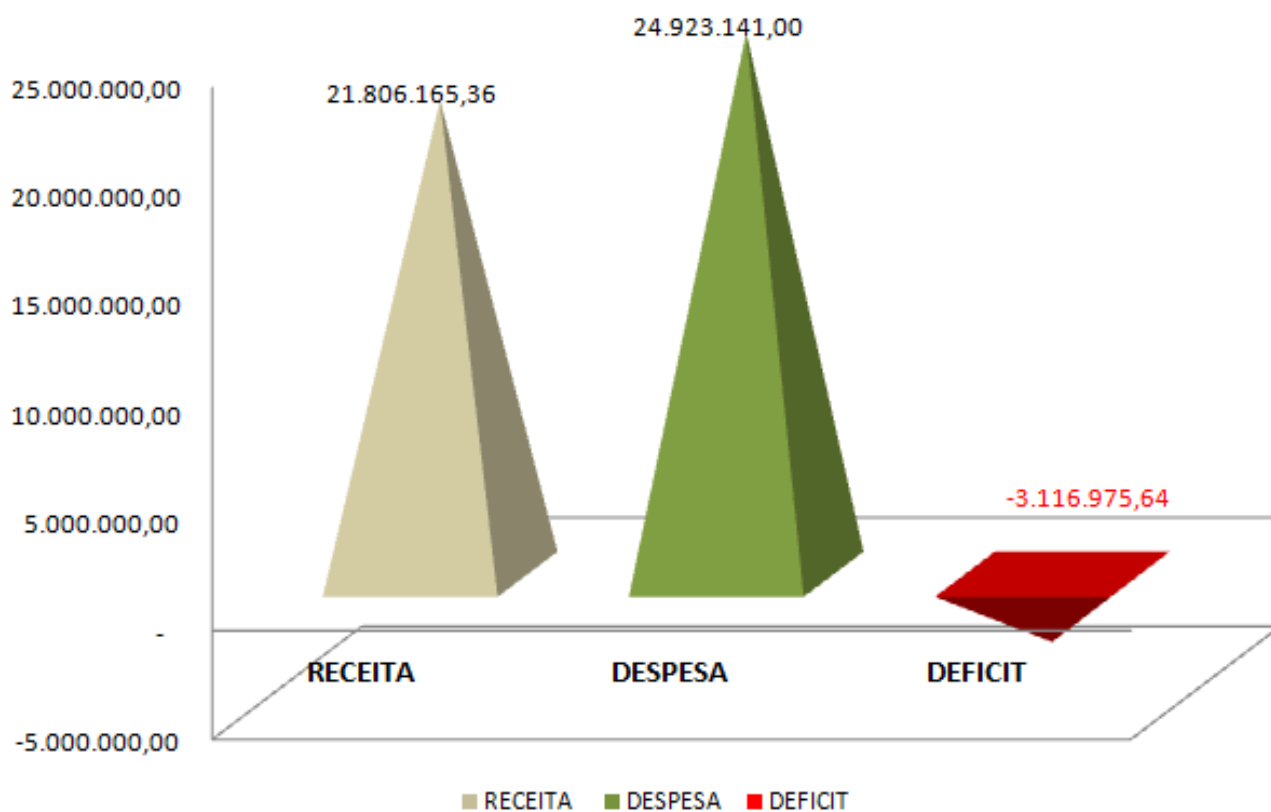
Da análise, observa-se que do montante de R\$ 26,7 milhões da receita, 89,9% dela é consumida com a despesa de pessoal, 3,2% com as despesas administrativas e 0,2% com despesa financeira.

A despesa que representou o maior percentual de desembolso no exercício foi com a folha de pagamento e seus encargos, valor este que representou um montante de R\$ 24,0 milhões, sendo que 25,4% foi gasto com pessoal da Sede e 74,6% com pessoal dos municípios.

A folha de pagamento representa um maior percentual de desembolso sobre o total das despesas realizadas em virtude da natureza da prestação dos serviços efetivados.

O gráfico abaixo tem por objetivo demonstrar um comparativo entre o total das receitas arrecadadas e total das despesas realizadas;

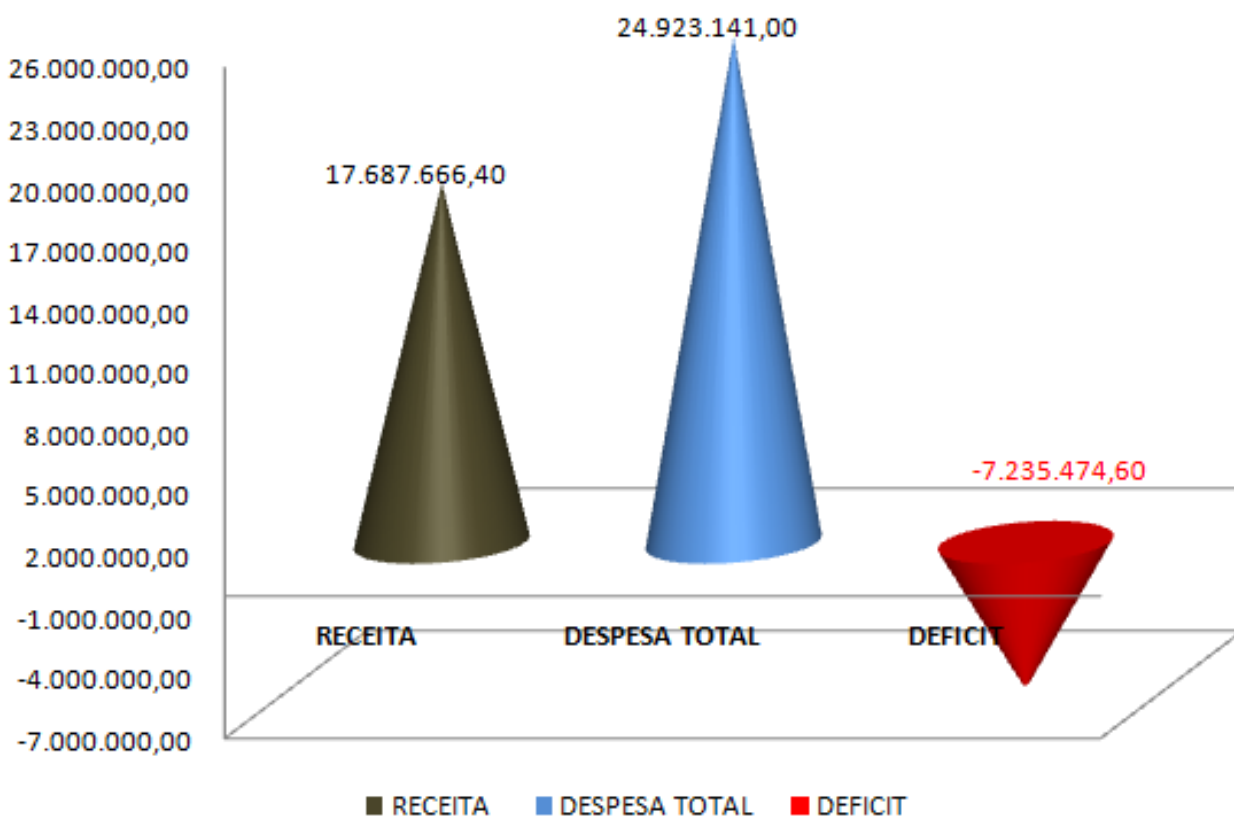
RECEITAS ARRECADADAS X DESPESAS REALIZADAS



**FONTE: FESF**  
**GRÁFICO Nº 6**

Com o objetivo de demonstrar a relação entre a receita efetiva operacional e a despesa global do exercício, relação essa que acusa um déficit operacional de R\$ 7,2 milhões, que deixa claro a necessidade de incremento na receita operacional e ou o aporte de recursos outros na FESF, conforme ilustrado no gráfico abaixo

#### RECEITA OPERACIONAL X DESPESA GLOBAL



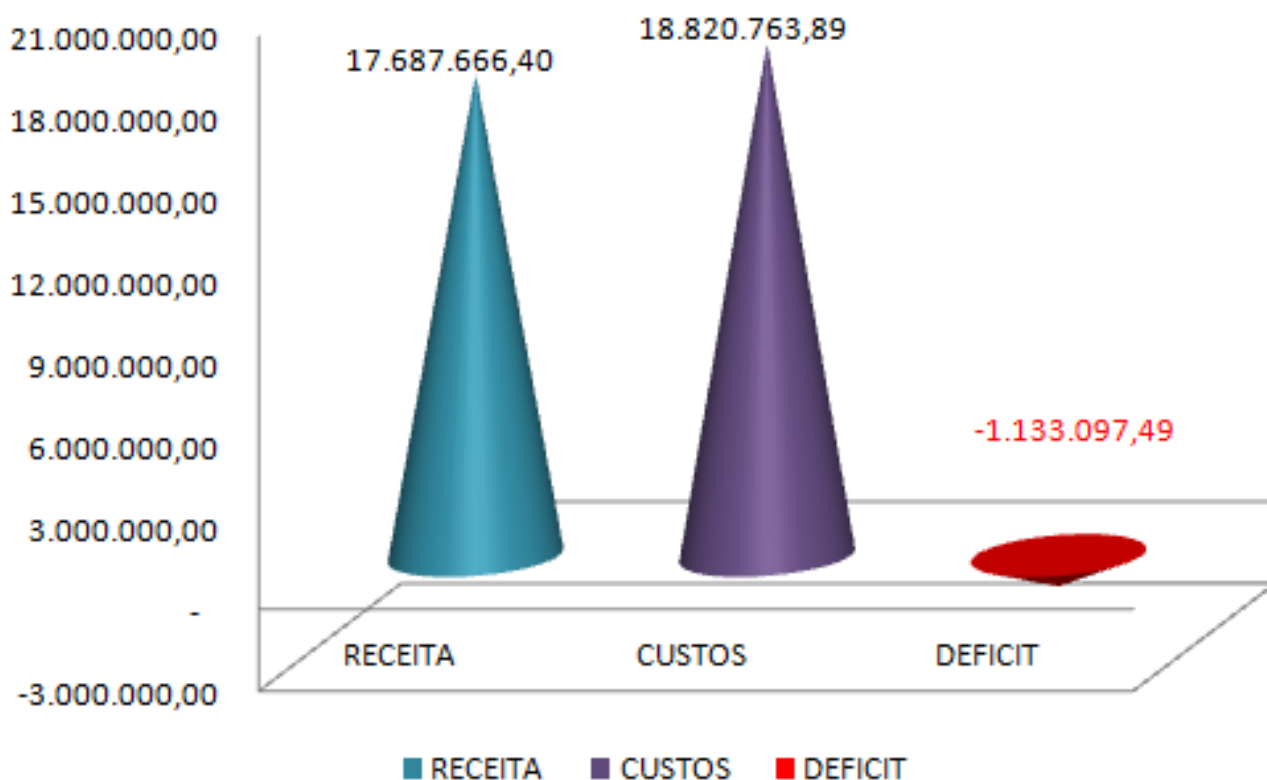
**FONTE: FESF - SUS**  
**GRÁFICO Nº 07**



O Gráfico abaixo demonstra uma análise comparativa entre as receitas provenientes dos contratos de gestão e o custo efetivo gerado na prestação dos serviços efetivados.

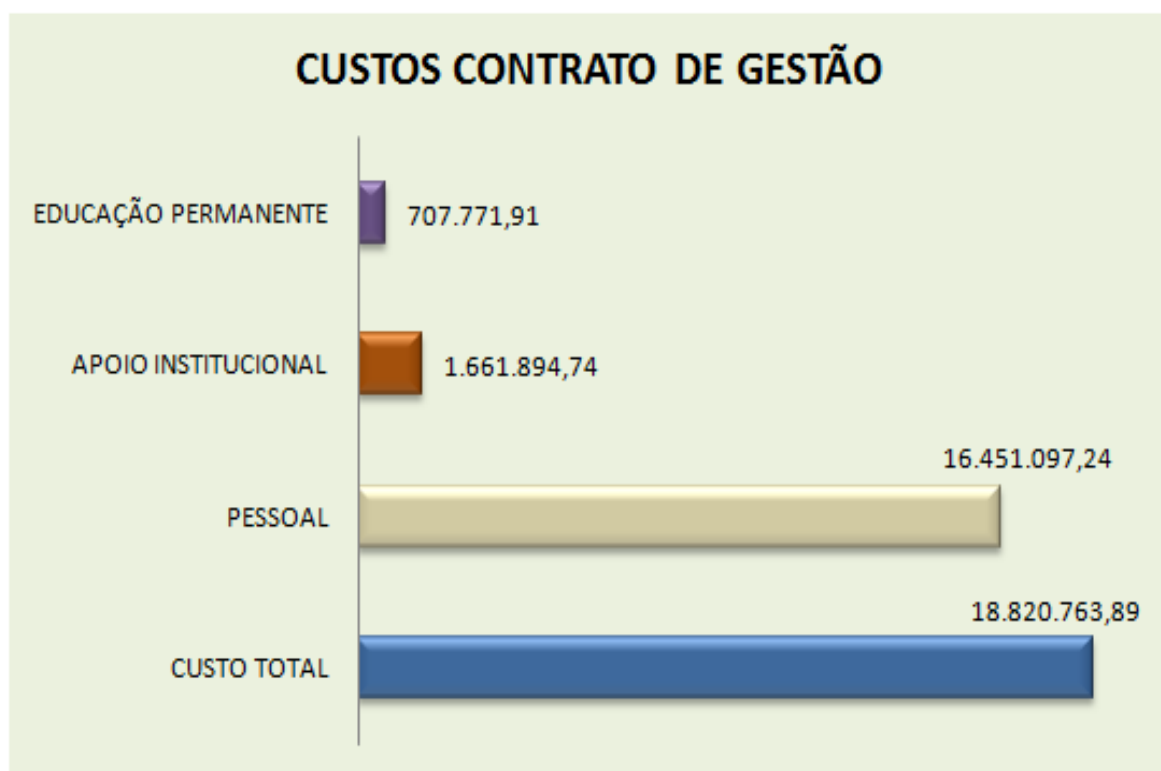
Da análise observa-se um saldo deficitário de R\$1,13 milhão.

#### CONTRATO DE GESTÃO



**FONTE: FESF – SUS**  
**GRÁFICO Nº 08**

Para a execução dos serviços que norteiam o contrato de gestão, observa-se conforme ilustrado no gráfico abaixo os valores aplicados por centro de custo sendo: R\$ 16,4 milhões, gastos com pessoal, R\$1,6 milhão com apoio institucional e R\$ 0,707 mil com educação permanente acarretando um custo total de R\$ 18,8 milhões de despesas contra uma receita gerada de R\$ 17,6 milhões.



Fonte: FESF – SUS

## 5 Relação de Anexos

- **Anexo 01** – Modelo do contrato de programa e o plano operativo;
- **Anexo 02** – Modelo de Contrato de Gestão e seus anexos;
- **Anexo 03** – Manual de Celebração do Contrato de Gestão;
- **Anexo 04** – Cartilha/publicação “FESF-SUS: A Bahia Unida num Novo Caminho para a Saúde da Família”;
- **Anexo 05** – Documentos do MAPS;
- **Anexo 06** – Guia para Implantação de Conselhos Locais de Saúde;
- **Anexo 07** – Guia para Implantação de Colegiados Gestores;
- **Anexo 08** – PECS;
- **Anexo 09** – Regulamento da GPQ;
- **Anexo 10** – Guia de Orientação dos Produtos da GPQ (Termos de Referência);
- **Anexo 11** – Modelo de PTI;
- **Anexo 12** – Regulamento do Prêmio por Inovação e Qualidade;
- **Anexo 13** – Programa de Telessaúde;
- **Anexo 14** – Programa de Práticas Integrativas e Complementares;
- **Anexo 15** – Programa de Saúde da População Negra;
- **Anexo 16** – Regulamento da Avaliação de 60 dias;
- **Anexo 17** – Modelo da Ficha de Avaliação de Desempenho Funcional (tempo de experiência);
- **Anexo 18** – Formulário para Avaliação do Emprego de Confiança;
- **Anexo 19** – Programa do Curso de Formação Inicial do Trabalhador;
- **Anexo 20** – Programa/Projeto de especialização em saúde da família;
- **Anexo 21** – Programa/Projeto do mestrado profissionalizante;
- **Anexo 22** – Manual do Trabalhador;
- **Anexo 23** – Projeto para implantação da ouvidoria;
- **Anexo 24** – Convênios, contratos ou projetos de parceria

- **Anexo 25** – Modelo de PDG
- **Anexo 26** - Desenvolvimento da Carreira Intermunicipal de Saúde da Família e do Programa de Incentivo à Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica na Bahia