

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA

**Gestão e Planejamento regional: o papel do
Colegiado de Gestão Regional (CGR) no processo
de regionalização da saúde em Mato Grosso**

Priscila Ono Pedrotti

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-
Graduação em Saúde Coletiva para obtenção
do título de mestre em Saúde Coletiva

Orientador: Dr. João Henrique Gurtler Scatena

Cuiabá

Maio 2013

**Gestão e planejamento regional: o papel do
Colegiado de Gestão Regional (CGR) no processo de
regionalização da saúde em Mato Grosso**

Priscila Ono Pedrotti

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Mato Grosso para obtenção do título de mestre em Saúde Coletiva

Orientador: Dr. João Henrique Gurtler Scatena

Cuiabá

Maio 2013

LISTA DE SIGLAS

CES – Conselho Estadual de Saúde

CF – Constituição Federal

CGR – Colegiado de Gestão Regional

CIB Estadual – Comissão Intergestores Bipartite Estadual

CIB Regional – Comissão Intergestores Bipartite Regional

CIES – Comissão de Integração Ensino-Serviço

CIR – Comissão Intergestores Regional

CIT - Comissão Intergestores Tripartite

CMS - Conselho Municipal de Saúde

COAP – Contrato Operativo de Ação Pública de Saúde

CONASEMS – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde

CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde

COSEMS – Conselho de Secretários Municipais de Saúde

EC – Emenda Constitucional

ERS – Escritório Regional de Saúde

LOS – Lei Orgânica da Saúde

MS – Ministério da Saúde

NOAS – Norma Operacional de Assistência à Saúde

NOB – Norma Operacional Básica

PAS – Programação Anual de Saúde

PDI – Plano Diretor de Investimentos

PDR- Plano Diretor Regional

PL - Projeto de Lei

PPI – Programação Pactuada e Integrada

PS – Plano de Saúde

RAG – Relatório de Gestão Anual

SAS/MS – Secretaria de Atenção à Saúde/Ministério da Saúde

SES – Secretaria de Estado de Saúde

SES/MT – Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso
SISPACTO – Sistema de Informações do Pacto pela Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
TCG – Termo de Compromisso de Gestão
TCGE – Termo de Compromisso de Gestão Estadual
TCGM – Termo de Compromisso de Gestão Municipal

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Mapa do Estado de Mato Grosso, dividido por Escritórios Regionais de Saúde e municípios que o compõem, 2010.....	47
Figura 2 – Modelo lógico da gestão e funcionamento do CGR.....	50
Figura 3 - Distribuição das questões escolhidas por experts segundo pesos, Mato Grosso, 2013	54
Figura 4 - Distribuição da escolaridade dos informantes-chave, por segmento de gestão, Mato Grosso, 2013	62
Figura 5 - Distribuição da pontuação da dimensão Institucionalidade do Colegiado de Gestão Regional, segundo região de saúde, Mato Grosso, 2013	63
Figura 6 - Distribuição da pontuação da dimensão Governança da Regionalização, por CGR, Mato Grosso, 2013	65
Figura 7 - Distribuição da pontuação da dimensão Planejamento Regional de Saúde, por CGR, Mato Grosso, 2013	66
Figura 8 - Distribuição da pontuação da dimensão Gestão do CGR, por CGR, Mato Grosso, 2013	67
Figura 9 - Distribuição da pontuação da dimensão Resultados e Impactos da Regionalização, por CGR, Mato Grosso, 2013	70
Figura 10 – Dimensão Socioeconômica	74
Figura 11 Dimensão relação público-privada no SUS.....	75
Figura 12 - Índice Agregado	75
Figura 13 - Pirâmide Etária Região Barra do Garças e Juína	76
Figura 14 – Conformação da Região de Saúde de Barra do Garças (Barra do Garças) e sua localização no estado. Mato Grosso, 2013.	77
Figura 15 - Conformação da Região de Saúde de Juína e sua localização no estado. Mato Grosso, 2013.....	94

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Competências correntes da Federação Brasileira	13
---	----

Quadro 2 - Os ciclos da descentralização e regionalização na política de saúde do Brasil no período de 1983 a 2010.	20
Quadro 3 - Arcabouço institucional e decisório do SUS	31
Quadro 4 - Constituição, organização e funcionamento do Colegiado de Gestão Regional	33
Quadro 5 - Componentes para o acompanhamento do funcionamento do CGR	34
Quadro 6 - Distinções entre CIB Regional e Colegiado de Gestão Regional.....	34
Quadro 7 - Distribuição das CIB Regionais em Mato Grosso, segundo microrregião e data de criação	41
Quadro 8 - Dimensões e variáveis de caracterização da dinâmica da CIB no estado de Mato Grosso.....	43
Quadro 9 - Questionários enviados e respondidos, por categoria de Informante-Chave, Mato Grosso, 2012	51
Quadro 10 - Situação de recebimento de questionários, por Região de Saúde e categoria de Informante-Chave, Mato Grosso, 2012	52
Quadro 11 - Processo de pontuação das respostas à Questão 12 do questionário autoaplicado, Região X de MT, 2013	55
Quadro 12- Dimensões e indicadores utilizados para caracterização das regiões de Barra do Garças e Juína	56
Quadro 13 - Matriz para coleta, processamento e análise dos dados	59
Quadro 14 - Principais divergências encontradas* nos Regimentos Internos dos CGR, tendo como parâmetro o "modelo CIB", Mato Grosso, 2013.....	64
Quadro 15 - Exemplo de inconsistência encontrada no preenchimento da ferramenta TCGM/SISPACTO, ano 2010	73
Quadro 16 Indicadores compostos por <i>score</i> e posicionamento entre as 16 regiões do estado:	76
Quadro 17 – Características da Região de Saúde de Barra do Garças	77
Quadro 18 - Adesão ao Pacto pela Saúde, por município, região de Barra do Garças	78
Quadro 19 - Frequência e conteúdo das proposições produzidas pelo CGR de Barra do Garças no período 2006/2011	90

Quadro 20 - Conteúdo e número de ocorrências das resoluções produzidas pelo CGR de Barra do Garças no período 2006/2011	91
Quadro 21 - Consolidado de frequência dos assuntos em reunião de CGR, ano 2010 e 2011, distribuído por categoria	93
Quadro 22 - Características da Região de Saúde Juína, MT	95
Quadro 23 - Adesão ao Pacto pela Saúde, por município. Região de Juína, 2013....	96
Quadro 24 - Composição da receita do CISVJ	106
Quadro 25 - Frequência e conteúdo das proposições produzidas pelo CGR de Juína, 2006 a 2011.....	110
Quadro 26 - Conteúdo e número de ocorrência das resoluções produzidas pelo CGR de Juína no período 2006/2011	111
Quadro 27 - Consolidado da frequência dos assuntos em reunião do CGR, ano 2010 e 2011, distribuído por categoria, região de Juína.....	113

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição das regiões de saúde em quintis, segundo pontuação obtida das informações sobre gestão e planejamento, provindas por representantes da gestão municipal e regional. Mato Grosso, 2012.....	55
Tabela 2 - Caracterização dos informantes-chave segundo região de saúde, Mato Grosso, 2012.	61
Tabela 3 - Distribuição das questões relativas a gestão e planejamento (no, percentual e pontuação média), segundo dimensões investigadas, CGRs de Mato Grosso, 2012.	62
Tabela 4 - Percentual de respostas positivas (moderada ou expressiva) às mudanças institucionais fomentadas pela regionalização, Mato Grosso, 2012.....	71
Tabela 5 - Adesão ao Pacto pela Saúde, comparativo anos 2010 e 2012.....	71
Tabela 6 - Panorama dos compromissos municipais assumidos junto ao TCGM no ano de 2010, Eixo II, distribuídos por região, Mato Grosso 2012.....	72
Tabela 7 - Panorama dos compromissos municipais assumidos junto ao TCGM no ano de 2010, Eixo III, distribuídos por regional, Mato Grosso, 2012.	73

Tabela 8 - Frequência dos gestores em reuniões CGR de Barra do Garças (%) - Período 2006/2011	80
Tabela 9 - Produção CGR de Barra do Garças - Período 2006/2011.	88
Tabela 10 - Número de proposições apresentadas em CGR, segundo municípios envolvidos, período 2006/2011.....	89
Tabela 11 - Frequência dos gestores (%) em reuniões CGR região de Juína, 2006 a 2011.	98
Tabela 12 - Produção CGR de Juína - Período 2006/2011	109
Tabela 13 - Número de proposições apresentadas em CGR, segundo municípios envolvidos, período 2006/2011.....	109

RESUMO

A Constituição Brasileira de 1988 criou o Sistema Único de Saúde (SUS), adotando a descentralização e a regionalização como estratégias para a consolidação deste Sistema. Desde então, muitas foram as iniciativas implementadas, com destaque para o Pacto pela Saúde, que institucionalizou os Colegiados de Gestão Regional (CGR), espaço de negociação e pactuação visando a gestão regional. O presente trabalho busca analisar este papel dos CGR, frente ao processo de regionalização em Mato Grosso. Método: Pesquisa qualitativa que constou de uma exploração dos 16 CGR constituídos no estado, mediante a utilização de questionário autoaplicado e de estudo de caso de dois CGR, escolhidos por critério de polaridade após análise de dados oriundos daquele questionário. O período de análise referiu-se aos anos de 2006 a 2012. O foco da investigação deu-se na conformação do CGR, no seu funcionamento, sua organização e relações, principalmente à luz da gestão e planejamento, buscando apreender como se dá essa prática no nível regional. Resultados: O incentivo precoce dado à regionalização da saúde em Mato Grosso fortaleceu as instâncias regionais (CIB Regionais e CGR) e a institucionalidade materializou-se, principalmente no que tange aos seus componentes *regulatório* e *normativo*. Deram-se avanços também na governança, já que no âmbito do CGR, interesses de sujeitos, governos e organizações são contemplados e pactuados. No entanto, a partir dos questionário autoaplicados, da base documental analisada e do estudo de caso, são evidenciadas as limitações da gestão estadual na coordenação e na indução do processo de regionalização da saúde, comprometendo sobremaneira a gestão do SUS neste estado.

Palavras-chave: Regionalização, Pacto pela Saúde, CGR, Mato Grosso, Gestão, Planejamento.

Índice

1. INTRODUÇÃO	9
2. REVISÃO TEÓRICA	11
2.1 O FEDERALISMO BRASILEIRO E AS RELAÇÕES INTERGOVERNAMENTAIS	11
2.2 SOBRE A DESCENTRALIZAÇÃO NO SUS	14
2.3 O PROCESSO DE REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE	17
2.4 O PACTO PELA SAÚDE	22
2.5 DECRETO Nº 7.508, DE 28 DE JUNHO DE 2011	26
2.6 COMISSÃO INTERGESTORES NA SAÚDE	29
2.6.1 O Colegiado de Gestão Regional	31
2.7 GESTÃO E PLANEJAMENTO EM SAÚDE	35
2.8 O PROCESSO DE REGIONALIZAÇÃO EM MATO GROSSO	39
2.8.1 Os Colegiados de Gestão Regional (CGR) em Mato Grosso	44
3. OBJETIVOS	45
3.1 OBJETIVO GERAL	45
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	45
4. MATERIAL E MÉTODO	46
4.1 TIPO DE ESTUDO	46
4.2 UNIVERSO DE ESTUDO	46
4.3 PERÍODO DE ANÁLISE	47
4.4 FOCO DA INVESTIGAÇÃO	48
4.5 EXPLORAÇÃO DAS 16 INSTÂNCIAS COLEGIADAS REGIONAIS: FONTE DE DADOS, INSTRUMENTOS E ATORES CHAVE	51
4.6 – ESTUDO DE CASO: PROCESSO DE SELEÇÃO, FONTE DE DADOS, INSTRUMENTOS E ATORES CHAVE	53
4.7 PROCESSO DE ANÁLISE	58
4.8 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	60
4.9 FINANCIAMENTO	60

5 . RESULTADOS	61
5.1 – GESTÃO E PLANEJAMENTO NO CONJUNTO DE CGR DE MATO GROSSO, SEGUNDO SEUS ATORES	61
5.2 ESTUDO DE CASOS	74
5.2.1 Caracterização das regiões de estudo.	74
5.2.3 Caso Barra do Garças	76
5.2.4 Caso Juína	94
6. DISCUSSÃO	115
7. CONCLUSÃO	131
8. RECOMENDAÇÕES	134
9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICA	135
Apêndice I – Questionário auto-aplicado: seleção das questões com maior peso e definição dos informantes-chave.	142
Apêndice II - Roteiro para observação da reunião do CGR	147
Apêndice III - Roteiro para análise documental.	148
Apêndice IV - Roteiro para entrevista	149
Apêndice IV - Roteiro para entrevista	150
Apêndice V - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	151
ANEXO I – Matriz de referência para coleta, processamento e análise de informações.	153
ANEXO II – Pesquisa: análise do processo de regionalização da saúde no estado de Mato Grosso.	156

1. INTRODUÇÃO

O Colegiado de Gestão Regional é uma instância intergestores bipartite, de caráter decisório, regional, normatizada pelo Pacto pela Saúde (2006). Estudar seu funcionamento é uma forma de analisar como está a conformação da regionalização, que orienta a descentralização das ações e dos serviços de saúde e os processos de negociação e pactuação entre os gestores. Esta pesquisa pretende fazer um recorte do Colegiado de Gestão Regional, analisando como se dá o planejamento e a gestão nesta instância.

O Brasil, país federativo de dimensões continentais, oficializou mediante a Constituição de 1988 (BRASIL, 1988) sua decisão pela estratégia de descentralização e regionalização da saúde (Artigo 198), para consolidar a gestão do Sistema Único de Saúde (SUS).

Entende-se por descentralização o processo de transferência de responsabilidades de gestão para os municípios, atendendo às determinações constitucionais e legais que embasam o SUS e que definem atribuições comuns e competências específicas para União, Estados, Distrito Federal e Municípios (MS, 2009). Quanto à regionalização, embora relegada a um segundo plano na primeira década de existência do SUS, ela ganha alento a partir dos anos 2000 e vem qualificando a descentralização das ações e dos serviços de saúde, ao propor sua organização no espaço regional.

Em 2006, o Ministério da Saúde realizou inovações no processo de gestão instituindo o Pacto pela Saúde – Consolidação do SUS, dividido em três dimensões: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão. Como o próprio nome diz, o Pacto pela Saúde é uma pactuação realizada entre a União, representada pelo Ministério da Saúde, e os demais entes federativos (Estados, Municípios e Distrito Federal). Esta estratégia prevê também a formação dos Colegiados de Gestão Regional, instância decisória regional e espaço de negociação e pactuação que tem a responsabilidade de instituir o planejamento regional e validar os instrumentos de regionalização: Plano Diretor de Regionalização (PDR), Plano Diretor de Investimento (PDI) e Programação Pactuada e Integrada da Atenção à Saúde (PPI).

Em Mato Grosso o processo de regionalização da saúde teve início em 1993, com a criação da Comissão Intergestores Bipartite do Estado de Mato Grosso - CIB/MT, seguida da criação das Comissões Intergestores Bipartite Regionais a partir do ano de 1995. Para adequação às proposições do Pacto pela Saúde, em 2006 as unidades regionais passaram a ser denominadas CGR – Colegiado de Gestão Regional.

Frente à consolidação do SUS, mediante o Pacto pela Saúde e a nova conformação dada à instância decisória regional, pergunta-se: qual tem sido o papel do Colegiado de Gestão Regional no processo de planejamento e gestão da saúde, com vistas à implementação da regionalização em Mato Grosso? É o que este projeto pretende investigar.

Acredita-se que a investigação seja relevante devido à escassez de literatura sobre o assunto e que seu produto possa contribuir para melhor compreensão da dinâmica de funcionamento e atuação dos Colegiados de Gestão Regionais deste estado.

Justifica-se também o interesse nesta pesquisa devido ao fato da autora ser servidora da SES/MT, lotada em uma das 16 unidades regionais, e em sua região ter participado do processo de regionalização e de implementação do CGR, desde 2006.

O Ministério da Saúde, através de suas normativas, configurou o arcabouço legal para a implantação dos CGR, entretanto sua implementação depende de arranjos construídos em cada estado e cada região de saúde, cuja apreensão e investigação científica são relevantes, para a academia e para o SUS.

Neste cenário, o estado de Mato Grosso configura um espaço privilegiado de investigação, com um histórico de regionalização iniciado no ano de 1995, mediante o fortalecimento de instâncias regionais. Apesar desse histórico, o tema Colegiado de Gestão Regional é novo e ainda pouco estudado no estado.

2.REVISÃO TEÓRICA

2.1 O FEDERALISMO BRASILEIRO E AS RELAÇÕES INTERGOVERNAMENTAIS

A maneira pela qual o Estado organiza o seu território e estrutura o seu poder político depende da natureza e da história de cada país. No caso do Brasil, há mais de um século adotou-se a forma federativa de divisão territorial de governo.

A República Federativa do Brasil foi criada a partir das 20 províncias herdadas do sistema unitário, contando hoje com 26 estados, o Distrito Federal e 5.565 municípios, distribuídos em cinco regiões (SOUZA, 2006 e IBGE, 2010).

O federalismo costuma ser caracterizado pelo equilíbrio entre o governo nacional e subnacionais e entre a cooperação e a competição interfederativa. A justificativa da solução federalista deve-se a duas características essenciais, a heterogeneidade e a unidade na diversidade. A heterogeneidade pode materializar-se nas dimensões territoriais, étnicas, lingüísticas, econômicas, sociais, culturais e políticas. A unidade na diversidade garante as autonomias regionais ou locais, mas resguarda a integridade, especialmente a territorial, frente às heterogeneidades (CONASS, 2006, p.95-96)

A história federativa brasileira foi marcada por três grandes períodos: um primeiro de alto centralismo, característico da fase do regime autoritário; seguido de outro nos anos 80, orientado para a descentralização e formação de um novo modelo federalista; e um terceiro nos anos 90, indefinido quanto ao modelo de federação, mas com traços de recentralização e ausência marcante de mecanismos cooperativos, denominado de “federalismo predatório” (VIANA *et al.*, 2002).

No período inicial, na República Velha, houve preponderância de um modelo centrífugo: governo federal sem destaque, estados tendo ampla autonomia e pouca cooperação entre si. Nos anos Vargas, o Estado nacional fortaleceu-se, mas os governos estaduais (particularmente no Estado Novo) perderam autonomia. Entre 1946-1964 acontece o primeiro momento de maior equilíbrio da federação brasileira, referente a relação entre as esferas de poder e também da prática democrática, mas o golpe militar rompe esse padrão e manteve por 20 anos um modelo unionista autoritário com grande centralização política, administrativa e financeira (ABRUCIO, 2005).

O segundo grande período, é marcado pela redemocratização do Brasil. As elites regionais, particularmente os governadores foram peças fundamentais para o desfecho da transição democrática desde as eleições estaduais de 1982 até chegar à Nova República e à Constituinte (ABRUCIO, 2005).

O terceiro período é marcado pela promulgação da Constituição de 1988. Nascia um novo federalismo no Brasil com projeto básico de fortalecimento dos governos subnacionais. Nesse período destacam-se dois fenômenos: o estabelecimento de um amplo processo de descentralização, tanto em termos financeiros como políticos e a criação de um modelo predatório e não-cooperativo de relações intergovernamentais, com predomínio do componente estadualista (ABRUCIO, 2005).

A Constituição de 1988 incorporou os municípios, juntos com os estados, como partes integrantes da Federação, constituindo um triplo federalismo. Do ponto de vista constitucional, todas as unidades constitutivas passaram a ter poderes e competência iguais, sendo assim, o Brasil adotou um modelo de federalismo simétrico em uma Federação assimétrica (SOUZA, 2006).

Para ABRUCIO (2005), um sistema federativo requer determinadas formas de competição entre os níveis de governo, até como forma de controle mútuo. A concorrência e a independência dos níveis de governo tendem a evitar os excessos contidos na “armadilha da decisão conjunta” bem como o paternalismo e o parasitismo causado por certa dependência em relação às esferas superior de poder. O desafio está no encontro de caminhos que permitam a melhor adequação entre a competição e cooperação, procurando ressaltar seus pontos positivos em detrimento dos negativos.

SOUZA (2006) cita que os constituintes de 1988 fizeram uma clara opção pelo princípio de que a responsabilidade pela provisão da maioria dos serviços públicos, em especial os sociais, seria comum aos três níveis de governo (competências comuns ou competências concorrentes). Tal fato indicaria que o federalismo brasileiro teria um caráter mais cooperativo do que dual ou competitivo. O Quadro 1 apresenta as competências concorrentes da federação brasileira:

Quadro 1 - Competências correntes da Federação Brasileira

ESFERA DE GOVERNO	SERVIÇO/ATIVIDADE
Federal, estadual e local (competências compartilhadas)	<ul style="list-style-type: none"> - Saúde e assistência pública - Assistência aos portadores de deficiência - Preservação do patrimônio histórico, artístico, cultural, paisagens naturais notáveis e sítios arqueológicos - Proteção ao meio ambiente e dos recursos naturais - Cultura, educação e ciência - Preservação das florestas, da fauna e da flora - Agropecuária e abastecimento alimentar - Habitação e saneamento - Combate à pobreza e aos fatores de marginalização social - Exploração das atividades hídricas e minerais - Segurança no trânsito - Políticas para pequenas empresas - Turismo e lazer

Fonte: SOUZA, 2006.

Para ABRUCIO (2005), a garantia de coordenação entre os níveis de governo está relacionada ao equilíbrio das formas de cooperação e competição existentes, levando em conta que o federalismo é intrinsecamente conflitivo. Para tal, o *modus operandi* cooperativo é fundamental para o equilíbrio da federação. Porém, torna-se perigoso quando a cooperação confunde-se com a verticalização, resultando mais em subordinação do que em parceria.

MENDES (2006) cita que os federalismos cooperativos, em países de forte tradição centralizadora como os latino-americanos, e específico no caso brasileiro, costumam resultar em linhas hierárquicas descendentes que enfraquecem a autonomia dos governos subnacionais e constroem o excedente cooperativo da ação solidária. Falta ao federalismo brasileiro simetria entre os entes federados e instrumento legal que propicie uma vinculação forte em relação às políticas pactuadas.

Já para SOUZA (2006), a realidade do federalismo brasileiro denota uma distância entre os dispositivos constitucionais e as circunstâncias políticas e econômicas – com as últimas prevalecendo sobre os mandamentos constitucionais. Para o autor, os principais constrangimentos enfrentados pelo federalismo brasileiro são decorrentes das dificuldades dos governos em redirecionar o rumo de certas políticas públicas, lidar com questões macroeconômicas não antecipadas pelos constituintes de 1988 e de regulamentar as relações intergovernamentais do que problemas resultantes do desenho constitucional.

O objetivo do federalismo cooperativo está longe de ser alcançado por duas razões principais. A primeira tem a ver com as diferentes capacidades dos governos subnacionais de implementarem políticas públicas, dadas as enormes desigualdades financeiras, técnicas e de gestão existentes. A segunda é a ausência de mecanismos constitucionais ou institucionais que regulem as relações intergovernamentais e que estimulem a cooperação, tornando o sistema altamente competitivo (SOUZA, 2006, p197).

SOUZA (2006) aponta como principal problema do federalismo brasileiro as desigualdades econômicas entre as regiões, seguido de questões importantes como um sistema de relações intergovernamentais incompleto ou restrito a poucas políticas públicas.

O novo federalismo instituído pela Constituição de 1988 trouxe às políticas de saúde um novo contexto: a indução à descentralização e autonomia local. Ao longo da década de 90, o governo federal foi muito bem sucedido em transferir para os municípios brasileiros a responsabilidade pela gestão dos serviços em saúde.

2.2 SOBRE A DESCENTRALIZAÇÃO NO SUS

ABRUCIO (2006) define descentralização como um processo nitidamente político, que resulta da transferência efetiva de poder decisório do Estado nacional a governos subnacionais que adquirem autonomia para escolher seus governantes e legisladores, comandam diretamente sua administração, elaboram uma legislação referente às competências que lhe cabem e também cuidam da sua estrutura tributária e financeira.

A concepção da descentralização é orientada pelo pressuposto de que a maior proximidade dos governos em relação aos cidadãos possibilita o aumento da *accountability* do sistema político, aumentando a probabilidade da disseminação das informações, criação de canais de debates e instituição de mecanismos mais efetivos de fiscalização governamental (ABRUCIO, 2006).

A Constituição Brasileira de 1988 normatizou o Sistema Único de Saúde SUS, regulamentado pelas Leis 8080/90 e 8142/90. Entre seus princípios e diretrizes, a descentralização figura como marco referencial para o processo de regionalização, regulamentado pelo Artigo 198 da Constituição Federal:

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III - participação da comunidade. (BRASIL, 1988).

Sendo assim, a descentralização na saúde configura-se como um processo de transferência de responsabilidades de gestão para os municípios, atendendo às determinações constitucionais e legais que embasam o SUS e que definem atribuições comuns e competências específicas à União, Estados, Distrito Federal e Municípios. (MS, 2009)

Esta concepção de sistema de saúde, descentralizado e administrado democraticamente, com a participação da sociedade organizada, alterou as relações de poder político e a distribuição de responsabilidades entre o Estado e a sociedade, e entre as distintas esferas de governo – nacional, estadual e municipal –, cabendo aos gestores setoriais papel fundamental na concretização dos princípios e das diretrizes da reforma sanitária brasileira (CONASS, 2007).

Para VIANA (2011a), a descentralização assume uma posição-chave, pois abarca diferentes objetivos: estimula a participação das esferas subnacionais no financiamento e provisão de serviços sociais; permite um maior controle social sobre as políticas sociais; favorece a participação de diferentes instituições na criação e gestão das políticas; e estimula a criatividade local na formulação e no manejo de políticas públicas.

MENDES (2001) alega que a descentralização dos serviços de saúde apresenta sempre, e concomitantemente, fortalezas e debilidades: exemplifica suas fortalezas nas fortes evidências dos resultados positivos da municipalização nos municípios onde foram instaladas a gestão plena, com a criação e desenvolvimento dos Conselhos Estaduais, Municipais e Locais de saúde que começaram a controlar os sistemas de saúde respectivos; como debilidades da descentralização o autor destaca as deficiências no alcance da equidade, da eficiência e da qualidade dos serviços.

Observando os aspectos negativos da descentralização, ABRUCIO (2006, p87) cita a necessidade de evitar o crescimento das desigualdades entre as regiões:

Nesses casos, a descentralização torna-se, na precisa definição de Remy Prud'Homme (1995), “a mãe da segregação”, uma vez que as disparidades entre as partes prejudicam o desenvolvimento de muitas delas e, ao fim e ao cabo, do próprio conjunto, pois o conflito distributivo aumenta e, no extremo, a luta política assume proporções preocupantes, tendo em vista a ordem nacional.

O autor também advoga a necessidade de uma construção político institucional (tanto do poder central quanto dos governos subnacionais) favorável para a descentralização, já que para seu sucesso, também é necessário desenvolver as capacidades administrativas e financeiras dos entes subnacionais no desempenho da gestão pública (ABRUCIO, 2006).

Em 1993, através da Portaria nº 545 (MS, 1993), foi institucionalizada a terceira Norma Operacional Básica do SUS (NOB 93), regulamentando as instâncias decisórias desse sistema e institucionalizando as Comissões Intergestores Tripartite e Bipartite criando, desta forma, um fórum de negociação permanente entre as instâncias federativas.

Assim, a base legal para a efetivação de descentralização através da regionalização estava regulamentada ficando a cargo dos estados e municípios a sua implementação.

Em virtude desta lógica, passou-se a vivenciar uma experiência inédita de gestão compartilhada entre entes federados. Não havia tradição no país de negociação sistemática entre União, estados e municípios, tampouco tradição de funcionamento de órgãos colegiados permanentes e com poder deliberativo. Esse estilo de funcionamento vem modificando culturalmente uma importante parcela do Estado brasileiro e vem obrigando secretários estaduais e municipais a se organizarem em associações, que necessitam de um funcionamento dinâmico e complexo para construir consensos ou tomar decisões que serão, posteriormente, apresentados em comissões ou conselhos (CAMPOS, 2006).

Percebe-se que a conformação desses arranjos em cada ente federado, e seu respectivo grau de organização, refletem a capacidade gestora e a qualificação gerencial das Secretarias Estaduais de Saúde (SES) e Secretarias Municipais de Saúde (SMS), além da sua capacidade na condução das discussões e particularidades

locais e regionais do relacionamento entre as instâncias de governo (VIANA *et al.*, 2002).

VIANA (2011b) refere que na experiência internacional um grande número de países, como Inglaterra, Itália, Alemanha e Canadá, utilizou a descentralização da política de saúde articulada à regionalização para alcançar maior eficiência e efetividade dos sistemas de saúde com maior democratização e transparência nos processos decisórios.

No Brasil, tais processos não caminharam juntos e a regionalização, enquanto princípio estruturante da atuação do Estado, ganha destaque apenas no início dos anos 2000 (VIANA, 2011b).

2.3 O PROCESSO DE REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE

Como parte constitutiva de um cenário de descentralização e democratização, a regionalização passa necessariamente pela construção de um novo modo de pensar e articular as estratégias políticas para o setor saúde. Ou seja, passa pela construção de um *modo de pensar e um modo de agir* regionalmente (NASCIMENTO, 2007).

O conceito de regionalização é antigo e sua origem tem sido atribuída à proposta de reorganização dos serviços médicos da Inglaterra, sistematizado no documento conhecido como Informe Dawson, de 1920. Este documento introduzia conceitos de rede regionalizada como forma de organização de serviços numa região, para uma dada população, com o objetivo de articulação entre a medicina preventiva e curativa, garantindo atenção integral à saúde de forma equânime (ALBUQUERQUE *et al.*, 2011).

No Brasil, na década de 40, a organização regional dos serviços assistenciais teve no médico sanitário e professor Dr. João de Barros Barreto seu mais importante difusor, disseminando o modelo norte-americano dos centros de saúde distritais (ALBUQUERQUE *et al.*, 2011).

PAIM (2009) define a regionalização como a articulação entre os gestores estaduais e municipais na implementação de políticas, ações e serviços de saúde, garantindo acesso, integralidade e resolutividade na atenção à saúde da população, organizando os serviços em cada região para que a população tenha acesso a todos os tipos de atendimento.

Já para VIANA (2011b), a regionalização compreende um processo político que envolve mudanças na distribuição de poder e o estabelecimento de sistema de inter-relações entre diferentes atores sociais no espaço geográfico; incluindo ainda a formulação e implementação de estratégias e instrumentos de planejamento, integração, gestão, regulação e financiamento de uma rede de ações e serviços no território.

Em diversos momentos de reforma do sistema de saúde brasileiro, antes da criação do SUS, observou-se que, de certa forma, a regionalização esteve contemplada nos arranjos técnico-administrativos com o objetivo de garantir maior organicidade e racionalidade do sistema: as diretrizes do Prev-Saúde, nas comissões interinstitucionais de âmbito regional (CRIS) do Programa de Ações Integradas de Saúde (AIS) e na organização dos municípios em distritos sanitários (SUDS) (NASCIMENTO, 2007).

Após a criação do SUS, a política descentralizadora na área da saúde contou com uma forte indução de estratégias de centro, através da formulação e implementação de instrumentos reguladores próprios – as Normas Operacionais Básicas (NOB) de 1991/93 e 96 e a Norma Operacional da Assistência (NOAS) de 2001. Essas regulamentações fomentaram espaços de negociação e pactuação de interesses na área da saúde, originando novos ordenamentos, além da emergência e do fortalecimento de novos atores, através da incorporação de inúmeros centros de poder na arena decisória da política (VIANA, 2002)

A Norma Operacional de Assistência a Saúde (NOAS-SUS 01/2001), regulamentada pela Portaria N° 95 (MS, 2001), ampliou as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica e definiu o processo de regionalização da assistência, enfatizando a lógica de planejamento integrado, compreendendo as noções de territorialidade na identificação de prioridades de intervenção e conformação de sistemas funcionais de saúde, não apenas restritos à abrangência municipal, mas respeitando seus limites como unidade indivisível, garantindo todas as ações e serviços necessários para a solução dos problemas de saúde, otimizando os recursos disponíveis (NASCIMENTO, 2007).

MENDES (2002) chama a atenção que a NOAS-SUS 01/2001 não se tratava de uma norma operacional do SUS, e sim de uma norma operacional da assistência à

saúde, desta forma reduzindo o objeto da normalização para fixá-lo exclusivamente nas ações de assistência à saúde.

Para NASCIMENTO (2007) a estratégia de implementação da NOAS demonstrou que a regionalização da saúde não é resolvida com base em parâmetros técnicos. Para além da norma, a regionalização exige um esforço político de articulação e pactuação das instâncias responsáveis pela gestão do SUS, sobretudo quando se está diante de um contexto de profunda descentralização, como o que vem ocorrendo no setor saúde.

Seria necessária a consolidação de uma nova postura pra a gestão do SUS, com a criação de ambiente propício que estimulasse a coesão e a cooperação. Um ambiente regional vivo, tendo por base um território onde ocorressem relações de poder e a interação de aspectos sociais, econômicos e culturais, dando-lhe coerência e identidade. (NASCIMENTO 2007).

Dando continuidade ao processo, em 2006 através da Portaria n. 399/GM de 22 de fevereiro de 2006, o Ministério da Saúde institucionaliza o Pacto pela Saúde – Consolidação do SUS. Este documento definiu, entre outras questões vitais para a organização do sistema público de saúde no Brasil, as estratégias para a regionalização da saúde.

LIMA e VIANA (2011) sugerem que o Pacto pela Saúde inicia um “novo ciclo de descentralização do SUS”, ao buscar maior coerência e aproximação entre os conteúdos do território e as lógicas de sistema e descentralização já que:

Se o SUS deve ser único no território nacional, assegurando os mesmos princípios e diretrizes a toda população, este não se realiza da mesma forma em todos os lugares, devido às diferentes heranças e heterogeneidades regionais. A regionalização precisa ser, sobretudo, um processo político, para lidar com a diversidade do próprio SUS em relação com o território brasileiro (LIMA e VIANA, 2011, p48).

Essas autoras, com base em várias particularidades, resumem os ciclos da descentralização e regionalização na política de saúde do Brasil, no período de 1983 a 2010, conforme o exposto no Quadro 2.

Quadro 2 - Os ciclos da descentralização e regionalização na política de saúde do Brasil no período de 1983 a 2010.

Período	Principais instrumentos de regulação	Conteúdo das políticas	Ambiente intergovernamental	Perfil do financiamento	Fomento às estruturas subnacionais
1983 a 1992	Ações integradas de Saúde (AIS) e Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS).	Difusão dos modelos de territorialidade dos sistemas de saúde (distritos de saúde); Instrumentos convenientes: ênfase na autonomia decisória e financeira dos estados e municípios. Descentralização da gestão e universalização gradativa dos serviços.	Fortemente marcado pela redemocratização. Articulações para elaboração da nova Constituição e organização do poder democrático. Negociações intergovernamentais por meio do funcionamento das Comissões Interinstitucionais, dos Conselhos de Representação dos Secretários de Saúde (Conass e Conasems) e da Comissão Intergestores Tripartite (a partir do início dos anos 90).	Programação e Orçamentária Integradas (POI) (década de 80). Ampliação do repasse de recursos federais segundo produção aprovada (prestadores públicos e privados). Crise do financiamento federal no início da década de 90, com expansão das despesas municipais	Escassos.
1993 a 1995	NOB 93	Tentativas de fortalecimento da gestão municipal com indefinições quanto ao papel das Secretarias de Estado de Saúde	Negociações intergovernamentais por meio dos Conselhos de Representação dos Secretários de Saúde (Conass, Conasems e Cosems) e Comissões Intergestores (CIT e CIB). Iniciativas isoladas de consórcios. Formalização de acordos intergovernamentais por meio do processo de habilitação às condições de gestão do SUS.	Transferências federais fiscais e setoriais não redistributivas: repasse direto ao prestador segundo produção aprovada. Início das transferências federais em bloco ("block grants") segundo montante definido no teto financeiro. Oscilação das despesas federais e expansão das despesas municipais.	Indução à montagem de estruturas subnacionais a partir do aprendizado institucional incentivado pelas modalidades de habilitação (condições diferenciadas de gestão em saúde).
1996 a 2000	NOB 96	Ampliação do processo de descentralização para os municípios e indução à organização de novos modelos de atenção. Agravamento das desigualdades intra e interregionais.	Negociações intergovernamentais em âmbito nacional e estadual por meio das instâncias colegiadas de representação e gestão e experiências de negociação regional isoladas (ex:CIB Regionais). Negociações intermunicipais, com participação e mediação da instância estadual (Programação Pactuada e Integrada – PPI). Iniciativas isoladas de consórcios e ampliação dos agentes privados no âmbito loco-regional. Formalização dos acordos intergovernamentais por meio do processo de habilitação às condições de gestão do SUS e da PPI.	Implantação de transferências federais setoriais redistributivas. Forma preponderante na saúde: transferências segmentadas em várias parcelas ("Project grants") por nível de atenção à saúde, tipo de serviço e programas. Oscilação das despesas federais e expansão das despesas municipais.	Indução à montagem de estruturas subnacionais a partir do aprendizado institucional incentivado pelas modalidades de habilitação (condições diferenciadas de gestão em saúde).
2001 a 2005	Noas 2001/2002	Revalorização da lógica regional no setor, com estabelecimento de um conjunto de normas e diretrizes para a configuração de "regiões de saúde". Ênfase no planejamento regional sob condução das instâncias estaduais.	Negociações em âmbito nacional e estadual por meio das instâncias colegiadas de representação e gestão e experiências de negociação regional isoladas (ex:CIB Regionais). Iniciativas isoladas de consórcios e ampliação dos agentes privados no âmbito loco-regional. Formalização dos acordos intergovernamentais por meio do processo de habilitação às condições de gestão do SUS, da PPI e de experiências de contrato de gestão isoladas. Implantação de mecanismos de avaliação de resultados (Agenda da Saúde, Pacto da Atenção Básica).	Forma preponderante na saúde: transferências segmentadas em várias parcelas ("Project grants") por nível de atenção à saúde, tipo de serviços e programas, incluindo a definição de referências intermunicipais. Somatório das despesas municipais e estaduais supera as despesas federais em saúde.	Indução à montagem de estruturas subnacionais a partir do aprendizado institucional incentivado pelas modalidades de habilitação (condições diferenciadas de gestão em saúde)
2006 a 2010	Pacto pela Saúde	Nova concepção de regionalização: ao mesmo tempo em que resgata seu conteúdo político admite que a organização espacial do sistema de saúde deve levar em conta a diversidade do território brasileiro e buscar a complementaridade nas regiões. Protagonismo das instâncias estaduais na condução da regionalização a partir da flexibilização dos critérios a serem utilizados no planejamento regional.	Negociações em âmbito nacional e estadual. Fomento à expansão das experiências de negociação regional e compartilhamento de gestão dos sistemas de saúde com a conformação dos Colegiados de Gestão Regional (CGR). Formalização dos acordos entre os gestores por meio da PPI e assinatura de termos de compromissos entre os gestores no âmbito do Pacto de Gestão e do Pacto pela Vida. Implantação de mecanismos de monitoramento e avaliação dos compromissos pactuados.	Transferências federais em grandes blocos segundo nível de atenção à saúde, tipo de serviço, programas e funções. Expansão das despesas estaduais e dos investimentos públicos federais e estaduais.	A adesão aos Termos substitui os antigos processos de habilitação previstos nas normas operacionais do SUS como requisito para transferência de responsabilidades e recursos. Ampliação dos mecanismos de qualificação para gestão.

Fonte: Lima e Viana, 2011.

VIANA (2011a) também elucida que, para a saúde, as regiões geográficas passam a ter duplo significado: constituem-se como base territorial para planejamento de uma rede de atenção integral à saúde e configuram-se como espaços geográficos vinculados à condução político-administrativa do sistema de ações e serviços de saúde neste mesmo território.

LIMA *et al.* (2012b) afirma que são várias as condicionantes que influenciam o processo de regionalização, entre elas sua dependência do contexto e das regras mais gerais que informam a política de regionalização e também características específicas da sua implementação no plano estadual, dividindo-as em duas categorias principais: a *institucionalidade* e a *governança*.

Sobre a institucionalidade, VIANA (2011b, p19) assim explicita a base que a sustenta:

A institucionalidade de uma política depende da presença dos três pilares que caracterizam sua instituição: o regulatório, que se traduz por recompensas e punições (legitimidade legalmente sancionada que limita e constringe comportamentos sociais); o normativo, que estrutura comportamentos (obrigação social, certificação, credenciamento e governança moral); e o cognitivo, que aglutina preferências e cria identidades sociais (correlação conceitual e reconhecimento cultural). A noção de institucionalidade também está relacionada à própria história ou trajetória da regionalização no estado.

Acompanhando o conceito, LIMA (2012b) alega que a institucionalidade da regionalização está ligada ao seu conteúdo, seu histórico e sua robustez. Consequentemente, esta depende também do papel das Secretarias de Estado de Saúde, suas estratégias de planejamento e regulação das ações e serviços em âmbito regional e seus mecanismos de financiamento.

Quanto à governança, esta trata das relações estabelecidas entre os atores envolvidos (sujeitos, governos e organizações) que influenciam a regionalização e também sua condução (estabelecimento de rumos) para a consecução de metas e objetivos acordados (LIMA, 2012b).

Para FONSECA *et al.* (2012, p4), a governança regional pode ser entendida:

...como aquela exercida por diversos atores em um contexto regionalizado, obedecendo as características citadas e observando as peculiaridades locais. O fórum regional dependerá das características do governo, do tema debatido e do tipo de ação. Nem sempre o ambiente em que ocorre a governança regional coincidirá com a área de abrangência de um determinado governo. Ele poderá ser superior a essa área, demandando articulação entre os demais entes governamentais; ou

inferior, determinando a sua participação e possibilitando a participação mais efetiva da sociedade. Quanto menor a abrangência do fórum, tanto maior tende a ser a possibilidade da participação popular.

2.4 O PACTO PELA SAÚDE

Institucionalizado pela Portaria/GM nº 399 (MS, 2006a), o Pacto pela Saúde representa a pactuação firmada entre os gestores do SUS, em suas três dimensões: pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão.

As determinações desta nova portaria ampliaram a visão da regionalização para além da assistência à saúde, através da atualização dos instrumentos de planejamento instituídos pela NOAS (PDR, PDI e PPI) e também ao enfatizar a importância da condução e adaptação estadual, restringindo as determinações federais nesse processo (NASCIMENTO, 2007 e LIMA *et al* 2012a).

O Pacto pela Saúde apresenta mudanças significativas na execução do SUS, dentre elas: a substituição do antigo processo de habilitação pela adesão solidária aos Termos de Compromisso de Gestão; a regionalização solidária e cooperativa como eixo estruturante do processo de descentralização; a integração das várias formas de repasse dos recursos federais; e a unificação dos vários pactos hoje existentes (MS, 2006b). Considera-se importante descrever as três dimensões do Pacto pela Saúde, dando ênfase ao componente Pacto de Gestão, dado o período de enfoque desta pesquisa.

O componente **Pacto pela Vida** expressa o compromisso entre os gestores do SUS em torno de prioridades que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira. Nele são feitas pactuações através do instrumento SISPACTO com definição de prioridades estabelecidas por meio de metas nacionais, estaduais, regionais ou municipais (MS, 2006b).

No Pacto pela Vida, são seis as prioridades pactuadas: saúde do idoso; controle do câncer do colo do útero e da mama; redução da mortalidade infantil e materna; fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza; promoção da saúde e fortalecimento da Atenção Básica (MS, 2006b).

O componente **Pacto em Defesa do SUS** envolve ações concretas e articuladas pelas três instâncias federativas com o objetivo de reforçar o SUS como política de Estado, mais do que política de governo. Tem como prioridade defender vigorosamente os princípios basilares desta política pública, instituída pela Constituição Federal.

As prioridades do Pacto em Defesa do SUS são: 1. Articulação e apoio à mobilização social pela promoção e desenvolvimento da cidadania, tendo a questão da saúde como um direito; 2. Estabelecimento de diálogo com a sociedade, além dos limites institucionais do SUS; 3. Ampliação e fortalecimento das relações com os movimentos sociais, em especial os que lutam pelos direitos da saúde e cidadania; 4. Elaboração e publicação da Carta dos Direitos dos Usuários do SUS; 5. Regulamentação da EC nº 29 pelo Congresso Nacional, com aprovação do PL nº 01/03; 6. Aprovação do orçamento do SUS, composto pelos orçamentos das três esferas de gestão, explicitando o compromisso de cada uma delas em ações e serviços de saúde de acordo com a Constituição Federal (MS, 2006b).

No componente **Pacto de Gestão**, foram estabelecidas diretrizes para a gestão do sistema pela descentralização através da regionalização, com organização das regiões sanitárias, instituindo mecanismos de cogestão e planejamento regional; a construção redes de atenção à saúde; o fortalecimento dos espaços e mecanismos de controle social; a qualificação o acesso da população à atenção integral à saúde; a redefinição os instrumentos de regulação, programação e avaliação; a valorização a cooperação técnica entre os gestores (MS, 2009).

Estas diretrizes, organizadas em um novo pacto federativo sanitário que considera os princípios do SUS e a diversidade operacional de cada região, buscam na pactuação a ser estabelecida em cada Comissão Intergestores Bipartite, as melhores soluções para questões como o acesso, a regulação e a gestão dos serviços de saúde (CONASS, 2011).

Consideram-se diretrizes para a gestão do SUS (MS, 2006b):

- A descentralização;
- **A regionalização;**
- O financiamento da saúde;
- **O planejamento do SUS;**

- A Programação Pactuada e Integrada da Atenção à Saúde – PPI;
- A regulação da Atenção à Saúde e Regulação Assistencial;
- Participação e Controle Social;
- Gestão do trabalho;
- Educação na Saúde.

A adesão ao Pacto pela Saúde faz-se mediante a assinatura do Termo de Compromisso de Gestão (TCG) que, renovado anualmente, substituiu os anteriores processos de habilitação e estabelece metas e compromissos para cada ente da federação. No processo de renovação anual, o gestor tem a oportunidade de analisar seus avanços e debilidades e assim repactuar o termo de acordo com sua capacidade.

O Pacto da Saúde traz os elementos norteadores deste novo processo de gestão, porém a forma de sua implementação se dá de acordo com a capacidade de cada ente federado.

O Termo de Compromisso de Gestão é o documento que formaliza a adesão ao Pacto. Trata-se de um documento composto de sete eixos: 1. Responsabilidades Gerais da Gestão do SUS; 2. Regionalização; 3. Planejamento e Programação; 4. Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria; 5. Gestão do Trabalho; 6. Educação na Saúde; 7. Participação e Controle Social. O Eixo II traz as responsabilidades da regionalização para os municípios, estados e Distrito Federal (MS, 2006a).

Na esfera municipal, para validar a adesão ao Pacto, é necessário que o município apresente seu TCGM em reunião do Colegiado de Gestão Regional (CGR) e que esse termo seja aprovado por consenso entre seus membros. Na sequência, é redigido uma Proposição Operacional do CGR que é encaminhada à instância estadual (CIB Estadual) para homologação e posteriormente publicado em Diário Oficial da União pelo Ministério da Saúde (MS, 2006a).

Para GUERREIRO (2011) o Pacto é um processo mais complexo do que a adesão dos gestores, a execução das metas e o alcance dos indicadores pactuados. Para sua execução faz-se necessário o envolvimento de diversos atores sociais para que o Pacto pela Saúde não represente apenas mais uma tentativa de imprimir uma gestão eficiente no SUS, pautada pelo diálogo entre as instâncias gestoras.

Para ASSIS *et al.* (2009), com base numa experiência de CGR em São Paulo, a Secretaria Estadual de Saúde ainda é frágil e pouco estruturada para as exigências

deste novo modelo. Faltam às unidades regionais, pessoal técnico em número suficiente, bem como capacidade de gestão para a coordenação, acompanhamento e avaliação do SUS local e regional.

Nos Termos de Compromisso de Gestão Estadual e Municipal, o item 2.1 do Eixo II – Regionalização explicita o compromisso: “Contribuir para a constituição e o fortalecimento do processo de regionalização solidária e cooperativa, assumindo os compromissos pactuados”. MACHADO (2009) critica o termo “regionalização solidária” contrapondo que na esfera dos valores cívicos, a disposição à solidariedade não é incondicional, dependendo da disposição dos demais pra se orientarem pelos ditos valores, nesse sentido, escolhas estratégicas são, inerentemente, condicionais.

Disso infere-se que a instauração de relações intergovernamentais solidárias no SUS requer medidas que aprofundem o controle e o disciplinamento no exercício dos poderes concentrados sob as regras que presidem o processo de firmação do pacto regional (Machado, 2009, p116)

O Pacto de Gestão também tem como característica estimular o exercício do planejamento. Para apoiar a gestão, configura-se um Sistema de Planejamento do SUS que pressupõe atuação contínua, articulada e integrada das áreas de planejamento das três esferas de gestão, reafirmada no Pacto pela Saúde. O Sistema de Planejamento do SUS tem por base, conforme a Portaria nº 3.176 (MS, 2008), a formulação ou revisão periódica dos instrumentos de Planejamento do SUS: Plano de Saúde (PS), Programação Anual de Saúde (PAS) e Relatório Anual de Gestão (RAG) (MS, 2009).

Art.3º. § 1º O PS, as respectivas PAS e os RAG têm por finalidades, entre outras:

I - apoiar o gestor na condução do SUS no âmbito de sua competência territorial de modo que alcance a efetividade esperada na melhoria dos níveis de saúde da população e no aperfeiçoamento do Sistema;

II - possibilitar o provimento dos meios para o aperfeiçoamento contínuo da gestão participativa e das ações e serviços prestados;

III - apoiar a participação e o controle sociais; e

IV - subsidiar o trabalho, interno e externo, de controle e auditoria (MS, 2008).

DOBASHI *et al.* (2011) afirmam que apesar da adesão de todas as Secretarias Estaduais de Saúde e considerável número de municípios, avaliações realizadas pelo Ministério da Saúde, CONASS e CONASEMS informam que os compromissos do

pacto ainda não são totalmente utilizados como norteadores das intervenções locais, nem foram agregados aos processos de planejamento (Plano de Saúde e Programação Anual); houve também um aumento no número de CGR constituídos, porém sem o esperado fortalecimento da regionalização.

Em estudo nacional, percebeu-se que não estão claras as relações entre o processo de regionalização e a assinatura do TCGM já que a adesão dos estados ao pacto ocorreu sem que houvesse de fato o fortalecimento da regionalização e a descentralização do sistema em âmbito estadual (LIMA, 2012a).

No Estado de Mato Grosso, o processo de divulgação do Pacto pela Saúde pela Secretaria Estadual de Saúde teve início em 2007, com a realização de cinco oficinas macrorregionais, contemplando assim todos os 141 municípios do estado. Também foram realizadas oficinas regionais de estudo, organizadas pelos Escritórios Regionais de Saúde e oficinas regionais promovidas pelo Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS). Neste mesmo ano, deu-se o compromisso formal do estado com o Pacto pela Saúde, o TCGE – Termo de Compromisso de Gestão Estadual – assinado pela Secretaria Estadual de Saúde de Mato Grosso em 21 de setembro de 2007, segundo a Resolução CIB Nº. 068 (SES, 2007a). Na esfera municipal, o processo teve início com o município de Cotriguaçu que assinou o Termo de Compromisso de Gestão Municipal, regulamentado através da Resolução CIB Nº. 017 (SES, 2007b). Até julho de 2012, 135 municípios do Estado de Mato Grosso haviam aderido ao Pacto pela Saúde (CIB/MT, 2012).

2.5 DECRETO Nº 7.508, DE 28 DE JUNHO DE 2011

Buscando regulamentar a Lei 8080, de 1990, só recentemente foi publicado o Decreto nº 7.508 (BRASIL, 2011), que dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. Este decreto tem o importante papel de regular a estrutura organizativa do SUS nos seus detalhes, tão necessários para a sua consolidação e melhoria permanente da sua gestão.

Para SANTOS (2011), o SUS tem sido uma fortaleza formal, porém dotado de muita fragilidade real pelo fato da Lei Orgânica da Saúde (LOS) não ter sido

cumprida na sua integralidade, principalmente por nunca ter sido regulamentada com explicitação de seus conceitos, diretrizes e princípios para que o agir administrativo pudesse guiar e manter a unicidade conceitual do SUS.

Para essa autora, as principais vertentes do Decreto, publicado quase 21 anos após a edição da LOS, estão na maior transparência na gestão do SUS, mais segurança jurídica nas relações interfederativas e maior controle social (SANTOS, 2011).

O Decreto 7.508 em seu Art. 2º, apresenta ou reformula oito definições de importância para a saúde e para esta norma: I- Região de Saúde; II – Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde; III – Portas de Entrada; IV – Comissões Intergestores; V – Mapa da Saúde; VI – Rede de Atenção à Saúde; VII – Serviços Especiais de Acesso Aberto e VIII – Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica (BRASIL, 2011). Três deles são aqui reproduzidos por estarem, direta ou indiretamente, ligados ao objeto de estudo: Região de Saúde, Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde e Comissão Intergestores:

I - Região de Saúde: espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde (BRASIL, 2011).

Visando a organização do SUS, o Decreto estabelece as Regiões de Saúde para provisão dos serviços, cumprindo a determinação constitucional de que o SUS é composto por uma rede regionalizada e hierarquizada. Estas devem prover no mínimo ações de atenção primária, de urgência e emergência, de atenção psicossocial, de atenção ambulatorial especializada e hospitalar e de vigilância em saúde (CARVALHO, 2011). Percebe-se que o Decreto mantém, de forma constricta, a definição de “Região de Saúde” divulgada na portaria que institui o Pacto pela Saúde (MS, 2006a).

II - Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde: acordo de colaboração firmado entre entes federativos com a finalidade de organizar e integrar as ações e serviços de saúde na rede regionalizada e hierarquizada, com definição de responsabilidades, indicadores e metas de saúde, critérios de avaliação de desempenho, recursos financeiros que serão

disponibilizados, forma de controle e fiscalização de sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde (BRASIL, 2011).

De certa forma, o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde vem complementar o até então vigente TCG – Termo de Compromisso de Gestão proposto pelo Pacto pela Saúde. Para SANTOS (2011), o Contrato Organizativo tem por finalidade a organização regional do SUS – definindo as responsabilidades da gestão compartilhada do SUS entre os entes numa região de saúde - e também a garantia de maior segurança jurídica, obrigando os entes ao seu cumprimento, sob pena de as cláusulas penais serem executadas.

IV - Comissões Intergestores - instâncias de pactuação consensual entre os entes federativos para definição das regras da gestão compartilhada do SUS (BRASIL, 2011).

O Decreto 7.508 organiza as relações interfederativas, com o reconhecimento de espaços permanentes de negociação da saúde em funcionamento desde o ano de 1991. Através dele, regulamentou-se oficialmente a autoridade das Comissões Intergestores Tripartite, no âmbito nacional, Bipartite, no âmbito estadual, e Regional, no âmbito das Regiões de Saúde (CARVALHO, 2011).

O Decreto, no seu Capítulo V – Da articulação interfederativa – trata das Comissões Intergestores (Seção I). O Artigo 30 trata dessas comissões em cada esfera e traz como novidade a alteração da nomenclatura do Colegiado de Gestão Regional (CGR) para Comissão Intergestores Regional (CIR). Publicado em junho de 2011, até o final desse ano, o referido Decreto ainda não havia sido operacionalizado no Estado de Mato Grosso.

Apesar das novas diretrizes para a regionalização do SUS, LIMA (2012b) afirma que as estratégias e os instrumentos propostos continuam insuficientes para prover os avanços que se fazem necessários à regionalização, destacando três pontos:

1. Os conflitos da regionalização (natureza complementar) com a descentralização (natureza finalística). A descentralização redistribuiu responsabilidades e recursos para os municípios e estados e a regionalização evocou maior responsabilidade das instâncias que atuam no plano estadual e regional (as Secretarias Estaduais e suas representações regionais, CIB e CIR) e também redefiniu o papel dos municípios e sua instância de representação (COSEMS). Este

conflito provoca a revisão de acordos estabelecidos durante a descentralização anterior, indo de encontro a interesses acomodados durante o processo.

2. As instâncias de negociação federativa regional (os recentes CIR, nova denominação dos CGR) ainda se encontram em processo de implantação, apresentando funcionamento irregular e incipiente em muitas regiões. Fazem-se necessárias políticas que valorizem o planejamento, a regulação, o financiamento integrado de ações e serviços no plano regional.

3. O modelo de intervenção federal no processo de regionalização ainda é frágil. O processo de planejamento possui atributos próprios em cada escala territorial.

2.6 COMISSÃO INTERGESTORES NA SAÚDE

Visando a conciliação das características do sistema federativo brasileiro e as diretrizes do SUS, foram criadas as comissões intergestores, espaço permanente de debate e negociação entre os três níveis de governo (NORONHA *et al.*, 2008).

A instituição das comissões intergestores na saúde, tanto a CIT como as CIB, retirou do governo federal a possibilidade de estabelecer, exclusiva e unilateralmente, as regras do jogo do SUS, no que tange aos entes subnacionais. Através desses mecanismos de cooperação, estados e municípios passaram a exercer uma característica própria do federalismo, atuando como freios e contrapesos, e copartícipes na formulação e controle das políticas de saúde (MENDES, 2006).

A Comissão Intergestores Tripartite (CIT) está em funcionamento desde ano de 1991, regulamentada pela Portaria Nº 1.180 (MS, 1991). Tem composição paritária formada por 18 membros, sendo seis indicados pelo Ministério da Saúde, seis pelo Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS), seis pelo Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS). A representação de estados e municípios nessa Comissão é regional, sendo um representante para cada uma das cinco regiões no país, além dos presidentes de CONASS e CONASEMS. Nesse espaço, as decisões são tomadas por consenso e não por votação (CONASS, 2011).

Para NORONHA (2008) a CIT foi de fundamental importância na regulamentação do processo de descentralização e na discussão sobre diversos mecanismos de distribuição de recursos financeiros federais do SUS. A CIT também se faz presente com a formação de grupos técnicos compostos pelas três esferas, que atuam como instâncias técnicas de negociação e processamento de questões para posterior discussão em reuniões da Comissão Intergestores, promovendo a formação de acordos intergovernamentais que propiciam o amadurecimento político dos gestores envolvidos no processo.

No âmbito estadual, as CIB – Comissões Intergestores Bipartite foram criadas formalmente pela Norma Operacional Básica de 1993, e estão presentes em 26 estados e no Distrito Federal. Assim como na CIT, o processo decisório nas CIB se dá por consenso, visando estimular o debate e a negociação entre as partes (CONASS, 2011).

Da mesma forma que ocorre na CIT, o processo decisório nas CIB se dá por consenso, sendo vetada a utilização do mecanismo de voto no intuito de estimular o debate e a negociação entre as partes. As CIBs também realizam, em nível estadual, a adaptação das diretrizes nacionais do processo de descentralização, propiciando a formação de acordos sobre a partilha da gestão dos sistemas e serviços de saúde entre os níveis de governo (NORONHA, 2008).

Para esses autores, os arranjos descentralizadores sobre a partilha da gestão entre os níveis de governo refletem não só a capacidade gestora, mas também a qualificação gerencial das Secretarias Estaduais de Saúde (SES).

O Decreto 7.508, de 28/06/2011, em seu Capítulo V – Da articulação interfederativa – Seção I, regulamenta as Comissões Intergestores:

“Art. 30. As Comissões Intergestores pactuarão a organização e o funcionamento das ações e serviços de saúde integrados em redes de atenção à saúde, sendo:

I - a CIT, no âmbito da União, vinculada ao Ministério da Saúde para efeitos administrativos e operacionais;

II - a CIB, no âmbito do Estado, vinculada à Secretaria Estadual de Saúde para efeitos administrativos e operacionais; e

III - a Comissão Intergestores Regional - CIR, no âmbito regional, vinculada à Secretaria Estadual de Saúde para efeitos administrativos e operacionais, devendo observar as diretrizes da CIB.” (BRASIL, 2011).

Para CARVALHO (2011), o Decreto possibilitou maior aprofundamento e explicitação das funções das Comissões Intergestores. Trouxe também sua legitimação, já que até o momento as mesmas eram regulamentadas apenas por portarias.

Frente à complexidade do SUS, é propícia a abordagem de NORONHA *et al.* (2008), quando definem o modelo institucional deste sistema como uma “proposta ousada”, pois envolve o acordo entre os diferentes níveis de gestores do sistema, além de permitir que vários atores sociais – mesmo os não diretamente responsáveis pelo desempenho de funções típicas da gestão e dos sistemas de serviços - participem do processo decisório sobre a política de saúde.

O arcabouço institucional e decisório do SUS é esquematizado no quadro 3.

Quadro 3 - Arcabouço institucional e decisório do SUS

	Colegiado Participativo	Gestor	Comissões Intergestores	
			Nome	Representação
Nacional	Conselho Nacional	Ministério da Saúde	Comissão Tripartite	Estados: Conass Municípios: Conasems
Estadual	Conselho Estadual	Secretarias Estaduais	Comissão Bipartite	Municípios: Cosems
Regional			Colegiado de Gestão Regional	Estado (ERS) e Municípios (todas as SMS)
Municipal	Conselho Municipal	Secretarias Municipais		

Fonte: Adaptação de Noronha *et al.* (2008).

2.6.1 O Colegiado de Gestão Regional

O Colegiado de Gestão Regional é um dos mecanismos de gestão regional da estratégia Pacto pela Saúde e se configura como espaço permanente de pactuação, cogestão e de decisão, mediante a identificação, definição de prioridades e de pactuação de soluções para a organização da rede regional de ações e serviços de atenção à saúde, integrada e resolutiva. Trata-se de uma inovação do Pacto pela Saúde, pois efetiva a articulação permanente e contínua entre todos os municípios e o estado, na Região de Saúde na qual está inserido, fato que não é possível ocorrer nas

CIB regionais já que nela a participação municipal se dá por representações regionais (CONASS, 2011).

No CGR todos os gestores dos municípios têm direito a assento e voz no CGR e, através do consenso, por meio da pactuação, procuram garantir que demandas dos diferentes interesses regionais possam ser organizadas e expressadas naquele território.

O CGR deve ser composto por gestores de todos os municípios da região e representantes do gestor estadual. Isso torna fundamental a presença do secretário municipal de saúde nas reuniões do CGR de forma a consolidar o processo de responsabilidade compartilhada entre todos os gestores da região (MS, 2006c).

Alguns estados têm acordado que a coordenação do CGR seja exercida por um representante da gestão estadual. A definição de pauta é feita de forma conjunta e não se restringe aos temas de assistência à saúde – abrange problemas de saúde e de gestão do SUS, no âmbito da região (MS, 2006c)

Algumas CIB têm orientado a definição de uma secretaria para o CGR com atribuições de apoio administrativo e logístico ao funcionamento do CGR (organização de atas, arquivos, correspondências, convocações). O coordenador desta secretaria é indicado pelo plenário do Colegiado e pode, por decisão também deste plenário, adotar um sistema de rodízio, entre gestores municipais, estaduais ou técnicos do estado ou dos municípios (MS, 2006c).

Os preceitos para a “Constituição, Organização e Funcionamento do Colegiado de Gestão Regional” (MS, 2006c) são detalhados no Quadro 4.

Porém, implementar uma regionalização solidária e cooperativa exige do gestor e de todos os envolvidos uma abertura para o novo. Tendo como referência o estado do Rio Grande do Norte, com funcionamento regular de oito colegiados e de suas respectivas câmaras técnicas e secretarias executivas, OLIVEIRA (2010) destaca como um dos grandes desafios de gestão a garantia da sustentabilidade do processo de funcionamento do CGR, independentemente da mudança de gestores.

Quadro 4 - Constituição, organização e funcionamento do Colegiado de Gestão Regional

PRECEITOS DE CONSTITUIÇÃO, ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DO CGR:
<ul style="list-style-type: none"> - Assegurar a presença de todos os gestores de saúde dos municípios que compõem a Região e da representação estadual; - Constituir uma estrutura de apoio ao colegiado, através de câmara técnica e eventualmente, grupos de trabalho formados com técnicos dos municípios e do estado; - Estabelecer uma agenda regular de reuniões; - Instituir um processo dinâmico de planejamento regional; - Atualizar e acompanhar a programação pactuada integrada de atenção em saúde; - Desenhar o processo regulatório, com definição de fluxos e protocolos; - Priorizar linhas de investimento; - Estimular estratégias de qualificação do controle social; - Apoiar o processo de planejamento local; - Constituir um processo dinâmico de avaliação e monitoramento regional.

Fonte: MS (2006c).

QUEIROZ (2011) aponta a definição do papel dos Colegiados de Gestão Regional como um dos grandes desafios atuais do processo de regionalização do SUS. O desafio está na integração das áreas, das práticas e dos instrumentos de planejamento à gestão e funcionamento do CGR, tornando-o de fato o *locus* inovador de gestão descentralizada.

A autora afirma que a implantação dos CGR apresenta grandes possibilidades de ocorrer de modo oposto à situação que se esperava com sua instituição, já que o funcionamento dos mesmos desencadeou-se sem a atualização do recorte regional dos estados e sem a condução de análises capazes de embasar o planejamento e a gestão regional como esperado. Sendo assim, mesmo sendo um espaço legitimado e configurado por documentos junto à CIT, não estão se configurando como espaço de governança local (QUEIROZ, 2011).

Faz-se urgente a correção dos equívocos, assegurando o alinhamento entre as propostas contidas no Plano Diretor de Regionalização e os conteúdos dos demais instrumentos de planejamento do SUS, como os Planos Estaduais e Municipais de Saúde (QUEIROZ, 2011).

A autora também menciona o desafio enfrentado em alguns estados que não atingiram o patamar de aprendizado institucional obtidos pela maioria e até o

momento, as Comissões Intergestores Bipartites ainda não se consolidaram como espaços de tomada de decisões entre os gestores. Nesses estados percebe-se uma maior dificuldade de funcionamento dos Colegiados de Gestão Regional (QUEIROZ, 2011).

Em 2006, o Grupo de Trabalho de Gestão da Câmara Técnica da CIT lançou através do Ministério da Saúde a Coleção Pacto pela Saúde, com orientações sobre este instrumento. O Volume 10 (MS, 2006d), trata especificamente da organização e funcionamento de um CGR, citando os componentes de funcionamento de um CGR que devem ser acompanhados (Quadro 5).

Quadro 5 - Componentes para o acompanhamento do funcionamento do CGR

COMPONENTES PARA O ACOMPANHAMENTO DO FUNCIONAMENTO DO CGR:
<ul style="list-style-type: none"> - Aspectos da organização, funcionamento e institucionalidade; - Resultados e impactos do trabalho do Colegiado para a organização e planejamento das ações; - Identificar dos avanços e desafios para a efetivação do CGR no estado.

Fonte: MS (2006d).

Para os estados que já tivessem instância regional instituída (CIB Regional) o Ministério de Saúde também explicitou como deveria ser feita a transição para CGR. Observa-se que as mudanças significativas referem-se à composição, com a abolição da paridade obrigatória e aos objetivos, com ênfase no processo de qualificação da regionalização (Quadro 6).

Quadro 6 - Distinções entre CIB Regional e Colegiado de Gestão Regional

CIB Regional	ITEM	CGR
Representação de estados equilibrada numericamente (paridade) com a representação de municípios	COMPOSIÇÃO	Municípios: participação de todos na região Estado: representação
Viabilização da integração e da harmonização do sistema de saúde; negociação e integração dos gestores das três esferas de governo; instâncias privilegiadas de negociação e decisão operacionais; viabilização da unicidade e da equidade, de forma associada aos Conselhos de Saúde	OBJETIVOS	Qualificação do processo de regionalização; aprimoramento dos princípios do SUS; espaço permanente de pactuação e cogestão; foco nos instrumentos de planejamento regional; expressão das responsabilidades dos gestores com a saúde da população do território
Por consenso entre as representações	TOMADA DE DECISÕES	Obrigatoriamente por consenso, com envolvimento e comprometimento do conjunto de gestores
Exigida	PARIDADE	Abolida, já que participam representantes de todos os municípios da região

Fonte: DAGD/SE/MS.

2.7 GESTÃO E PLANEJAMENTO EM SAÚDE

O termo gestão surgiu no mundo contemporâneo para substituir o termo administração que se constitui do processo administrativo das funções de direção, planejamento, organização, coordenação, avaliação e controle (TEIXEIRA, 2010a).

No Brasil, a Constituição de 1988 é fator marcante para o avanço do campo da gestão, que evoluiu a partir de um formato autoritário e conservador iniciado na era colonial e escravista e que preponderou até os anos 80. A partir daí, o campo da gestão se democratizou e convive cada vez mais naturalmente com o conflito e a negociação (NOGUEIRA, 2007).

Para GUIMARÃES *et al.* (2004) o conceito de gestão varia de acordo com o campo de estudo. No campo da administração, o conceito de gestão se aproxima da ideia de gerência e desta forma toma um caráter mais operacional e instrumental ao prevalecer o entendimento de que se trata de uma função organizacional voltada para a coordenação e o controle. Já no campo da ciência política, do qual também se aproxima a administração pública, o conceito de gestão incorpora uma dimensão política que se traduz em aspectos menos procedimentais, privilegiando a discussão sobre o poder e sua legitimidade, politizando assim os conflitos presentes no processo de decisão no âmbito das organizações, inclusive nas organizações públicas.

Já para NOGUEIRA (2007) o termo gestão pressupõe algo mais abrangente que administração. Gestão empresarial compreende pensar no conjunto da gestão da empresa, enquanto administração tem um sentido mais específico, de atenção a determinado aspecto da produção ou do trabalho. Consequentemente, o termo gestor relaciona-se com o cargo máximo de uma organização e o termo administrador refere-se ao profissional, técnico, analista ou gerente assalariado da empresa (NOGUEIRA, 2007).

TEIXEIRA (2010c, p 134) traz definição semelhante para a gestão em saúde:

Gestão em saúde é o termo que reflete a incorporação do enfoque gerencial no âmbito da administração de sistema de saúde, especificando-se, em geral, as funções de condução política (tomada de decisões e planejamento estratégico), organização, coordenação, monitoramento e avaliação de programas, serviços e atividades. No âmbito do SUS, convencionou-se distinguir Gestão (de sistemas) de gerência (de unidades

de saúde, programas e projetos), como uma forma de enfatizar o caráter mais propriamente político da primeira, em oposição ao caráter técnico-administrativo da segunda, embora em cada uma dessas dimensões esteja em jogo o exercício do poder em suas várias dimensões (política, técnico e administrativo).

Nesta pesquisa adota-se o conceito-guia de gestão definido por GUIMARÃES *et al.* (2004): “gestão é a capacidade de uma organização na formulação de projetos, políticas e normas legais; pelas condições técnicas e administrativas (recursos humanos, materiais e financeiros), que representam as condições logísticas para a execução e por sua capacidade de articular e de mobilizar alianças e parcerias, assim como recursos políticos e estratégicos, no sentido de assegurar as condições políticas para a busca dos objetivos perseguidos por meio das políticas, dos planos e dos programas”.

O reconhecimento da atividade de gestão, isto é, a sua legitimidade, engloba a eficiência, a eficácia e a efetividade, sendo esta última ligada ao atendimento da demanda interna e externa da organização. Sua legitimidade pressupõe o resgate de dois instrumentos úteis para democratizar o processo de gestão: a negociação e a participação. Tal enfoque vem ao encontro do objeto de estudo deste projeto, os Colegiados de Gestão Regional (NOGUEIRA, 2007).

O que importa destacar é que a administração negociada, compartilhada e participativa, se minimamente preservada de manipulações, reafirma os valores da ordem democrática: autonomia, transparência, diversidade e rotatividade, imprescindíveis em qualquer forma organizada de poder. No campo da gestão, todavia, a democracia foi abandonada e é preciso resgatá-la, pois o compromisso com a participação e a democracia organizacional é a base para a inovação e para o desenvolvimento sustentável. (NOGUEIRA, 2007, p314).

Utilizar a negociação como instrumento de gestão demonstra a maturidade dos atores envolvidos no processo, pois pressupõe o respeito às diferenças e possibilita uma mudança de patamar na relação entre as partes. A transparência do processo também é relevante; uma negociação orientada pelo senso de justiça e respeitando e resguardando as diferenças entre as partes, torna-a mais confiável (NOGUEIRA, 2007).

Por fim, a participação confere legitimidade ao processo. NOGUEIRA (2007) alude que, independentemente do regime político, existem dois caminhos para estruturar as organizações e o modo de geri-las: a do consenso e da coerção. E, se

não se pretende eliminar a outra parte pela imposição ou violência, não restam dúvidas que a negociação é a forma de eliminar conflitos. Porém, apenas a negociação não traz a legitimidade ao processo, fazendo-se necessário a participação dos atores envolvidos.

Como uma das funções da gestão, o planejamento é entendido como o processo de racionalização das ações humanas, definindo proposições e construir sua viabilidade para solução de problemas e atendimento de necessidades individuais e coletivas (TEIXEIRA, 2010).

O planejamento das ações de saúde surgiu em decorrência da crescente complexidade do processo de trabalho e necessidade de enfrentamento das mudanças ocorridas nas condições de vida e saúde da população em diversos países. Sua prática tornou-se uma necessidade reconhecida na segunda metade do século passado, após o grande desenvolvimento técnico científico e transformações decorrentes na prestação de serviços de saúde (TEIXEIRA, 2010a).

Para TEIXEIRA *et al.* (2010b) o processo de planejamento em saúde implica em dois momentos articulados: formulação da Política, contendo a identificação dos problemas prioritários de alcance geral e elaboração do Plano propriamente dito. Para desenvolvimento desse processo pressupõe-se a definição de base territorial e o reconhecimento da existência das diversas esferas de gestão envolvidas.

Da formulação da política e elaboração do plano ao seu pleno desenvolvimento, múltiplos fatores predisõem ao seu sucesso ou fracasso. Como apontam VIANA e BAPTISTA (2008, p77-78), quando examinam a fase de implementação de uma política pública:

A implementação pode ser encarada como um jogo em que uma autoridade central procura induzir agentes (implementadores) a colocar em prática objetivos e estratégias que lhe são alheias, mas a resposta (aceitação, neutralidade ou rejeição) dos agentes implementadores depende de muitos fatores, tais como: o entrosamento entre os formuladores e os implementadores, compreensão da política, o conhecimento de cada fase do processo e da quantidade de mudança envolvida com a nova política. De todos os fatores, este último apresenta-se como o mais crítico, porque determina os graus de consenso ou conflito em torno das metas e objetivos de uma política, e quanto maior a mudança, menor o consenso (VIANA e BAPTISTA, 2008, p 77-78).

A gestão pública da saúde brasileira está pautada em uma política de proteção social de caráter universal e não excludente, possibilitando a expansão de políticas sociais em todo o território nacional. Porém, sua práxis é de grande complexidade e exige dos envolvidos conhecimento e habilidades em duas áreas distintas: a área técnica e a área política.

Quanto à área técnica, a atuação do gestor deve ser pautada nas funções gestoras da saúde. De forma simplificada, identificam-se quatro grandes grupos de macrofunções que englobam: 1) formulação de políticas e planejamento; 2) financiamento; 3) regulação; 4) prestação direta de ações e serviços de saúde (NORONHA, 2008).

No âmbito político, faz-se necessário que os gestores do SUS mantenham relacionamento constante com outros atores sociais, nos diferentes espaços de negociação e decisão existentes (CONASS, CONASEMS, CES, COSEMS, CIT, CIB, CMS, entre outros). Para tal, os gestores exercem suas funções e cumprem suas responsabilidades na área da saúde de forma compartilhada. Cabe a cada gestor assumir a liderança da negociação política voltada para o processo decisório, característica das sociedades democráticas, em defesa da implementação dos princípios e diretrizes do SUS (NORONHA, 2008).

Mesmo com todos esses mecanismos de controle, VIANA e BAPTISTA (2008) afirmam que não é possível assegurar que o setor saúde esteja entre aqueles de decisão política mais democrática. Para tal, ainda se faz necessário o avanço em estudos que possibilitem uma análise mais precisa dos processos decisórios e das intermediações de interesses que envolvem o setor.

Já para QUEIROZ (2011), a revalorização das funções e responsabilidades de planejamento na condução do SUS configura um dos principais desafios do SUS para o avanço da regionalização e gestão descentralizada do sistema, pois a sustentabilidade das capacidades gestoras descentralizadas dependem da implantação e consolidação de culturas institucionais voltadas para boas práticas de planejamento público.

A autora destaca que, mesmo com novas estratégias de descentralização e regionalização, as funções de planejamento e gestão continuam desconexas. Essa

prática pode ser observada nos movimentos iniciais feitos para formalização das adesões municipais e estaduais do Pacto pela Saúde (QUEIROZ, 2011).

A pouca valorização dos instrumentos e recursos relativos ao planejamento regional demonstra a desarticulação entre o processo de planejamento e o Pacto (LIMA, 2012b).

Para DOBASHI *et al.* (2011) o conceito de gestão introduzido pela NOB e reforçado pelo pacto, exige do gestor da saúde competência política, capacidade técnica e sustentabilidade. Na prática, significa trabalhar modelos de atenção baseados na territorialidade e voltado a atender necessidades sociais demandadas e percebidas, participar de um projeto de governo como ator social envolvido no interesse coletivo, ter governabilidade e capacidade de gestão.

2.8 O PROCESSO DE REGIONALIZAÇÃO EM MATO GROSSO

No ano de 1993, em atendimento à Portaria 545 (MS, 1993), teve início o processo de regionalização em Mato Grosso. A Portaria 085 (SES, 1993) institucionalizou a criação da Comissão Intergestores Bipartite do Estado de Mato Grosso (CIB-MT).

À época, havia uma grande fragilidade organizacional na saúde pública do estado. Até o ano de 1994 registrava-se pequena participação orçamentária do governo estadual na saúde, além do insignificante peso político e institucional da própria Secretaria Estadual de Saúde, que tinha função meramente prestadora de serviços e fornecedora de insumos, com pouca capacidade resolutiva (MÜLLER NETO e CALHAO, 2002).

Na gestão 1995-1998, verificou-se a intenção de fortalecimento do setor saúde, que se consolidou com a permanência da mesma gestão no período 1999-2002. GUIMARÃES (2002) afirma que a política estadual de saúde de Mato Grosso demonstrou, no período de 1995 a 2000, elementos relevantes para a discussão da cooperação intergovernamental necessária ao processo de descentralização, através da organização de ações e serviços sob a lógica da regionalização.

A partir de 1995, a Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso seguindo orientações do seu Plano Estratégico de Governo, colocou como prioridade, no plano das políticas e metas, a implementação da descentralização da atenção, da gestão, dos recursos, das ações e dos serviços de saúde, através de um processo articulado de cooperação técnica e parceria com os municípios (MÜLLER NETO e LOTUFO, 2002).

Os espaços microrregionais já estavam consolidados pela interação econômica, cultural e social, porém sem a necessária articulação política. Era necessário que a Secretaria de Saúde, em seu papel indutor, estruturasse o setor para responder aos desafios, viabilizando espaço político para a implantação das ações regionais (MÜLLER NETO e LOTUFO, 2002).

Para tal, a equipe de condução da SES/MT desenvolveu diversas iniciativas, num primeiro momento criando uma relação institucional entre estado e municípios, aproximando o gestor estadual dos municípios e a realização de trabalho de cooperação técnica visando à estruturação gerencial dos sistemas municipais de saúde. Tais ações permitiram que, em 1998, 100% dos municípios estivessem habilitados em algum tipo de gestão, segundo a NOB/96 (MÜLLER NETO e LOTUFO, 2002).

Dando continuidade ao seu plano estratégico, a SES/MT, num segundo momento, iniciou a organização de estruturas e instrumentos de planejamento e gestão no espaço regional. Sendo assim, foram priorizados o fortalecimento dos Escritórios Regionais de Saúde e a recuperação de seu papel, sendo também criadas e implementadas as Comissões Intergestores Bipartite Regionais (MÜLLER NETO e LOTUFO, 2002).

As Comissões Intergestores Bipartite Regionais – CIB Regionais – criaram um espaço privilegiado de interlocução do estado com os municípios, e de negociação e pactuação para o enfrentamento das questões regionais (MÜLLER NETO e LOTUFO, 2002). O processo de institucionalização das CIB Regionais teve início em 1995, com a criação da CIB Regional de Cáceres, sendo a maioria dessas comissões criadas ainda na década de 1990 (Quadro 7), conforme se depreende das Resolução CIB nº 062 (SES, 2006).

Quadro 7 - Distribuição das CIB Regionais em Mato Grosso, segundo microrregião e data de criação

Escritório Regional	Nome da Região	Criação
01- Água Boa	Médio Araguaia	05-02-2000
02- Alta Floresta	Alto Tapajós	27-08-1997
03- Barra do Garças	Garças Araguaia	05-09-1997
04- Baixada Cuiabana	Baixada Cuiabana	2001
05- Cáceres	Oeste Mato-grossense	18-05-1995
06- Diamantino	Centro Norte	18-05-1998
07- Juara	Vale do Arinos	1997
08- Juína	Noroeste Mato-grossense	10-12-1997
09- Peixoto de Azevedo	Vale do Peixoto	03-07-2000
10- Porto Alegre do Norte	Baixo Araguaia	10-07-1997
11- Pontes e Lacerda	Oeste Mato-grossense	07-10-2004
12- Rondonópolis	Sul Mato-grossense	02-10-1995
13- Sinop	Teles Pires	1998
14- São Felix do Araguaia	Baixo Araguaia	22-09-2005
15- Tangara da Serra	Médio Norte	30-05-1996

Fonte: CIB MT (SES, 2006)

No período de 1995 a 2000, entre as estratégias que visavam a organização regional, também ganhou destaque a criação dos Consórcios de Saúde. A SES- MT estimulou os municípios a formarem consórcios entre si, com a parceria do estado, viabilizando a provisão da atenção especializada (referência para a atenção básica) de uma região definida (GUIMARÃES, 2002).

Dando sequência ao processo, em 2008, deu-se a alteração do Regimento da Comissão Intergestores Bipartite do Estado de Mato Grosso, mediante a Resolução CIB N° 068 (SES, 2008).

Na pesquisa nacional “Avaliação nacional das Comissões Intergestores Bipartite (CIB): as CIB e os modelos de indução da regionalização no SUS”, realizada no período 2007/2009 e que avaliou 25 unidades federativas do Brasil, a Comissão Intergestores Bipartite de Mato Grosso foi assim caracterizada: 1. Institucionalidade da CIB: “intermediária-moderada”; 2. Conteúdo das negociações: “diversificado”, “aderente” à realidade estadual e com definição “compartilhada” entre estado e município; 3. Processo político e padrão de relacionamento na CIB:

“cooperativo”; 4. Capacidade de atuação e formulação na implantação de políticas, coordenação federativa e geração de inovações: “moderada” (MACHADO *et al.*, 2011). As variáveis utilizadas na pesquisa para tal caracterização são reproduzidas no Quadro 8.

Os resultados da pesquisa evidenciam o histórico e a maturidade da Comissão Intergestores Bipartite do Estado de Mato Grosso: as experiências de regionalização iniciadas nos anos 90, posteriormente amadurecidas, mostram tendências favoráveis à efetivação do processo de regionalização em curso (ALBUQUERQUE *et al.*, 2011).

Quadro 8 - Dimensões e variáveis de caracterização da dinâmica da CIB no estado de Mato Grosso

Dimensões	Variáveis	Tipos	Ranking Mato Grosso
Institucionalidade da CIB	<ul style="list-style-type: none"> - Presença de instâncias na integração e processamento técnico-político dos temas tratados (ex: Câmara Técnica, Grupos de Trabalho ou outras estruturas similares. - Regularidade de funcionamento da plenária da CIB e suas estruturas de organização interna (Câmara Técnica, etc). - Existência de representantes ou do funcionamento regular de instâncias regionais). - Legitimidade da CIB como instância de negociação e decisão técnico-política (inclui legitimidade dos membros estaduais e municipais). 	<ul style="list-style-type: none"> - Avançada - Intermediária - Incipiente 	Intermediária
Conteúdo das negociações intergovernamentais na CIB	<ul style="list-style-type: none"> - Diversidade na temática. - Presença de assuntos/questões relacionados ao estado (próprio do estado, das suas regiões e seus municípios); - Capacidade de adaptação à realidade estadual; - Construção conjunta da agenda com relativo equilíbrio de poderes entre os municípios e o governo estadual (compartilhada) 	<ul style="list-style-type: none"> - Diversificada ou restrita; - Aderente ou não aderente; - Compartilhada ou não compartilhada 	Diversificado Aderente Compartilhada
Processo político e padrões de relacionamento	<ul style="list-style-type: none"> - Padrão e intensidade das relações intergovernamentais: predominância de convergência ou divergência de visões e interesses (predominante cooperativas ou conflitivas) ou não existência de padrão preponderante, com presença de conflito e cooperação (cooperativa/conflitiva); - Irregulares ou pouco freqüentes (restritas), associadas a procedimentos formais (formalistas), dinâmicas, intensas e abrangentes (interativas); - Padrão e intensidade das relações entre a CIB e o CES: predominância de convergência ou divergência de visões e interesses (predominantemente cooperativas ou conflitivas (ou não existência de padrão preponderante com presença de conflito e cooperação (cooperativas/conflitivas); - Irregulares ou pouco freqüentes (restritas), relacionadas a temas de interesses específicos ou exigências legais e normativas (formalistas), regulares e abrangentes (interativas). 	<ul style="list-style-type: none"> - Relações intergovernamentais (RIGs): cooperativas, conflitivas, cooperativas/conflitivas; restritas, formalistas ou interativas; - Relações entre a CIB e o CES (CIB-CES): cooperativas, conflitivas, cooperativas/conflitivas, restritas, formalistas ou interativas. 	Cooperativo
Capacidade de atuação da CIB	<ul style="list-style-type: none"> - Capacidade de formulação e implementação de políticas; - Capacidade de gerar coordenação intergovernamental (parcerias, formalização de compromissos, superação de impasses e conflitos). - Capacidade de gerar inovações (mudanças nos padrões de relacionamento intergovernamental, na organização e funcionamento do sistema estadual, na estrutura e funcionamento da SES e Cosems, etc). 	<ul style="list-style-type: none"> - Elevada - Moderada - Baixa. 	Moderada

Fonte: Adaptado de MACHADO *et al.*, 2011. (recorte estado de Mato Grosso)

2.8.1 Os Colegiados de Gestão Regional (CGR) em Mato Grosso

Em 2008, para se adequar à configuração nacional do Pacto pela Saúde, as 16 então existentes CIB Regionais passam a ser denominadas Colegiados de Gestão Regional (SES, 2008).

O movimento de regionalização em Mato Grosso, iniciado na década de 90, deu aos CGR – considerados novos enquanto nomenclatura – uma considerável maturidade, fruto de sua implementação e da construção de arranjos regionais, conduzidos no período de onze anos que antecederam o pacto.

No estado de Mato Grosso, desde o ano de 2008 estavam em funcionamento 16 CGR, mas oficialmente, para o Ministério da Saúde, existiam no estado 14 CGR e 14 microrregiões de saúde, contemplando os 141 municípios existentes. Essa diferença se dá devido ao PDR vigente, elaborado no ano de 2005, que à época considerava 4 regiões de saúde e, conseqüentemente, 14 CGR. A Resolução CIB/MT nº 154 (SES, 2010) dispõe sobre o ajuste dos Colegiados de Gestão Regionais conforme Plano Diretor de Regionalização – PDR do Estado de Mato Grosso. Porém, na organização já estruturada entre os municípios e o estado, estão em funcionamento 16 Escritórios Regionais de Saúde e também 16 CGR. Sendo assim, enquanto o PDR de Mato Grosso não for atualizado o estado continua com 14 instâncias colegiadas de gestão regional reconhecidas pelo Ministério da Saúde e dois CGR funcionam apenas com homologação estadual.

Na configuração adotada pela CIB/MT para a conformação dos Colegiados de Gestão Regional, o Coordenador do CGR é o Diretor do respectivo ERS e a Secretaria Executiva do CGR também é feita por técnicos do ERS/SES/MT.

A CIB/MT, no exercício de seu papel indutor, orientou todos os CGR a elaborarem seus próprios regimentos internos e para tal, forneceu modelo padrão como roteiro. Dos 16 CGR, nove encaminharam à CIB/MT seu regimento interno homologado em reunião de CGR, após consenso (CIB, 2011).

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a gestão e o planejamento realizados pelo Colegiado de Gestão Regional, com vistas à regionalização da saúde em Mato Grosso

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Caracterizar os CGR de MT, segundo aspectos relativos à gestão e ao planejamento, na percepção de seus atores;
2. Analisar o processo de gestão e planejamento em dois CGR;
3. Analisar as relações estabelecidas no âmbito destes CGR: entre gestores que os compõem e entre o colegiado e outras instâncias envolvidas com o SUS nestas regiões.

4. MATERIAL E MÉTODO

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa com abordagem quantitativa e qualitativa, desenvolvida em duas etapas que se complementaram. Na primeira etapa realizou-se uma exploração dos 16 CGR constituídos no estado de Mato Grosso, mediante a análise de um conjunto de respostas a um de questionário autoaplicado. Na segunda, foi realizado estudo de caso abrangendo dois colegiados, escolhidos após análise de dados oriundos da primeira etapa.

Esta pesquisa está inserida em um projeto maior denominado “Análise do Processo de Regionalização da Saúde no Estado de Mato Grosso”, aprovado pelo CNPq (Edital MCT/CNPQ 014/2010, Proc. 481893/2010-5). O referido projeto também é uma das atividades desenvolvidas no âmbito de uma parceria acadêmica celebrada entre o ISC/UFMT e o DMP/FMUSP, fomentada pela CAPES (Procad-NF, Proc. 2275/2008).

4.2 UNIVERSO DE ESTUDO

Na caracterização dos CGR, o estudo compreendeu os 16 constituídos em Mato Grosso – que também demarcam o desenho organizacional das 16 regiões de saúde atendidas pelos respectivos Escritórios Regionais de Saúde da SES/MT (Figura 1).

Já o estudo de caso envolveu dois CGR constituídos em regiões de saúde específicas (Barra do Garças e Juína), selecionadas mediante critérios discutidos à frente.

Figura 1 - Mapa do Estado de Mato Grosso, dividido por Escritórios Regionais de Saúde e municípios que o compõem, 2010



Fonte: www.saude.mt.gov.br

4.3 PERÍODO DE ANÁLISE

Inicialmente a análise compreenderia um período de seis anos: 2006 a 2011, justificando-se tal delimitação em função de duas normalizações instituídas nos anos extremos desse período: o Pacto pela Saúde e o Decreto Presidencial nº 7508. Tendo

em vista: a) a extensão do prazo para as respostas ao questionário autoaplicado (maio de 2012) e a realização das entrevistas (setembro a novembro de 2012); b) a dificuldade dos atores-chave envolvidos no questionário e nas entrevistas delimitarem suas respostas àquele período original, optou-se por estender o período de análise até 2012.

Em Mato Grosso a regionalização tem no ano de 1995 seu marco referencial (MÜLLER NETO, 2002), com o início da criação das Comissões Intergestores Bipartite Regionais. Porém, este estudo tem como período inicial de análise o ano de 2006, quando se deu a regulamentação da Portaria GM/399, divulgando o Pacto pela Saúde, que criou os Colegiados de Gestão Regional.

Em 2011, através do Decreto 7.508/2011, que regulamentou a Lei 8080/1990, a instância colegiada regional foi renomeada como Comissão Intergestores Regional – CIR, mas optou-se por manter o nome do objeto da presente investigação como “Colegiado de Gestão Regional”, ainda que a referência a essa unidade pode reportar, em diferentes momentos e regiões de saúde, à CIB regional, ao CGR ou à atual CIR.

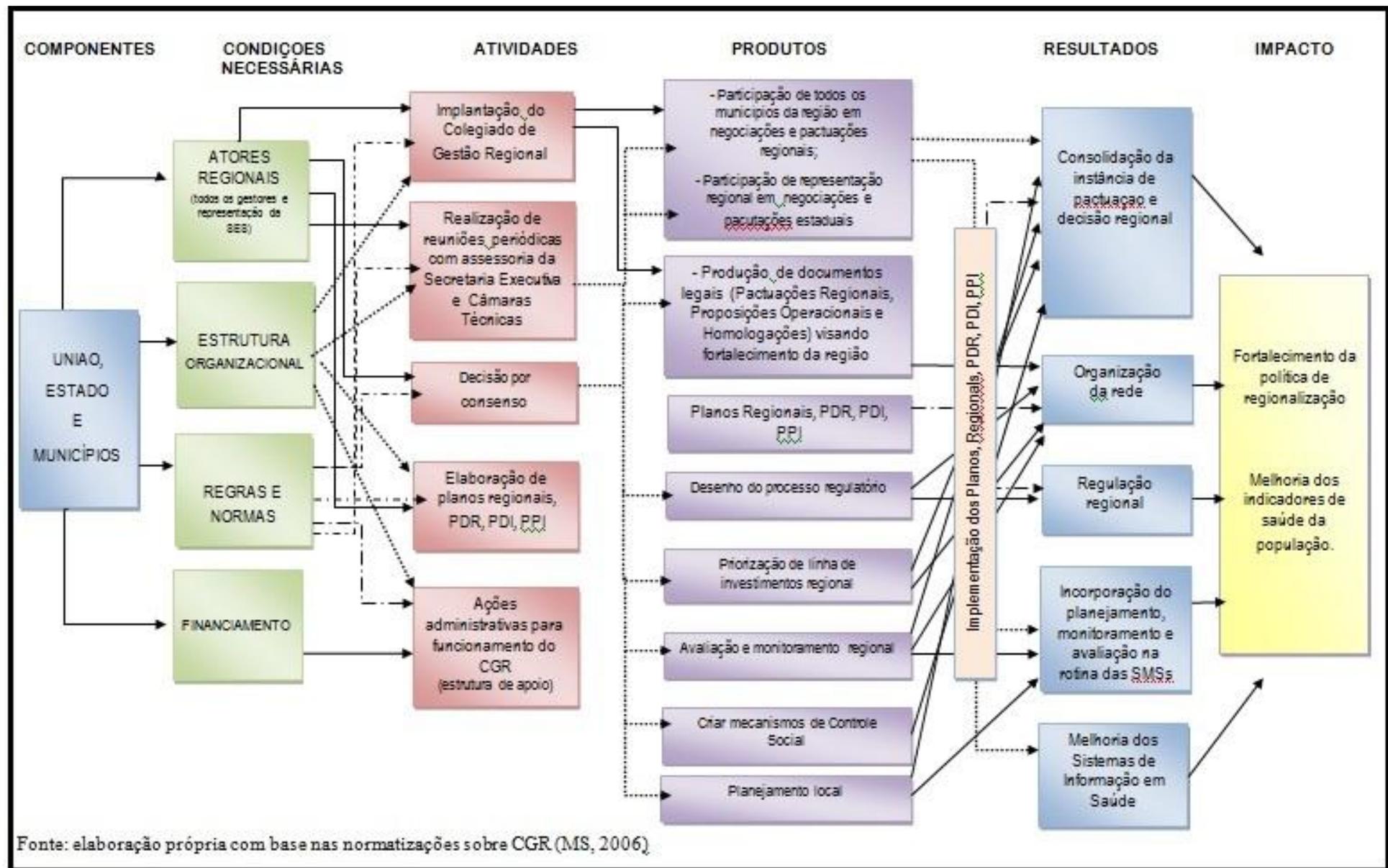
4.4 FOCO DA INVESTIGAÇÃO

A conformação do CGR, seu funcionamento e sua organização são o foco desta pesquisa. Através da Portaria/GM nº 399 (MS, 2006a) deu-se o respaldo normativo para sua consolidação, porém, sabe-se que seu desenho real e suas práticas são frutos da organização de cada estado, através de sua Secretaria Estadual de Saúde e também do seu COSEMS, tanto na esfera estadual quanto regional. Para tal, foram analisados componentes referentes à prática de planejamento e gestão, e como esta se dá no nível regional – objeto da pesquisa.

Para HARTZ *et al.* (2005), tendo em vista a avaliação em saúde, a elaboração e discussão do modelo lógico de um programa ou de uma intervenção é o que permite definir exatamente o que deve ser medido e qual a parcela de contribuição do programa nos resultados observados. Desta forma, construir o modelo teórico ou modelo lógico de um programa é a forma de explicitar como o programa idealmente funciona.

Ainda que o CGR não seja um programa ou uma intervenção, ele pode ser considerado uma estratégia de fomento à regionalização. A avaliação não é um dos objetivos desta pesquisa, mas considera-se que a esquematização, num modelo lógico, da estruturação e do funcionamento dessa instância colegiada regional (Figura 2) oferece subsídios importantes para o seu entendimento.

Figura 2 – Modelo lógico da gestão e funcionamento do CGR



4.5 EXPLORAÇÃO DAS 16 INSTÂNCIAS COLEGIADAS REGIONAIS: FONTE DE DADOS, INSTRUMENTOS E ATORES CHAVE

No intuito de caracterizar os CGR do estado de Mato Grosso, numa primeira abordagem foi utilizada como fonte de dados a matriz de análise de seis dimensões do projeto maior (Anexo I) e o questionário autoaplicado elaborado pelo grupo de pesquisa do qual esta pesquisadora faz parte. Este questionário (Anexo II) com 99 questões, passou pela fase de pré-teste e foi encaminhado aos informantes-chave no mês de janeiro de 2012.

O referido questionário foi enviado a seis informantes-chave de cada uma das 16 microrregiões de saúde: o Coordenador do CGR (diretor do ERS), o Secretário Executivo do CGR (ou técnico do ERS), o Vice-Presidente Regional do COSEMS, dois Secretários Municipais de Saúde e o Secretário Executivo do Consórcio Intermunicipal de Saúde da região. Nas quatro microrregiões que possuem Hospitais Regionais, o questionário também foi enviado aos Diretores dos Hospitais Regionais.

Dos 98 questionários enviados aos atores-chave das 16 regiões de saúde, 61 (62,2%) foram respondidos (Quadro 9), principalmente por representantes da gestão regional (Diretores ERS/Secretários Executivos CGR) e da gestão municipal (SMS e Vice-presidente de COSEMS).

Quadro 9 - Questionários enviados e respondidos, por categoria de Informante-Chave, Mato Grosso, 2012

Informantes-Chaves	Questionários enviados		Questionários respondidos	
	No.	%	Nº	%
Vice-Presidentes Regionais COSEMS	16	16,33	11	68,75
Secretários Municipais de Saúde	32	32,66	18	56,25
Diretores ERS/Secretários Executivos CGR	31	31,63	28	90,32
Secretários Executivos de Consórcios	15	15,30	3	20,00
Diretores de Hospitais Regionais	4	4,08	1	25,00
Total	98	100	61	62,24

Todas as 16 regiões fizeram-se representar com pelo menos 50,0% de resposta e pelo menos um ator da gestão regional (ERS) e da gestão municipal (SMS), mas

opiniões importantes podem ter sido perdidas com um percentual de 37,8% de abstenção (Quadro 10).

Quadro 10 - Situação de recebimento de questionários, por Região de Saúde e categoria de Informante-Chave, Mato Grosso, 2012

Regiões de Saúde	SMS	Vice-Cosems	Diretor ERS	CGR	CIS	HR	Respostas	
							Nº	%
Água Boa	-	1	1	1	-	---	3	50,0
Alta Floresta	1	-	1	1	-	---	3	50,0
Baix. Cuiabana	1	1	1	1	---	---	4	80,0
Barra do Garças	1	1	1	1	-	---	4	66,7
Cáceres	2	1	-	1	1	-	5	71,4
Colider		1	1		-	-	2	28,6
Diamantino		1	1	1	1	---	4	66,7
Juara	2		1	1	-	---	4	66,7
Juína	2	1	1	1	-	---	5	83,3
Peixoto Azevedo	2	1	-	1	-	---	4	80,0
Pontes Lacerda		1	1	1	-	---	3	50,0
P. Alegre Norte	1	1	1	1	-	---	4	66,7
Rondonópolis	1			1	-	1	3	42,9
S. Félix Araguaia	1		1	1	-	---	3	50,0
Sinop	3		1	1	-	-	5	71,4
Tangará da Serra	1	1	1	1	1	---	5	83,3
Total	18	11	13	15	3	1	61	62,2

Para esta pesquisa foram utilizados apenas os questionários respondidos pelos atores participantes do CGR: Vice-Presidentes do COSEMS, Secretários Municipais de Saúde, Diretores de Escritório Regional de Saúde e Secretários Executivos de CGR. Foram excluídos aqueles respondidos pelos Secretários Executivos dos Consórcios Intermunicipais de Saúde e Diretores de Hospitais Regionais. Sendo assim, dos 61 questionários recebidos, obteve-se um produto de 57 questionários, dos quais 29 (50,9%) eram oriundos de representantes da gestão municipal e 28 (49,1%) de representantes da gestão regional.

Os dados oriundos do questionário conformaram um banco de dados construído no aplicativo Excel, de onde foram extraídas as tabulações referentes às questões de interesse para esta pesquisa.

Também foi realizada pesquisa documental, mediante a análise de dois instrumentos distintos: os Regimentos Internos dos CGR e os Termos de Compromisso de Gestão Municipal, no que tange às responsabilidades assumidas frente à regionalização (Eixo II) e ao Planejamento/Programação (Eixo III).

Quanto aos Regimentos Internos de CGR, foram analisados regimentos disponíveis na Secretaria Executiva da CIB/MT ou levantados de alguns ERS, num total de dez regimentos, a saber: CGR Alto Tapajós (Alta Floresta), CGR Baixada Cuiabana (Baixada Cuiabana), CGR Baixo Araguaia (São Felix do Araguaia), CGR Garças Araguaia (Barra do Garças), CGR Médio Araguaia (Água Boa), CGR Noroeste Matogrossense (Juína), CGR Oeste Matogrossense (Cáceres) CGR Sul Matogrossense (Rondonópolis), CGR Teles Pires (Sinop), CGR Vale Arinos (Juara) e CGR Baixada Cuiabana. Para tal, foi criada uma tabela comparativa, dividida por artigos para checagem das atribuições de cada CGR. Estes documentos foram fornecidos pela CIB/MT. Os demais CGR não encaminharam cópia de seu regimento interno para a secretaria da CIB/MT.

Já para análise do TCGM – Termo de Compromisso de Gestão Municipal foi utilizado o instrumento virtual SISFACTO, com a construção de planilha específica, comparando o desempenho de cada uma das 16 regiões de saúde de Mato Grosso, com detalhamento do desempenho de cada município, referente aos Eixos II e III.

4.6 – ESTUDO DE CASO: PROCESSO DE SELEÇÃO, FONTE DE DADOS, INSTRUMENTOS E ATORES CHAVE

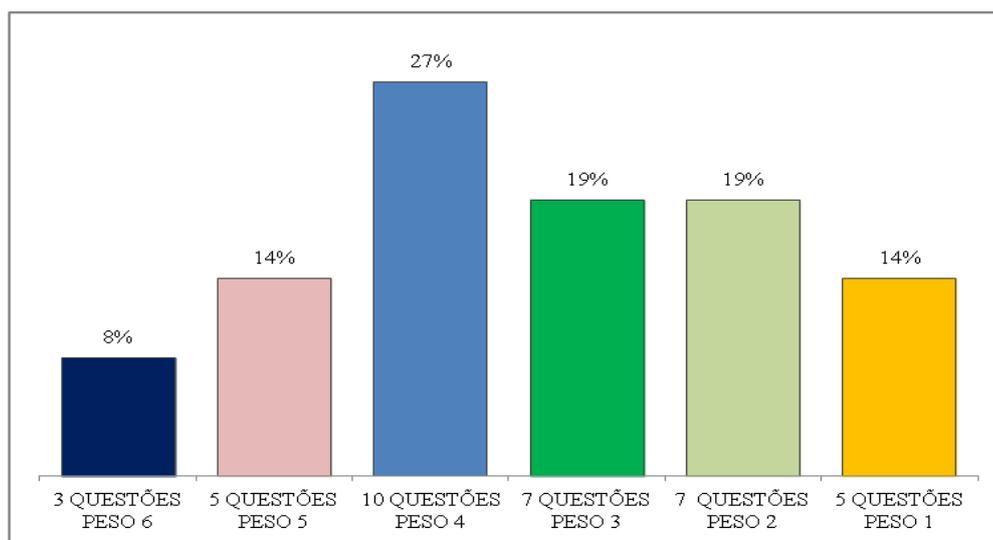
A escolha dos casos foi realizada mediante o critério de polaridade. Através da análise do material colhido mediante o questionário autoaplicado foram escolhidas as duas instâncias decisórias regionais que se distanciassem uma da outra em posicionamentos e práticas de gestão e planejamento.

Para a escolha dos CGR-caso foram extraídas daquele questionário 48 questões, selecionadas pela pesquisadora, as quais foram submetidas a seis *experts* para posicionamento sobre aquelas mais sensíveis à apreensão do processo de gestão e planejamento regional.

Os *experts*, oriundos das instituições UNICAMP, ENSP/FIOCRUZ, UNESP/Botucatu, FCMSC/SP e ISC/UFMT, foram convidados a escolher 20, dentre aquelas 48 questões que, sob seu ponto de vista, melhor evidenciassem práticas de gestão e planejamento regional.

Das 48 questões selecionadas pela pesquisadora, 37 foram escolhidas pelos *experts*, com “votos” variando de 1 a 6, que redundou no peso aferido a cada questão: 3 questões com peso 6 (escolhidas por 6 *experts*), 5 questões com peso 5 (escolhidas por 5 *experts*), 10 questões com peso 4 (escolhidas por 4 *experts*), 7 questões com peso 2 (escolhidas por 3 *experts*), 7 questões com peso 3 (escolhidas por 2 *experts*) e 5 questões com peso 1 (escolhida por apenas um *expert*), conforme Figura 3. O referido produto encontra-se no Apêndice I.

Figura 3 - Distribuição das questões escolhidas por *experts* segundo pesos, Mato Grosso, 2013



As respostas às 37 questões providas pelos 57 questionários utilizados foram tabuladas utilizando os valores 0, 1 ou 2 para cada resposta, à qual foi aferido o peso de 1 a 6, conforme a questão.

Foi adotado o seguinte critério para a aferição do valor 0 a 2 a cada resposta: 0 = quando o respondente assinalou NÃO ou NÃO SEI (para informante há mais de 6 meses no cargo); 1 = quando o respondente assinalou SIM, sem detalhamento da resposta ou NÃO SEI (para informante há menos de 6 meses no cargo); 2 = quando o respondente assinalou SIM, qualificando-o (detalhando ou explicando a resposta).

Para as questões de múltiplos itens, foi utilizado o mesmo critério para cada um dos itens. Já os pesos aferidos (de 1 a 6), como mencionado, são fruto do posicionamento dos 6 experts consultados, frente às 37 questões por eles selecionadas (Apêndice I). Como exemplo, apresenta-se no quadro 11 o processo de pontuação de uma das respostas.

Quadro 11 - Processo de pontuação das respostas à Questão 12 do questionário autoaplicado, Região X de MT, 2013

Questão 12 - Todos os gestores municipais da Região participam pessoalmente, com regularidade, do CGR							
Opções de Resposta	Pontuação atribuída	Inf 1	Inf 2	Inf 3	Média	Peso	Valor Final
SIM	2	2	2		1,66	4	6,66
NÃO Qualificado ou NÃO SEI (atores com menos de 6 meses cargo)	1			1			
NÃO ou NÃO SEI (atores com mais de 6 meses no cargo)	0						

A tabulação do conjunto desses dados redundou na pontuação apresentada na tabela 1.

Tabela 1 - Distribuição das regiões de saúde em quintis, segundo pontuação obtida das informações sobre gestão e planejamento, providas por representantes da gestão municipal e regional. Mato Grosso, 2012.

QUINTIS	REGIÃO	PONTUAÇÃO
1º quintil	Juína	221,80
	Peixoto de Azevedo	213,00
	Diamantino	211,00
2º quintil	Alta Floresta	195,00
	Água Boa	193,00
	Rondonópolis	189,25
3º quintil	Juara	183,67
	São Félix do Araguaia	183,33
	Pontes e Lacerda	181,67
	Tangará da Serra	181,62
4º quintil	Sinop	168,25
	Colíder	168,00
	Porto Alegre do Norte	167,75
5º quintil	Barra do Garças	166,50
	Baixada Cuiabana	161,67
	Cáceres	155,75

Pelo critério de polaridade, a escolha dos dois casos deveria se dar entre aqueles do primeiro e do último quintil. No primeiro quintil optou-se pela região de Juína e no último quintil, a região de Barra do Garças. A escolha de Juína atendeu o critério de pontuação, enquanto a escolha de Barra do Garças, além desse critério, deveu-se ao fato de que a Baixada Cuiabana e Cáceres já haviam sido selecionadas para estudo de caso da mesma natureza.

Para a caracterização geral destas duas regiões de estudo foram utilizados os indicadores construídos para a pesquisa maior, a partir de dados quantitativos secundários oriundos de sistemas nacionais de informação. Os 25 indicadores utilizados conformam sete dimensões (Quadro 12).

Quadro 12- Dimensões e indicadores utilizados para caracterização das regiões de Barra do Garças e Juína

DIMENSÃO	INDICADORES
1.1 Demográfica: Crescimento	Razão de Crescimento Crescimento Vegetativo
1.2 Demográfica: Envelhecimento	Razão de Envelhecimento Idade Mediana
2. Socioeconômica	Produto Interno Bruto per capita Índice de Desenvolvimento Humano Cobertura do Esgotamento Sanitário
3. Valorização da Atenção Básica	Cobertura da Estratégia de Saúde da Família Cobertura do Pré-Natal (> 6 consultas) Número de consultas médicas de AB por habitante
4. Compromisso financeiro com a Saúde	Despesas gerais com saúde Percentual de despesas próprias municipais
5. Epidemiológica (morbimortalidade)	Taxa mortalidade infantil precoce Taxa Incidência de Dengue Taxa de Incidência de Tuberculose Coeficiente de internação hospitalar por IRA em < 5 anos Coeficiente de internação por GECA
6. Disponibilidade de Serviços de Saúde	Disponibilidade de UBS por habitantes Disponibilidade de serviços especializados + SADT por hab. Disponibilidade de leitos hospitalares por hab. Disponibilidade de médico + enfermeira por habitante
7. Relação Público-Privada no SUS	Participação público-privada nos serviços especializados Participação público-privada nos SADT Participação público-privada nos leitos hospitalares Percentual da população coberta pela saúde suplementar

Scatena et al. 2012

O estudo de caso envolveu distintas estratégias de investigação: visita aos municípios sede dos CGR selecionados, observação direta da reunião do CGR, levantamento dos documentos disponíveis do CGR, realização de entrevista coletiva em reunião de CGR e entrevista com atores regionais selecionados.

Inicialmente foi realizado contato prévio (pessoal ou mediante telefone/e-mail) com a diretoria do ERS solicitando permissão para participar da reunião como observador e também para realizar os demais procedimentos investigativos necessários.

Em cada uma das regiões foram realizadas observações diretas de reunião ordinária da instância colegiada regional, bem como a investigação de seus desdobramentos: organização, condução e encaminhamentos pós-reunião, obedecendo a roteiro específico (Apêndice II).

Por ocasião das visitas, foi realizado o levantamento de documentos disponíveis na instância regional (lista de frequência, atas, resoluções e proposições) que, direta ou indiretamente, relacionassem-se com planejamento e gestão regional (Apêndice III).

As entrevistas foram feitas com os seguintes atores, representantes de instâncias gestoras e prestadoras de serviços de saúde, envolvidas com o SUS na região: Diretor do ERS, Secretário Executivo do CGR, Vice-presidente regional do COSEMS, um ou dois outros Secretários Municipais de Saúde, Secretário Executivo do CIS e Diretor de DSEI. No total foram entrevistados 14 atores, sendo sete em Juína e sete atores em Barra do Garças.

As entrevistas deram-se na mesma semana da observação da reunião, mediante contato prévio com os atores-chave para agendamento de data, horário e local. As entrevistas, que foram gravadas e posteriormente transcritas, foram conduzidas mediante roteiro específico (Apêndice IV), idealizado com base teórica e finalizado com o material empírico colhido através do questionário. O roteiro foi submetido à pré-teste antes de ser aplicado.

Realizou-se também uma entrevista coletiva em cada CGR. Após observação direta da segunda reunião de CGR, solicitou-se o espaço do último assunto da pauta para informar aos atores a realização da pesquisa e solicitar aos membros do colegiado que respondessem à pergunta coletiva. A entrevista coletiva teve duração aproximada de 40 minutos.

Através das entrevistas pretendia-se apreender e analisar a forma de realização da gestão e planejamento no âmbito regional, o tipo de relação interpessoal (conflituosa ou consensual) existente entre os membros do CGR e também como se

dava a relação da instância regional com outras instâncias envolvidas com o SUS na região e no estado (CIB, COSEMS, SES e outra eventualmente em evidência).

4.7 PROCESSO DE ANÁLISE

A caracterização dos 16 CGR do estado, relativa ao processo de gestão e planejamento, fez-se por abordagem basicamente quantitativa, em que a respostas dos informantes-chave àquelas 37 questões do questionário foram tratadas com técnicas de estatística descritiva, principalmente proporções e médias.

No processo de análise dos dados primários (entrevistas) foi utilizada a técnica de análise de conteúdo, com o objetivo de encontrar elementos que permitam inferir sobre outro prisma além da mensagem propriamente dita (BARDIN, 1977). Os dados secundários (atas, regimento, resoluções, entre outros) também foram investigados com base na análise de conteúdo, tendo por foco a elucidação das estratégias e dos processos regionais ligados ao planejamento e gestão.

Através das entrevistas pretendia-se apreender e analisar forma de realização de gestão e planejamento no âmbito regional, o tipo de relação interpessoal (conflituosa ou consensual) existente entre os membros do CGR e também como se dava a relação da instância regional com outras instâncias envolvidas com o SUS na região e no estado (CIB, COSEMS, SES e outra eventualmente em evidência).

Para a análise desse vasto conjunto de dados construiu-se uma matriz específica (Quadro 13), a partir daquela concebida para o projeto maior “Análise do Processo de Regionalização da Saúde no Estado de Mato Grosso”. Este recorte foi delimitado pelas questões elencadas por *experts* como mais sensíveis para apreender os processos de gestão e planejamento nas instâncias regionais e correspondeu a 37,4% do questionário da pesquisa mãe.

Como pode ser observado nessa matriz, para a exploração das variáveis constantes nas cinco dimensões que ela contempla, mais de uma fonte de evidência poderia ser utilizada: questionário, documentos disponíveis no CGR (atas, proposições e resoluções), observação direta e entrevistas com atores-chave, além de questionamento coletivo (efetuado no processo de observação direta em reunião de colegiado, mediante consentimento).

Quadro 13 - Matriz para coleta, processamento e análise dos dados

Dimensão	Variável	Questionário	Documentos	Observação direta	Entrevista
Institucionalidade do CGR	Participação dos gestores em reuniões de CGR (regularidade e interesse)				
	Atores que exercem papel de liderança no CGR				
	Organização do CGR: atribuições da Secretaria Executiva				
	Organização do CGR: existência de câmaras técnicas				
	Aspectos relevantes do Regimento Interno				
Governança do CGR	Participação e importância das instâncias CGR, ERS, SMS e CIS no planejamento regionalizado				
Planejamento	Instrumentos de planejamento utilizados na região (PDR, PDI, PPI, RAG)				
	Existência de Plano Regional de Saúde				
	O que se faz de planejamento regional na região				
	O que visam as ações planejamento regional realizadas na região de saúde				
	Principais espaços onde ocorre a articulação/pactuação com vistas ao planejamento regional				
	Principais espaços de pactuação dos recursos aplicados na região				
	Importância do Pacto de Gestão (2006) no processo de planejamento regional				
Gestão do CGR	CGR possui agenda regular de reunião com cronograma anual previamente definido e divulgado				
	Atores que conduzem CGR e definem pauta de reuniões.				
	Critérios de pauta				
	Critérios utilizados para tomada de decisões em reunião de CGR				
	Acompanhamento dos encaminhamentos emanados das reuniões de CGR				
	Instrumentos utilizados na formalização das decisões do CGR				
	Atuação do CGR na definição de estratégias no alcance de metas prioritizadas no Pacto pela Vida, com a definição, se necessário, de outras prioridades regionais				
	Atualização e acompanhamento da PPI				
	Definição de fluxos e processos regulatórios da região				
	Definição de investimentos prioritários para a saúde na região				
	Atividades de apoio ao processo de planejamento e saúde nos municípios				
	Atividade de articulação com os Conselhos Municipais de Saúde				
	Pactuação de ações articuladas entre os municípios (vigilância em saúde, APS)				
Apoio do CGR aos processos de qualificação da gestão do trabalho e da educação em saúde					
Resultados e Impactos da Regionalização	Principais mudanças que o Pacto pela Saúde (mais especificamente o Pacto de Gestão) trouxe para a região				
	Mudanças institucionais advindas do processo de regionalização da saúde na região				
	Aspectos relevantes do Pacto de Gestão, Eixo II Regionalização e Eixo III Planejamento e Programação				

4.8 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O projeto de pesquisa está inserido em projeto maior (Análise do Processo de Regionalização em Mato Grosso), aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Mato Grosso (Protocolo nº 681/CEP-HUJM/09), conforme determina a Resolução 196 do Conselho Nacional de Saúde.

Quanto às entrevistas, foi garantido o anonimato dos entrevistados, bem como a utilização dos dados exclusivamente, com finalidade científica. As entrevistas foram realizadas com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice V). A pesquisa não representou em qualquer risco aos participantes.

4.9 FINANCIAMENTO

Esta pesquisa não contou com financiamento específico, porém por ser subprojeto daquele projeto maior, financiado pelo CNPq, recebeu dessa agência alguns benefícios: na primeira etapa, o custeio para a aplicação e o processamento do questionário; na segunda etapa foi beneficiado com o financiamento para deslocamento às instâncias colegiadas regionais, bem como para a transcrição das entrevistas realizadas.

5 . RESULTADOS

5.1 – GESTÃO E PLANEJAMENTO NO CONJUNTO DE CGR DE MATO GROSSO, SEGUNDO SEUS ATORES

Preliminarmente à caracterização dos CGR, no que tange à gestão e ao planejamento, faz-se uma breve apresentação dos informantes-chave, respondentes dos questionários nas 16 regiões de saúde.

A idade média dos 47 respondentes é de 43 anos (Tabela 2). Houve predominância do sexo feminino (64,6%).

Tabela 2 - Caracterização dos informantes-chave segundo região de saúde, Mato Grosso, 2012.

Região de saúde	Idade Média (anos)	Sexo		Tempo cargo (anos)	Escolaridade		
		FEM (%)	MASC (%)		ENSINO MÉDIO (%)	ENSINO SUPERIOR (%)	PÓS GRADUAÇÃO (%)
Água Boa	42,0	66,7	33,3	6,5	-	66,7	33,3
Alta Floresta	41,0	100	-	8,3	-	50,0	50,0
Baixada Cuiabana	47,5	66,7	33,3	3,3	-	33,3	66,7
Barra do Garças	45,3	25,0	75,0	2,2	-	50,0	50,0
Cáceres	47,2	40,0	60,0	1,3	20,0	60,0	20,0
Colider	34,5	100	-	1,1	-	-	100
Diamantino	41,3	75,0	25,0	2,33	-	100	-
Juara	42,3	33,3	66,7	1,9	-	100	-
Juína	42,2	80,0	20,0	2,1	40,0	20,0	40,0
Peixoto Azevedo	51,0	75,0	25,0	7,3	-	75,0	25,0
Pontes Lacerda	51,3	66,7	33,3	1,6	-	100	-
P. Alegre Norte	32,8	50,0	50,0	1,6	50,0	25,0	25,0
Rondonópolis	46,0	33,3	66,7	3,6	-	66,7	33,3
S. Félix Araguaia	42,0	66,7	33,3	1,1	-	100	-
Sinop	40,0	75,0	25,0	1,6	-	100	-
Tangará da Serra	41,8	80,0	20,0	6,9	-	80,0	20,0

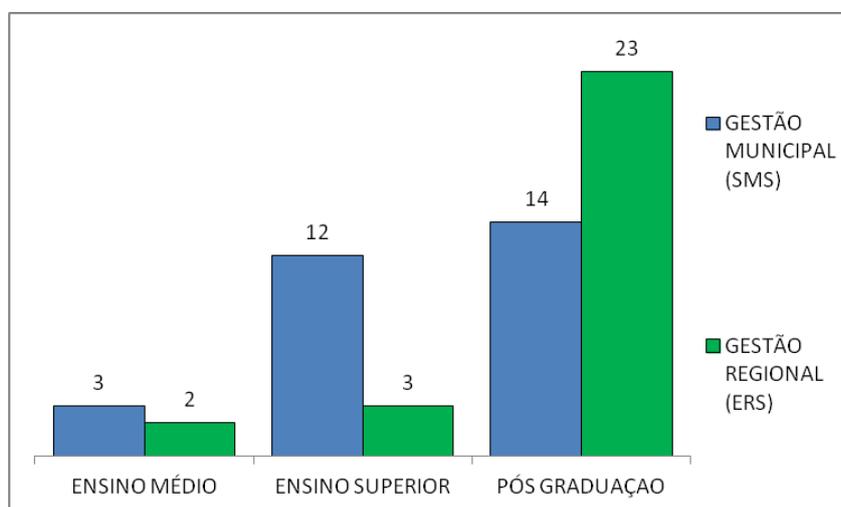
Fonte: elaboração própria a partir do questionário auto-aplicado.

O tempo médio no cargo observado foi de 2,8 anos. Analisando o tempo de cargo dos respondentes ao questionário, percebe-se que em 14 regionais (87,5%) todos os atores estão no cargo há mais de seis meses. Apenas 2 regionais possuem atores com tempo inferior a 6 meses no cargo: Cáceres (1 do segmento gestão regional) e Porto Alegre do Norte (2 do segmento gestão municipal).

Quanto à escolaridade dos respondentes, predominam atores com nível superior (64,2%), seguido de atores com especialização ou mestrado (28,9%) e somente 6,9% de atores que possuem apenas o ensino médio localizados nas regionais de Juína (2), Porto Alegre do Norte (2) e Cáceres (1).

Tanto na gestão municipal (SMS) quanto na gestão regional (ERS) predominam atores com nível superior (Figura 4). Portadores de título de pós-graduação prevalecem no segmento gestão regional.

Figura 4 - Distribuição da escolaridade dos informantes-chave, por segmento de gestão, Mato Grosso, 2013



A apreensão das principais características sobre gestão e planejamento regionais, nos 16 CGR do estado, deu-se mediante a resposta de 57 atores a 37 questões do referido questionário autoaplicado. Considerando as cinco dimensões analisadas e os pesos aferidos às questões, tem-se o panorama apresentado na tabela 3.

Tabela 3 - Distribuição das questões relativas a gestão e planejamento (no, percentual e pontuação média), segundo dimensões investigadas, CGRs de Mato Grosso, 2012.

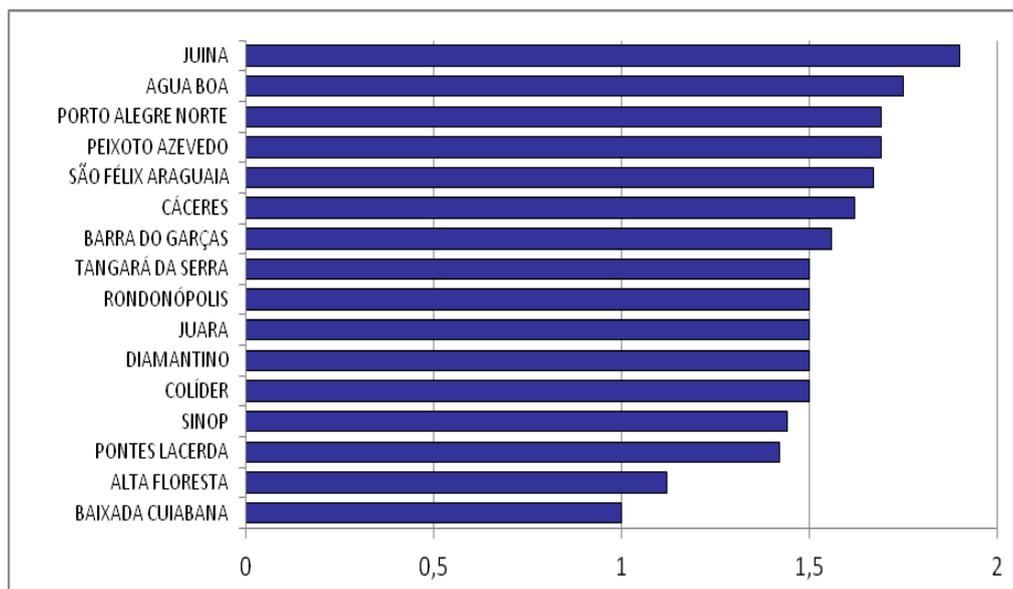
Dimensão	No. Questões	%	Pontuação Média
Institucionalidade do CGR	4	10,8	1,52
Governança da Regionalização	2	5,4	1,72
Planejamento Regional de Saúde	9	24,3	1,48
Gestão do CGR	19	51,4	1,46
Resultados e Impactos da Regionalização	3	8,1	1,69
Total	37	100%	

Como era esperado, pelo próprio foco desse trabalho, predominaram (75,7%) as questões relativas às dimensões “Gestão do CGR” e “Planejamento Regional de Saúde”, mas foram exatamente essas duas dimensões que tiveram menor pontuação.

Na dimensão **Institucionalidade do Colegiado de Gestão Regional** buscou-se apreender as formas de organização interna dos CGR, sua representatividade e legitimidade. Para tal, foi analisada a participação dos gestores em reuniões de CGR e a que ator(es) cabia o exercício da liderança na referida instância colegiada. Analisou-se também a organização do CGR: atribuições da Secretaria Executiva, a existência de câmaras técnicas e normalização mediante Regimento Interno.

A figura 5 apresenta um consolidado das quatro questões elegidas na dimensão Institucionalidade do CGR. Neste, tem-se no CGR de Juína a melhor pontuação (1,9) e no outro extremo o CGR Baixada Cuiabana (1,0).

Figura 5 - Distribuição da pontuação da dimensão Institucionalidade do Colegiado de Gestão Regional, segundo região de saúde, Mato Grosso, 2013



Através das respostas obtidas, verificou-se que os gestores participam pessoalmente e com regularidade das reuniões de CGR (78,9%). Observou-se também que o papel de liderança no Colegiado é exercido pelo Diretor do ERS (75,9%) e pelo Vice Presidente regional do COSEMS (14,8%).

Quanto à organização do CGR, a maioria deles conta com Secretaria Executiva própria (69,1%), mas em relação à Câmara Técnica apenas 38,0% dos respondentes afirmam sua instituição, várias delas com pouca atuação.

No que diz respeito à análise dos Regimentos Internos disponibilizados (62,5%), verificou-se que todos os CGR seguiram o modelo padrão sugerido pela CIB, havendo entre eles pequenas divergências que não alteraram sua forma inicial, com o detalhamento de algumas rotinas administrativas. (quadro 14)

Quadro 14 - Principais divergências encontradas* nos Regimentos Internos dos CGR, tendo como parâmetro o "modelo CIB", Mato Grosso, 2013

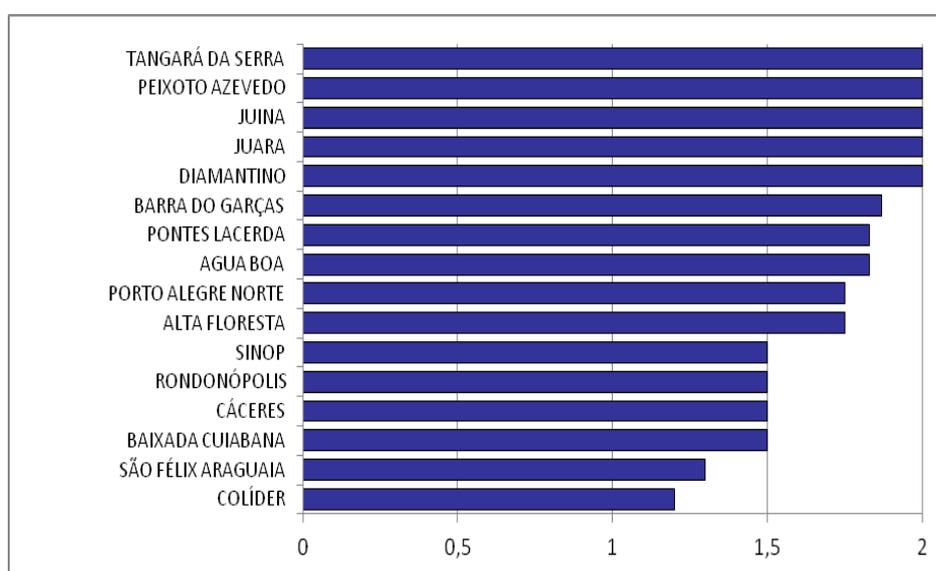
Modelo padrão fornecido pela CIB/MT	DIVERGÊNCIAS ENCONTRADAS									
	A B	A F	B C	B G	CAC	JUA	JUI	RO O	S F A	SIN
Art 2º CGR deve instituir processo de planejamento regional e apresentar suas pactuações através de Proposições e Resoluções	1									
Art.3º Composição do CGR (SES e SMS) e CONSENSO como forma de decisão					2					
Art 5º Competências do CGR		3								
Art 7º a 13º - Composição e funcionamento do Plenário					4					
Art 14º Composição e funcionamento da Secretaria Executiva					5	6	7			

*** Divergências encontradas:**

- 1 – CGR Água Boa inseriu parágrafo registrando que membros do CGR não serão remunerados;
- 2 – CGR Cáceres insere ANVISA no espaço de pactuação/decisão
- 3 – O CGR Cáceres não possui capítulo específico para as competências do colegiado;
- 4 – O CGR Cáceres: i) enviará pauta para membros CGR com antecedência de quatro dias úteis (modelo padrão cita quarenta e oito horas); ii) estipula prazo de dez dias úteis para encaminhamento de assuntos para compor pauta CGR (modelo padrão cita cinco dias úteis); iii) a Secretaria Executiva é responsável pela definição de pauta (modelo padrão cita Coordenador CGR + Vice-Regional do Cosems + Secretaria Executiva);
- 5 – A Secretaria Executiva será composta por representantes do ERS Cáceres (modelo padrão cita técnicos do ERS e técnicos dos municípios);
- 6 - A Secretaria Executiva será composta por representantes do ERS Juara (modelo padrão cita técnicos do ERS e técnicos dos municípios);
- 7 – A Secretaria Executiva será composta por representantes do ERS Cáceres, caso necessário as SMS deverão contratar técnicos como seus representantes (modelo padrão cita técnicos do ERS e técnicos dos municípios);

A dimensão **Governança da Regionalização** buscou captar a participação e importância das instâncias CGR, ERS, SMS e CIS na gestão e planejamento regionalizado. Esta dimensão foi analisada através do consolidado de duas questões, redundando na pontuação apresentada na figura 6. Essa dimensão teve pontuação máxima em cinco CGR (31,2%): Tangará da Serra, Peixoto de Azevedo, Juína, Juara e Diamantino. O CGR que apresentou menor pontuação foi o de Colíder (1,2).

Figura 6 - Distribuição da pontuação da dimensão Governança da Regionalização, por CGR, Mato Grosso, 2013



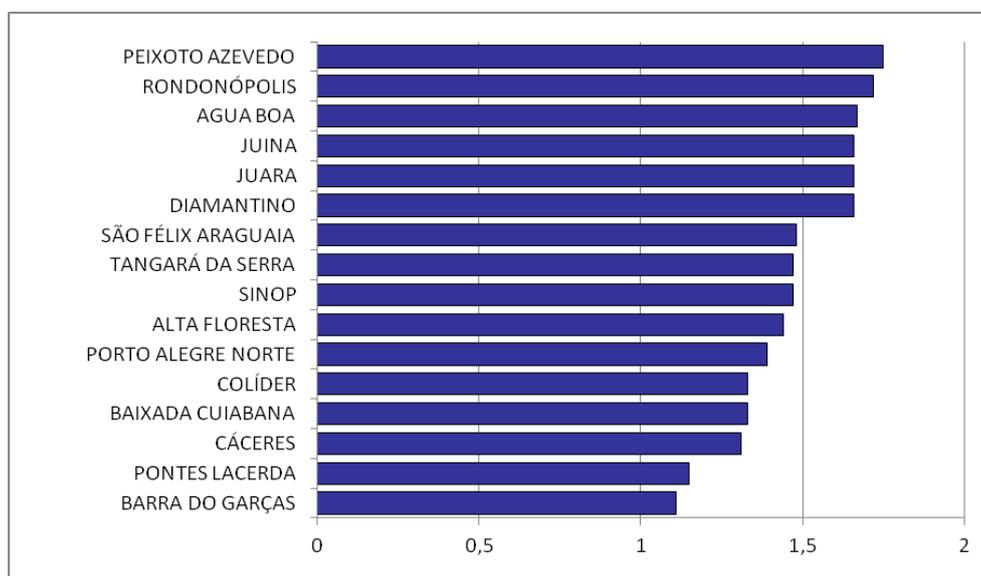
Os atores apontam o CGR como o espaço de maior participação no planejamento regionalizado, seguido do ERS e das Secretarias Municipais de Saúde. Em relação à condução do processo de regionalização, são referidas as mesmas instâncias, na mesma ordem.

Na dimensão **Planejamento Regional de Saúde** buscou-se apreender: que ações são realizadas visando o planejamento regional; que instrumentos são utilizados; a existência de Plano Regional de Saúde; quais os principais espaços onde ocorrem as ações que visam o planejamento regional; a importância do Pacto pela Saúde neste processo.

O consolidado dessa dimensão, por CGR (Figura 7), destaca dois CGR com maior pontuação: Rondonópolis (1,72) e Peixoto de Azevedo (1,75). No outro

extremo dois CGR também obtiveram menor pontuação: Pontes e Lacerda (1,15) e Barra do Garças (1,11).

Figura 7 - Distribuição da pontuação da dimensão Planejamento Regional de Saúde, por CGR, Mato Grosso, 2013



A maioria dos atores (60,0%) afirma que não há Plano Regional de Saúde, porém informam que o CGR trabalha com metas regionais (66,6%). Os instrumentos de planejamento mais utilizados na região são: a Programação Pactuada e Integrada – PPI (98,2%), o Relatório Anual de Gestão – RAG (83,3%), o Plano Municipal de Saúde - PAS (86,3%) e o Plano Diretor Regional - PDR (65,0%). Afirmam também que, após o Pacto de Gestão houve mudanças na PPI como instrumento de programação regionalizada.

São poucas as ações documentadas de iniciativa do próprio CGR visando o planejamento regional. As ações realizadas resumem-se a: apresentação e discussão dos Planos Municipais Saúde; socialização de Diagnósticos de Situação Saúde; definição de metas conjuntas; elaboração integrada de diagnósticos.

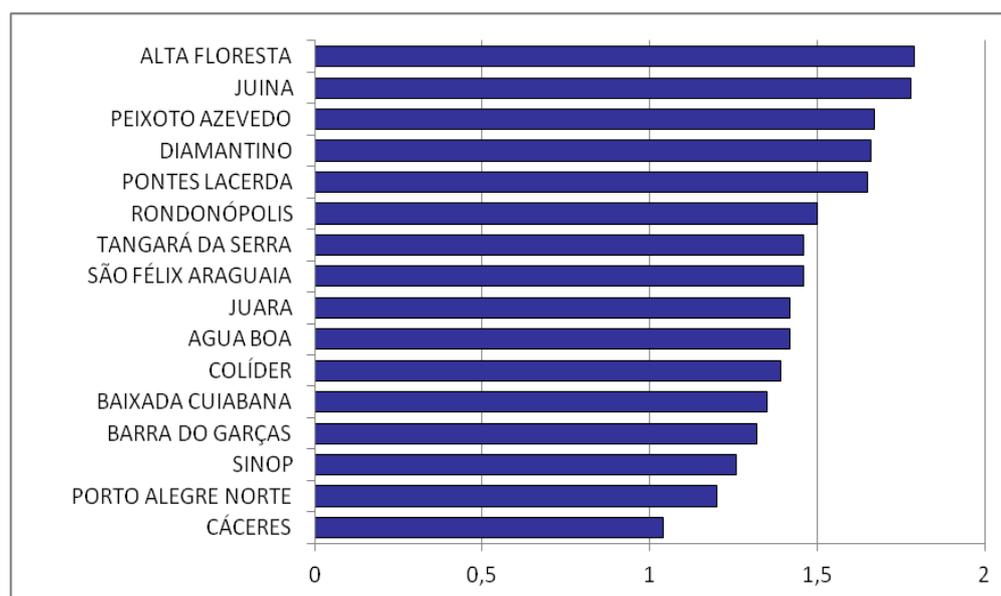
Há unanimidade entre os respondentes que o CGR é o principal espaço de articulação/pactuação com vistas ao planejamento regional, instância que também funciona como o principal espaço de pactuação dos recursos aplicados na região.

A dimensão **Gestão do Colegiado de Gestão Regional** foi a que contemplou maior número de questões (19), que buscaram investigar a rotina do CGR. Na rotina

administrativa foram analisados itens como a periodicidade de reuniões, instrumentos utilizados na formalização das decisões do CGR e acompanhamento dos encaminhamentos emanados das reuniões. Quanto aos procedimentos adotados para realização das reuniões investigou-se quais atores conduzem o CGR e definem a pauta das reuniões, bem como os critérios utilizados para tomada de decisões. Para mensurar a atuação do CGR, foram observadas as iniciativas para a definição de estratégias, definição de prioridades regionais, atualização e acompanhamento da PPI, entre outras.

O consolidado dessa dimensão, por CGR, mostra as regiões de Alta Floresta (1,79) e Juína (1,78) com as melhores pontuações (Figura 8), enquanto na situação oposta, encontra-se a região de Cáceres (1,04).

Figura 8 - Distribuição da pontuação da dimensão Gestão do CGR, por CGR, Mato Grosso, 2013



Quanto à sua rotina administrativa, observou-se que em todas as regiões o CGR possui uma agenda regular de reuniões mensais com cronograma anual previamente definido e divulgado (98,2%).

Nos procedimentos adotados para condução das reuniões, estas são conduzidas pelo Diretor do ERS (91,2%) e as pautas das reuniões predominantemente também são definidas por esse ator (50,9%).

As decisões do CGR são formalizadas através de atas, resoluções e proposições e os respondentes afirmam que todas ou a maioria das proposições encaminhadas à CIB/MT foram homologadas.

Quanto à tomada de decisões, analisando os 16 CGR, não há unanimidade entre os respondentes na afirmação de que as decisões são tomadas em consenso, posto que 26,8% deles também apontam a votação, isolada ou associada ao consenso, como uma das formas de tomada de decisão. Em apenas 6 regiões (37,5%), o consenso é informado pelos membros do CGR como a única forma de tomada de decisões: Alta Floresta, Baixada Cuiabana, Juína, Peixoto de Azevedo, Pontes e Lacerda e Sinop.

A maioria dos respondentes afirma que há mecanismos de acompanhamento dos encaminhamentos emanados das reuniões de CGR (77,3%), com unanimidade de respostas nas regionais de Alta Floresta, Baixada Cuiabana, Diamantino e Rondonópolis.

O CGR tem como rotina atualizar e acompanhar a PPI (96,0%), porém não há unanimidade nas respostas quanto a sua autonomia na definição dos fluxos e protocolos do processo regulatório e sobre a definição de linhas de investimento prioritária da região.

Já quanto às atividades de apoio ao processo de planejamento de saúde nos municípios, 75,00% dos respondentes afirmam que desenvolvem tal atividade citando como exemplo atividades de educação permanente através da CIES e a elaboração dos Planos Municipais de Saúde.

Quanto à articulação com os Conselhos Municipais de Saúde, a maioria dos respondentes afirma não desenvolver tais atividades (58,8%). As atividades elencadas pelos demais respondentes referem-se à aprovação de documentos das SMS que necessitam ser homologados em CGR.

Os respondentes afirmam que o CGR pactua ações articuladas entre os municípios para a vigilância em saúde (85,7%), citando a PAVS como exemplo. Afirmam também pactuar estratégias articuladas para ampliar a cobertura regional e a resolutividade da atenção primária em saúde (APS) nos diversos municípios da região (86,1%), citando como exemplo a pactuação do SISPACTO e pactuação de exames laboratoriais realizados na própria região.

Quanto à organização das redes regionalizadas de atenção a saúde, 81,6% afirma que o CGR pactua tais ações, citando como exemplo credenciamento de serviços, acompanhamento da PPI e criação de redes específicas para a região. Alegam o apoio a processos de qualificação da gestão do trabalho e da educação em saúde (97,9%), citando como exemplo a CIES.

Quanto à participação do CGR na definição de estratégias para que sejam alcançadas as metas prioritizadas no Pacto pela Vida, 65,2% dos respondentes afirmam que realizam tal atividade, citando como exemplo diversas ações de rotina do CGR: atividades de educação permanente, avaliação e repactuação da PPI, SISPACTO, TCGM, entre outros.

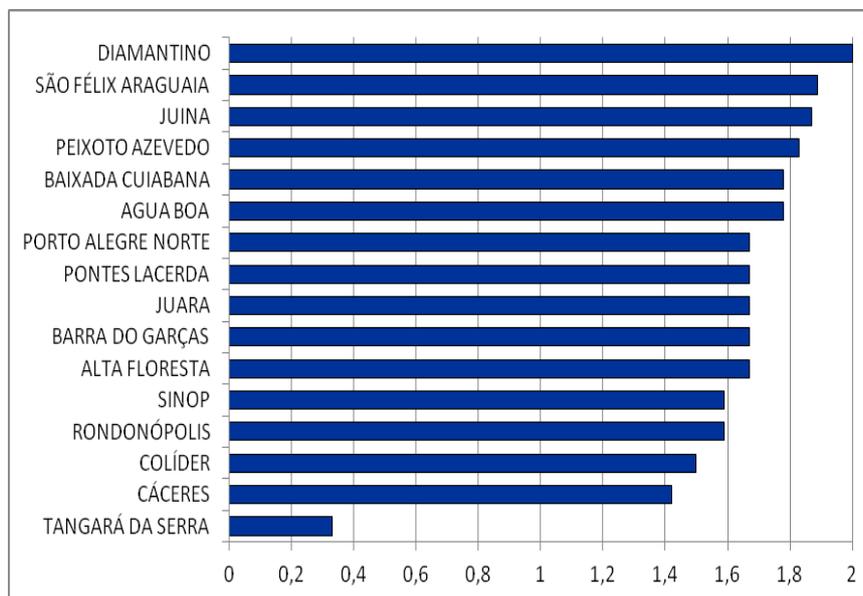
Finalizando, a dimensão **Resultados e Impactos da Regionalização** verificou, mediante duas questões com múltiplas opções de respostas, as mudanças institucionais fomentadas pelo processo de regionalização da saúde na região e se houve transformações na região advindas do Pacto pela Saúde e do Pacto de Gestão.

No consolidado dessa dimensão, por CGR, destacaram-se positivamente e negativamente, as regiões de Diamantino (2,0) e de Tangará da Serra (0,33), respectivamente (Figura 9).

Na opinião dos respondentes, algumas finalidades da região de saúde foram alcançadas nos últimos quatro anos, salientando-se: a ampliação do acesso às ações e serviços de saúde (70,1%), o atendimento às necessidades de saúde da população (50,8%) e a ampliação da resolutividade dos vários níveis de assistência à saúde (35,1%).

Para os atores, o Pacto pela Saúde trouxe como principais mudanças: a disponibilização de forma cooperativa de recursos humanos, entre as SMS ou entre SMS e SES/ERS (100%); a gestão plena dos recursos financeiros para assistência, recebidos fundo a fundo pelos municípios; a definição das responsabilidades sanitárias da região (PPI, PAVS, SISPACTO); o fortalecimento do planejamento municipal e a participação do CGR no processo decisório regional.

Figura 9 - Distribuição da pontuação da dimensão Resultados e Impactos da Regionalização, por CGR, Mato Grosso, 2013



Em relação às mudanças institucionais advindas do processo de regionalização da saúde, elas não se deram de forma expressiva, segundo os respondentes. As que se sobressaíram foram: gestão plena dos recursos financeiros para assistência recebidos fundo a fundo pelos municípios (40,4%); participação do CGR no processo decisório regional (36,5%); fortalecimento da PPI (36,5%). Considerando-se conjuntamente as mudanças moderadas e expressivas, na percepção dos atores do CGR houve uma melhoria importante de praticamente todas as condições elencadas (Tabela 4).

Complementando as informações analisadas nessa dimensão, observou-se também como se deu a adesão dos municípios ao Pacto pela Saúde, por região. Analisou-se também o comportamento dos municípios, nos compromissos registrados no Termo de Compromisso de Gestão Municipal (TCGM), especificamente quanto à Regionalização (Eixo II) e Planejamento e Gestão (Eixo III).

Tabela 4 - Percentual de respostas positivas (moderada ou expressiva) às mudanças institucionais fomentadas pela regionalização, Mato Grosso, 2012.

Mudanças Institucionais	Moderada + Expressiva
Organização da atenção à saúde	88,8%
Divulgação de decisões/proposições do CGR	88,4%
Processo de gestão da política de saúde	87,0%
Prestação da atenção à saúde	84,9%
Monitoramento das proposições do CGR	84,6%
Parcerias para enfrentamento de problemas	76,9%
Superação de conflitos	75,0%
Acordos formais de cooperação intergestores	73,3%
Redução de desigualdades intermunicipais	61,5%

Através da Tabela 5, pode-se observar o percentual de adesão ao Pacto pela Saúde, somando 135 municípios com assinatura do TCGM até julho de 2012. Realizando comparação da evolução desta adesão que teve início efetivo no estado no ano de 2008, percebe-se uma lenta evolução entre os anos de 2010 a 2012.

Tabela 5 - Adesão ao Pacto pela Saúde, comparativo anos 2010 e 2012.

Região de Saúde	2010 (%)	2012 (%)
Água Boa	100	100
Alta Floresta	100	100
Baixada Cuiabana	63,3	72,7
Barra do Garças	100	100
Cáceres	100	100
Colider	100	100
Diamantino	85,7	100
Juara	100	100
Juína	100	100
Peixoto de Azevedo	100	100
Pontes e Lacerda	80,0	80,0
Porto Alegre do Norte	100	100
Rondonópolis	100	100
São Félix do Araguaia	100	100
Sinop	92,8	92,8
Tangará da Serra	100	100

O Eixo II do TCGM, Regionalização, trata das responsabilidades de cada município frente à regionalização solidária. Na análise dos registros na ferramenta

SISPACTO dos acordos firmados no ano de 2010, obteve-se o panorama apresentado na Tabela 6, distribuído por região.

Tabela 6 - Panorama dos compromissos municipais assumidos junto ao TCGM no ano de 2010, Eixo II, distribuídos por região, Mato Grosso 2012.

EIXO II – Regionalização, TCGM/SISPACTO (itens 2.1 a 2.5*)					
Região de Saúde	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5
Água Boa	100	100	100	88,00	50,00
Alta Floresta	100	100	100	100	100
Baixada Cuiabana	45,45	63,63	63,63	45,45	45,45
Barra do Garças	100	100	100	100	40
Cáceres	100	100	100	100	92,00
Colider	100	50,00	100	67,00	50,00
Diamantino	71,42	71,42	85,71	71,42	85,71
Juara	100	100	100	100	100
Juína	100	86,00	100	100	100
Peixoto de Azevedo	100	100	100	80,00	100
Pontes e Lacerda	80,00	90,00	90,00	70,00	70,00
Porto Alegre do Norte	100	100	100	100	100
Rondonópolis	100	100	100	100	68,00
São Félix do Araguaia	100	100	100	80,00	80,00
Sinop	93,00	93,00	93,00	50,00	64,00
Tangará da Serra	100	100	100	90	100

*LEGENDA:

Item 2.1 – Todo município deve contribuir para a constituição e fortalecimento do processo de regionalização solidária e cooperativa, assumindo os compromissos pactuados;

Item 2.2 - Todo município deve participar da constituição da regionalização, disponibilizando de forma cooperativa os recursos humanos, tecnológicos e financeiros, conforme pactuação estabelecida;

Item 2.3 – Todo município deve participar do colegiado de gestão regional, cumprindo suas obrigações técnicas e financeiras. Nas CIB regionais constituídas por representação, quando não for possível a imediata incorporação de todos os gestores de saúde dos municípios da região de saúde, deve-se pactuar um cronograma de adequação, no menor prazo possível, para a inclusão de todos os municípios no respectivo colegiado de gestão regional;

Item 2.4 – Todo município deve participar dos projetos prioritários das regiões de saúde, conforme definido no Plano Municipal de Saúde, no Plano Diretor de Regionalização, no planejamento regional e no Plano Diretor de Investimento;

Item 2.5 - Executar as ações de referência regional sob sua responsabilidade em conformidade com a programação pactuada e integrada da atenção à saúde acordada no colegiado de gestão regional.

Fonte: Ministério da Saúde 2006

Neste eixo, chamam a atenção os prazos informados por determinados municípios para realização dos itens ainda fora de conformação (Não Realiza): em alguns itens, no plano de ação estes prazos estendiam-se até junho de 2014, prazos

que extrapolavam a data limite da gestão em vigor. No quadro 15, apresenta-se um exemplo da inconsistência citada.

Quadro 15 - Exemplo de inconsistência encontrada no preenchimento da ferramenta TCGM/SISPACTO, ano 2010

Município	Status do Item 2.2*:	Prazo para realizar
Juína	Não Realiza ainda (ano de 2010)	Junho/2014

* Legenda: Item 2.2 - Todo município deve participar da constituição da regionalização, disponibilizando de forma cooperativa os recursos humanos, tecnológicos e financeiros, conforme pactuação estabelecida

Já o Eixo III do TCGM, Planejamento e Programação, registra o compromisso de cada município na elaboração e utilização de instrumentos de planejamento e programação. Na análise dos registros na ferramenta SISPACTO dos acordos firmados no ano de 2010, obteve-se o panorama apresentado na Tabela 7, distribuído por região.

Tabela 7 - Panorama dos compromissos municipais assumidos junto ao TCGM no ano de 2010, Eixo III, distribuídos por regional, Mato Grosso, 2012.

Eixo III – Planejamento e Programação (Itens 3.1A, 3.1B, 3.3A e 3.3B*), TCGM/SISPACTO				
Região de Saúde	3.1A	3.1B	3.3A	3.3B
Água Boa	75,00	63,00	88,00	88,00
Alta Floresta	100	83,00	100	100
Baixada Cuiabana	54,54	54,54	63,63	63,63
Barra do Garças	80,00	60,00	100	100
Cáceres	100	100	100	100
Colider	100	100	100	100
Diamantino	85,71	85,71	85,71	85,71
Juara	100	100	100	100
Juína	100	100	100	100
Peixoto de Azevedo	80,00	80,00	100	100
Pontes e Lacerda	60,00	50,00	90,00	90,00
Porto Alegre do Norte	100	100	100	100
Rondonópolis	74,00	58,00	100	100
São Félix do Araguaia	100	100	100	100
Sinop	92,85	92,85	92,85	92,85
Tangará da Serra	90,00	90,00	100	100

*LEGENDA:

3.1A – Todo município deve elaborar o Plano Municipal de Saúde;

3.1B – Todo município deve submeter o Plano Municipal de Saúde à aprovação do Conselho Municipal de Saúde;

3.3A – Todo município deve elaborar o Relatório de Gestão Anual;

3.3B – Todo município deve apresentar e submeter o Relatório de Gestão Anual à aprovação do Conselho Municipal de Saúde.

Neste eixo, chama a atenção algumas inconsistências no preenchimento para itens da categoria “não realiza” pelos municípios como o prazo para julho ou dezembro do ano seguinte (2011) submeter os documentos elaborados à apreciação do Conselho Municipal. Nos itens da categoria “realiza” percebe-se também o descaso com algumas informações registradas como registro de data de apreciação dos documentos pelo Conselho Municipal de Saúde em ano anterior ao documento elaborado.

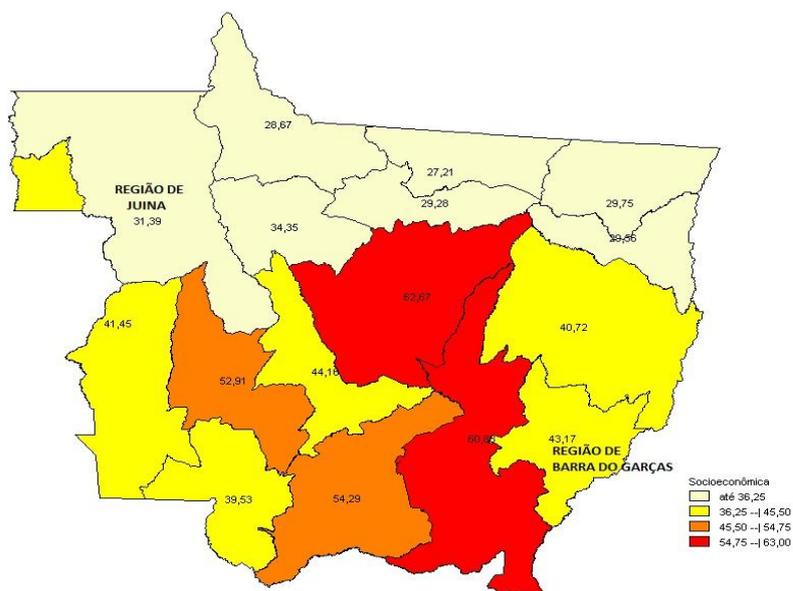
5.2 ESTUDO DE CASOS

5.2.1 Caracterização das regiões de estudo.

São reproduzidos aqui os mapas de MT com as regiões de saúde segundo três dimensões utilizadas na pesquisa maior (Quadro 12), consideradas adequados para ressaltar aspectos distintos e relevantes para as duas regiões de estudo.

Na dimensão socioeconômica, a região de Barra do Garças atinge score de 43,17 e a região de Juína classifica-se entre os piores scores, 31,39 (Figura 10).

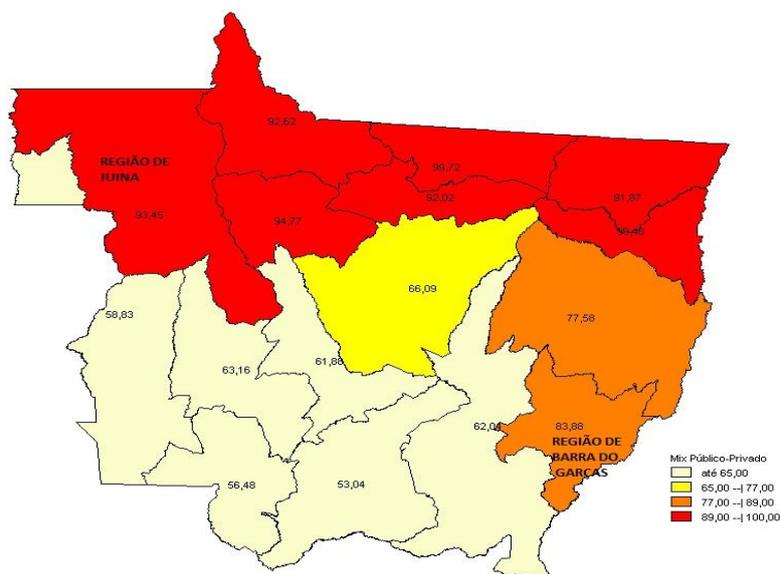
Figura 10 – Dimensão Socioeconômica



Na dimensão Relação Público-Privada no SUS (que valoriza e pontua melhor a participação pública) a região de Barra do Garças atinge score de 83,88 e a região

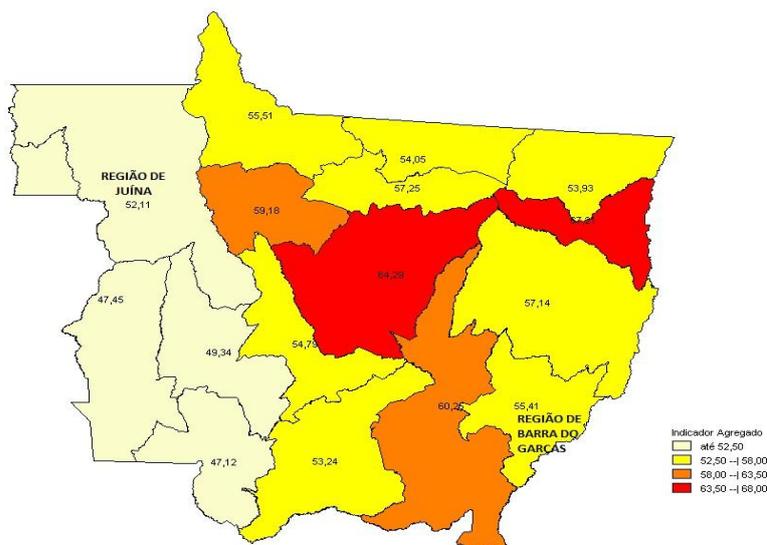
de Juína classifica-se entre os mais elevados (93,45), evidenciando a importância do setor público na saúde nesta região (Figura 11).

Figura 11 Dimensão relação público-privada no SUS



Na composição do Índice Agregado (todas as dimensões) a situação se repete, com a região de Barra do Garças com score de 55,41, localizando-se nas regiões intermediárias e a região de Juína novamente aparecendo entre as regiões de baixos scores, com 52,11 (Figura 12).

Figura 12 - Índice Agregado



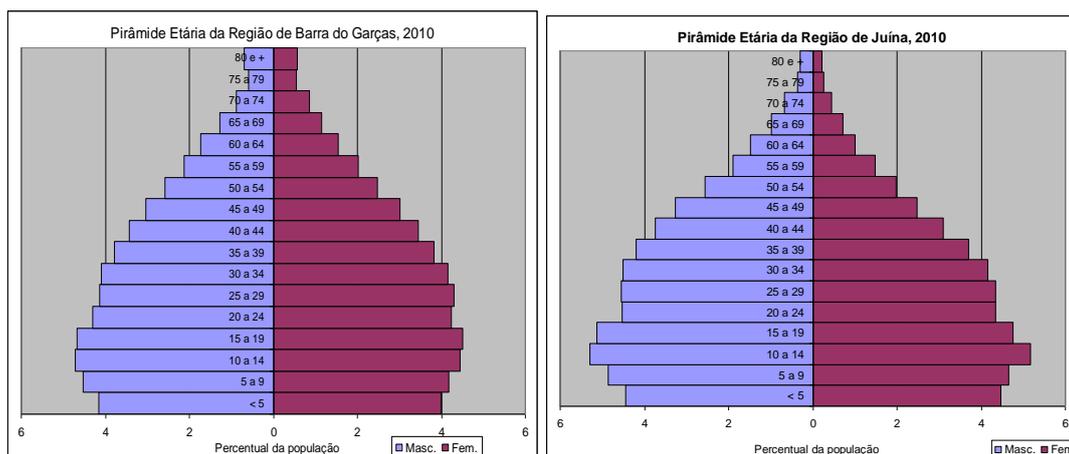
Os indicadores compostos por score e posicionamento entre as 16 regiões do estado podem ser observados no quadro 16:

Quadro 16 Indicadores compostos por *score* e posicionamento entre as 16 regiões do estado:

DIMENSÃO	REGIÃO BARRA	REGIÃO JUÍNA
1.1 Demográfica: Crescimento	6,37 (15º)	22,68 (2º)
1.2 Demográfica: Envelhecimento	66,5 (2º)	48,6 (15º)
2. Socioeconômica	43,17 (6º)	31,39 (11º)
3. Valorização da Atenção Básica	64,05 (3º)	54,84 (10º)
4. Compromisso financeiro com a Saúde	51,11 (7º)	39,12 (12º)
5. Epidemiológica (morbimortalidade)	47,72 (16º)	63,70 (13º)
6. Disponibilidade de Serviços de Saúde	42,53 (7º)	28,18 (14º)
7. Relação Público-Privada no SUS	83,88 (8º)	93,45 (4º)

A pirâmide etária das duas regiões está representada na Figura 13. A região de Barra do Garças encontra-se categorizada como Tipo I: população mais envelhecida, maior redução da natalidade, menor percentual de crianças e adolescentes, idade média superior a 30 anos; Já a região de Juína, o Tipo III: em um extremo oposto, as pirâmides revelam população menos envelhecida, taxa de natalidade ainda elevada, baixa mortalidade infantil, percentual elevado de crianças e jovens, idade média entre 25 e 30 anos.

Figura 13 - Pirâmide Etária Região Barra do Garças e Juína

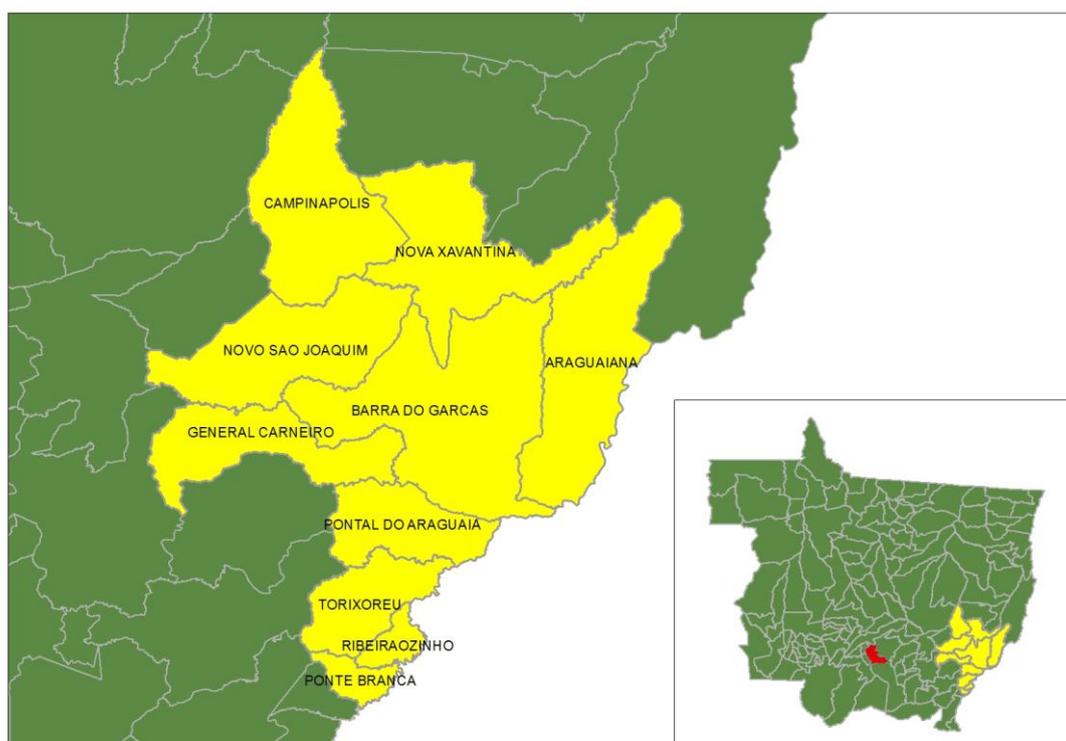


5.2.3 Caso Barra do Garças

A conformação da região de saúde de Barra do Garças deu-se no início dos anos 1980, com a criação do então Polo Regional de Saúde Barra do Garças (um dos cinco existentes à época), responsável por quase todos os municípios situados ao leste do estado, indo desde próximo à divisa de Mato Grosso do Sul até a divisa do Pará. Após alguns processos de subdivisão desse grande território, conformou-se, em 2001, a região de saúde de Barra do Garças, tendo como estrutura de representação estadual o Escritório Regional de Saúde (ERS) de Barra do Garças.

Atualmente esta região é formada por dez municípios, tendo Barra do Garças como município sede (Figura 14). Geograficamente a região faz divisa interestadual ao leste (Goiás), tendo a região de Água Boa ao norte e de Rondonópolis ao oeste e sul. Uma de suas características é a concentração da maior parcela da população indígena do estado de Mato Grosso, principalmente da etnia Xavante.

Figura 14 – Conformação da Região de Saúde de Barra do Garças (Barra do Garças) e sua localização no estado. Mato Grosso, 2013.



As características da região podem ser vistas no quadro 17.

Quadro 17 – Características da Região de Saúde de Barra do Garças

REGIAO DE SAUDE DE BARRA DO GARÇAS	
Data da criação do colegiado	05/09/1997
Município sede	Barra do Garças
Distância entre o município sede e a capital do estado	515 km.
Municípios que compõem a região de saúde (10)	Araguaiana, Barra do Garças, Campinápolis, General Carneiro, Nova Xavantina, Novo São Joaquim, Pontal Araguaia, Ponte Branca, Ribeirãozinho e Torixoréu
Instância regional da SES	ERS/Barra do Garças (57 servidores) Período 2006/2011 04 diretores
Área geográfica da região	42.291,50 km ²
População da região	118.207 habitantes

Pelas atas do CGR, verificou-se que na região o processo de divulgação do Pacto pela Saúde teve início em setembro de 2006. No ano de 2008, iniciou-se a adesão municipal com a assinatura do Termo de Compromisso de Gestão Municipal de Novo São Joaquim (março de 2008), consolidando-se a adesão do conjunto de municípios da região com a assinatura do termo por Nova Xavantina (julho de 2010). O quadro 18 apresenta a formalização dessas adesões, bem como suas revisões.

Quadro 18 - Adesão ao Pacto pela Saúde, por município, região de Barra do Garças

Município	Resolução CIB/MT	Publicação em Diário Oficial União (Portaria MS)	Ferramenta virtual SISPACTO		
			Termo original Homologado em	1ª. Revisão em	2ª. Revisão em
Araguaiana	Nº 31 de 12/03/2009	Nº. 701 de 08/04/2009	16/04/2010	31/05/2010	29/03/2011
Barra do Garças	Nº 33 de 12/06/2008	Nº. 1330 de 01/07/2008	16/04/2010	31/05/2010	30/03/2011
Campinápolis	Nº 33 de 12/06/2008	Nº. 1330 de 01/07/2008	16/04/2010	28/05/2010	30/03/2011
General Carneiro	Nº 33 de 12/06/2008	Nº. 1330 de 01/07/2008	13/04/2010	31/05/2010	30/03/2011
Nova Xavantina	Nº 175 de 15/07/2010	Nº. 4165 de 27/12/2010	21/03/2011	30/03/2011	
Novo S. Joaquim	Nº 23 de 17/04/2008	Nº. 1047 de 27/05/2008	15/04/2010	31/05/2010	30/03/2011
Pontal Araguaia	Nº 100 de 06/05/2010	Nº. 2267 de 10/08/2010	14/05/2010	30/03/2010	
Ponte Branca	Nº 100 de 06/05/2010	Nº. 2267 de 10/08/2010	14/05/2010	30/03/2010	
Ribeirãozinho	Nº 33 de 12/06/2008	Nº. 1330 de 01/07/2008	20/04/2010	31/05/2010	30/03/2011
Torixoréu	Nº 31 de 12/03/2009	Nº. 701 de 08/04/2009	20/04/2010	31/05/2010	30/03/2011

A composição do CGR de Barra do Garças é paritária com participação de dez gestores municipais de saúde e dez técnicos do ERS Barra do Garças, representando o segmento estadual. Para adequação ao Decreto 7.508, o colegiado atualizou seu Regimento Interno em 10/05/2012 através da Resolução CIR GA Nº 002, passando a ser denominado Comissão Intergestores Regional de Barra do Garças. Apesar disso, nesta pesquisa, como já mencionado em método, utilizar-se-á o termo CGR.

O perfil dos membros do CGR, observado em amostra (entrevista e questionários), evidencia profissionais de nível superior, com tempo no cargo superior a três anos.

A Secretaria Executiva do CGR funciona em uma sala das dependências do ERS e é composta por dois técnicos desse escritório. Compete à Secretaria Executiva: realizar os preparativos que antecedem a reunião como a divulgação prévia da pauta; subsidiar sua realização garantindo o registro em ata dos assuntos tratados em reunião; e na sequência, providenciar seus encaminhamentos, como a elaboração de proposições e resoluções, além de tomar as providências para o próximo encontro.

Dos membros do CGR, os do segmento municipal solicitam inserção de pauta via ofício, enquanto os do segmento estadual utilizam uma ferramenta criada dentro do ERS com troca de arquivos para solicitação de pauta online.

As pautas, em sua maioria, são demandas do próprio ERS e de municípios, seguidas de demandas da SES/MT e do Ministério da Saúde. Segundo os entrevistados, nunca houve solicitação de pauta que não tenha sido atendida, havendo apenas limitação de tempo para cada tema com o intuito de manter a dinamicidade da reunião, que normalmente não ultrapassa 3 horas.

Os gestores reconhecem que são poucos os assuntos em pauta decorrente de iniciativa do próprio colegiado. Na maioria das vezes, as proposições e resoluções visam atender alguma demanda do Ministério da Saúde ou SES/MT. Contudo, vislumbram que a cultura do planejamento pode ser inserida na rotina do CGR.

Quanto à organização administrativa, percebe-se boa interação entre a Secretaria Executiva do CGR e as áreas técnicas do ERS no preparo da documentação para aprovação das resoluções e proposições: a área técnica do ERS

responsável pelo assunto encaminha minuta do documento à Secretaria Executiva do CGR, que faz a checagem das informações contidas e as insere na pauta.

A Câmara Técnica do CGR ainda não foi instituída. Hoje as discussões em colegiado são subsidiadas pelos técnicos do ERS que respondem pela área técnica do assunto em pauta. Em maio de 2012 a Secretaria Executiva do CGR iniciou diálogo com gestores para disponibilizar técnicos para compor a câmara técnica. Em entrevistas, membros do colegiado (GR1, GR2, GM2) reconhecem a importância da composição da câmara frente às atividades que precisam ser realizadas pelo colegiado como a assinatura do COAPRE, a elaboração do Mapa da Saúde, e a inserção da cultura do planejamento regional. Mas identificou-se também falta de clareza sobre essa câmara, entendida por um gestor como comissão da CIES.

As reuniões do CGR acontecem em espaços cedidos pelo município, pois o ERS não possui espaço físico adequado para tal. Na maioria das vezes as reuniões acontecem no auditório da Secretaria Municipal de Saúde de Barra do Garças. Independentemente do espaço físico, a participação dos gestores municipais em reuniões de CGR é efetiva (Tabela 8). A mais baixa participação foi do município de Ponte Branca (53,8%), principalmente por conta da ausência desse gestor em todas as reuniões de 2007; já o município que mais se fez representar foi Novo São Joaquim (95,1%).

Tabela 8 - Frequência dos gestores em reuniões CGR de Barra do Garças (%) - Período 2006/2011

SMS	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Média
Araguaiana	83,3	100,0	100,0	100,0	73,3	91,6	91,3
B. Garças	41,6	66,6	85,7	85,7	86,6	100,0	77,7
Campinápolis	66,6	100,0	85,7	100,0	93,3	91,6	89,5
G. Carneiro	91,6	66,6	85,7	100,0	46,6	83,3	79,0
N. Xavantina	83,3	100,0	85,7	100,0	80,0	83,3	88,7
N.S.Joaquim	100,0	100,0	85,7	100,0	93,3	91,6	95,1
Pontal Araguaia	58,3	33,3	57,1	71,4	86,6	83,3	65,0
Ponte branca	33,3	-	85,7	85,7	60,0	58,3	53,8
Ribeirãozinho	58,3	66,6	57,1	100,0	93,3	91,6	77,8
Torixoréu	83,3	100,0	85,7	100,0	86,6	91,6	91,2
Média anual	70,0	73,3	81,4	94,2	80,0	86,6	80,9

O CGR possui agenda regular de reuniões com cronograma anual divulgado na última reunião de cada ano.

Neste CGR foi instituída, em 2009, a prática de realização de reuniões pré-CGR. Sua implantação surgiu da percepção de que anteriormente as proposições e resoluções eram aprovadas sem discussão prévia e quando havia discordâncias não existiam muitos subsídios para o assunto.

A instituição de reunião pré-CGR foi iniciativa de técnicos do ERS Barra (GR3) e nasceu da experiência e dos aspectos positivos das reuniões pré-CIB como espaço para dirimir dúvidas acerca dos assuntos em pauta. As reuniões pré-CGR acontecem no período matutino que antecede a reunião de CGR e tem participação de membros do CGR dos dois segmentos envolvidos: estado e municípios. A participação nessa reunião não é obrigatória, porém ela se dá de forma efetiva, já que todos os envolvidos reconhecem a importância da sua realização.

A condução das reuniões de CGR é feita pelo diretor do ERS Barra do Garças, acompanhado pela vice-presidente regional do COSEMS e assessorado pelos técnicos que compõem a secretaria executiva do CGR. Após conferência de quórum a reunião é iniciada seguindo a pauta pré-estabelecida, e caso haja consenso, as inclusões de pauta necessárias.

A presença do gestor do município sede influencia a dinâmica da reunião do CGR, e sem ele muitas das discussões ficam vazias e sem resolutividade. O gestor do município sede é ciente desse fato e reconhece a importância da sua participação em reuniões de CGR. Em relatos sobre gestões anteriores, atores citaram a dificuldade de condução das reuniões quando o gestor do município sede não se fazia presente ou enviava representante sem poder de decisão (GR1, GR2).

Notou-se liberdade de expressão entre os membros nas reuniões do colegiado. Mediante detalhes como interrupções feitas para solicitação de esclarecimentos, expressões faciais e posicionamentos dos presentes frente aos assuntos em pauta, verificou-se um clima harmonioso e respeitoso.

A liderança e a condução das reuniões pelo atual diretor do ERS - já apontada no questionário - foram percebidas pelo seu cuidado em ouvir todos os participantes, escutando sugestões para encaminhamentos dos assuntos em pauta, sempre com o consentimento do grupo através do consenso.

Conforme o regimento interno, o consenso é o critério utilizado para tomada de decisão nas reuniões de CGR. Quando o colegiado, após discussões, não chega ao consenso sobre um determinado tema, este é retirado de pauta, solicitando-se aos técnicos envolvidos no assunto a busca de maiores informações, para que ele possa ser retomado na próxima reunião.

Quanto ao relacionamento entre os membros do CGR, foram observadas: a relação entre os membros representantes do segmento estado (ERS) e município (SMS); a relação entre os pares secretários municipais de saúde.

Entre os representantes dos segmentos município e estado, do ponto de vista técnico a relação é considerada harmoniosa, sem imposições por nenhuma das partes. Entre os secretários municipais de saúde, as relações também são geralmente saudáveis; eles são solidários entre si e trocam informações. No entanto, os gestores municipais afirmam que o relacionamento com o município sede às vezes é conflitivo, principalmente no desenrolar da prestação de serviços referenciada, quando expectativas criadas muitas vezes não são atendidas. Nestes momentos, as discussões são intermediadas pelo diretor do ERS.

Todos os atores reconhecem que na área da saúde, a forma de condução das influências políticas-partidárias na escolha dos cargos comissionados é um assunto delicado. Em relatos, afirmam que a região já teve gestores à frente do processo com visão nada relacionada à gestão pública esperada para a regionalização: gestor municipal com interesses políticos exclusivamente voltados para o seu município; e gestor regional, fruto de indicação político-partidária, sem qualquer preparo técnico para o cargo. Afirmam que tais posturas afetaram tanto o andamento das reuniões de CGR como os avanços da região.

O planejamento regional ainda é incipiente. Nas poucas atividades desenvolvidas o CGR, o ERS e as SMS são considerados as instâncias mais importantes no processo, com participação ativa. Na sequência é citada também a CIES como espaço relevante de planejamento. As entrevistas confirmam a importância dessas quatro instâncias no planejamento, não fazendo qualquer menção ao DSEI, que havia sido citado no questionário autoaplicado.

A região não possui Plano Regional de Saúde. Os instrumentos de planejamento mais utilizados na região são a repactuação da PPI e elaboração do RAG, seguidos do PDI e PDR.

Foram referidos movimentos para o alcance das práticas de planejamento e organização preconizados no Pacto pela Saúde: como exemplo a construção dos Planos Municipais de Saúde de forma não cartorial e a construção de projetos como a rede de urgência e emergência e a rede cegonha. Observa-se também que tais atividades não aconteceram por iniciativa da região, mas por demandas oriundas do Ministério da Saúde.

A construção dos Planos Municipais de Saúde (estimulada e financiada pelo projeto PlanejaSUS), realizada de forma coletiva pela primeira vez no ano de 2011, teve grande importância para os gestores envolvidos. A dinâmica de realização de oficinas fomentou a socialização das informações entre os municípios e com isso, um esboço de diagnóstico da região.

Os atores manifestaram-se responsabilizando a Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso pela ausência de uma cultura de planejamento regional, atribuindo à instância estadual o dever de condução deste processo. Citaram também a desorganização do estado em relação ao PDR, desatualizado desde o ano de 2005.

O CGR de Barra do Garças não define investimentos para a região. Quanto à definição de fluxos de processos regulatórios, as redes construídas foram documentadas para cumprir demandas do Ministério da Saúde (Rede Cegonha e Rede de Urgência e Emergência).

Na prática da regionalização solidária, percebem-se dificuldades para atingir o consenso. Em 2010, os gestores da região iniciaram discussões para receber o Projeto SAMU, mas por dificuldades na condução do processo de gestão e rateio dos recursos para seu custeio, este não foi concluído culminando com as ambulâncias recebidas paradas nos municípios partícipes do projeto.

Notaram-se também dificuldades de articulação entre os gestores para execução do projeto de cirurgias eletivas. Por problemas enfrentados na realização da etapa anterior, a região se dividiu para receber a etapa 2012 construindo dois projetos: um exclusivo para o município sede e outro para os demais nove municípios da região.

As principais mudanças incorporadas na região, após o Pacto pela Gestão foram: a gestão plena dos recursos financeiros para assistência recebidos fundo a fundo pelos municípios; a definição das responsabilidades sanitárias da microrregião (PPI, PAV S, SISPACTO); e o fortalecimento do planejamento municipal. Os gestores citam a participação de atores municipais e regionais na elaboração da PPI como um avanço.

É relatado que a PPI, avaliada trimestralmente em CGR, teve por muito tempo sua repactuação feita em cima de reproduções do documento anterior, sem a realização de um grande estudo (GM2, GR1, GR2), sendo atribuída ao ERS Barra do Garças a falha na condução deste processo (GM2).

No final de 2011 a SMS de Barra do Garças passou a fazer gestão do processo de pactuação da PPI referenciada para seu município, informando às SMS vizinhas sobre saldo pactuado esgotado, “devolvendo” pacientes eletivos e aceitando somente pacientes de urgência e emergência. Essa atitude provocou a realização de uma grande oficina para estudo da PPI, conduzida pelo ERS Barra do Garças, que culminou numa repactuação oficializada em CGR.

O CGR de Barra do Garças não realiza atividades de articulação específica com os Conselhos Municipais de Saúde. Segundo entendimento dos seus atores, o Conselho já participa indiretamente das decisões, aprovando os documentos previamente ao seu encaminhamento ao CGR.

Em relação ao controle social, chamou a atenção uma peculiaridade referente à SMS de Nova Xavantina. A suplência do gestor municipal no CGR é ocupada pela presidência do CMS daquele município (que não é exercida pela secretária de saúde). Este suplente a acompanha em praticamente todas as reuniões do CGR e, segundo a secretária, a escolha foi intencional visando que as discussões e deliberações realizadas no CGR tivessem ampla divulgação junto àquele CMS.

Mediante a articulação do ERS, são realizadas oficinas para análise dos indicadores por município (PAVS e SISPACTO) com socialização entre os pares, gerando os indicadores da região. No entanto, não ocorre na região pactuação de ações articuladas entre os municípios.

Processos de qualificação da gestão do trabalho e da educação em saúde são fomentados pelo CGR. Há unanimidade entre os atores evidenciando o bom trabalho

realizado pela CIES na região. Notou-se que em todos os encontros pré-CGR há reuniões da CIES informando o andamento dos cursos e também efetivando a prestação de contas de eventos já realizados.

Como instâncias participantes na composição do Sistema Único de Saúde da região, foram elencados como importantes o DSEI Xavante e o Consórcio Intermunicipal de Saúde.

O Distrito Sanitário Especial Indígena Xavante tem sede no município de Barra do Garças e atende a três regiões: de Barra do Garças, Água Boa e Rondonópolis. Na região de Barra do Garças concentra-se cerca de 10 mil indígenas (CESAI, 2011), responsáveis por 8,7% da população da região. O DSEI é convidado a participar de todas as reuniões do CGR, faz parte do Comitê Regional de Mortalidade Materna e também é convidado a participar das capacitações oferecidas pelo ERS e CIES.

Segundo os atores do CGR, o DSEI Xavante, mesmo sendo convidado a participar dos fóruns de decisão, sempre teve uma participação muito tímida. Informam que o DSEI encontra-se em processo de reestruturação interna e acreditam que com a nova diretoria, agora ocupada por um profissional da saúde, os laços entre o CGR e o DSEI Xavante venham a se fortalecer.

A segunda instância citada como participante do SUS na região foi o Consórcio Intermunicipal de Saúde de Barra do Garças. O CIS foi criado em 1998 (dissertação CRIS cita criação no ano 2000). É composto por oito dos dez municípios pertencentes ao CGR; Nova Xavantina e Campinápolis não participam do consórcio.

Hoje o consórcio funciona como uma espécie de banco para custear as despesas de consultas e exames comprados dos serviços de saúde privados da região, não conveniados ao SUS.

O CIS não trabalha com cotas pré-determinadas para cada especialidade: o município consorciado solicita através de guias a sua necessidade de compra do serviço e o CIS faz a gestão do recurso em caixa, utilizando o saldo financeiro para pagamento dessa prestação de serviços até o final da cota mensal de cada município.

A cota financeira de cada município consorciado é formada pelo pagamento mensal do município - já programado com débito automático - no valor de R\$1,00 por habitante e contrapartida da SES/MT com o valor de R\$ 0,40 por habitante.

O CIS não participa das reuniões de CGR. As reuniões do CIS são fechadas, participando apenas os prefeitos consorciados.

Poucas mudanças institucionais ocorreram de forma expressiva, nesta região, com o processo de regionalização em curso. São citadas apenas as atividades administrativas relacionadas à divulgação das proposições do CGR ao seu monitoramento. De forma menos evidente, houve mudanças na condução do processo de gestão da política de saúde e na forma de tratar os conflitos, buscando superá-los.

Neste processo, os atores conseguem perceber o amadurecimento do CGR. Afirmam que à época da sua instituição, não sabiam ao certo como exercer seu papel deliberativo, mas que hoje não conseguem imaginar a organização da região de saúde sem o colegiado. Citam como avanços a capacidade dos gestores trazerem suas dificuldades municipais às reuniões de CGR e transformá-las em propostas e também o fato da direção do ERS estar a cargo de técnico de carreira da estrutura regional, o que trouxe maior dinamismo ao processo (GM1).

Nas deliberações realizadas dentro do colegiado registram-se movimentos intrarregional (como exemplo municípios da área de abrangência promovendo discussões com município sede para continuidade de serviço regional de tomografia realizado com aparelho cedido pelo estado) e movimentos da região frente ao estado (com posicionamento do CGR pedindo esclarecimentos à SES/MT sobre mudança de critérios da Portaria 113 - incentivo financeiro para os 10 indicadores do SISPACTO - movimento que tomou grande vulto, com adesão das 16 regiões pedindo a revisão estadual).

Segundo os gestores, a organização e a equipe do ERS interferem no desempenho do CGR, até porque metade do colegiado é formado por técnicos do escritório:

Se o escritório vai bem, o colegiado vai bem. Hoje temos um colegiado muito resolutivo (GR1).

Se você tem uma direção no escritório que te deixa trabalhar, que não emperra seu trabalho que não é uma direção meramente política, que não é política partidária... se o diretor tem uma visão mais ampla de direção de escritório, além de política partidária, que tem noção de saúde, ele já deixa os técnicos trabalharem... se não atrapalhar já está ajudando. Se

“você tem na direção um diretor que tem abertura para trabalhar, fortalece os técnicos e esse fortalecimento chega ao colegiado”(GR3)...

O Escritório tem corpo técnico muito interessante. Eles são funcionários do estado, mas são da região e isso pesa muito. Eles valorizam muito que a gente consiga alcançar o que é bom pra região. Eles não pensam muito como técnico subordinados ao estado, eles pensam mais como técnicos com capacidade e experiência para a região.(GM1)

Percebe-se que há “consciência regional” entre os membros do colegiado. Nas respostas à pergunta coletiva, feita durante reunião de CGR, notou-se que os membros do colegiado possuem senso crítico para avaliar o pouco avanço da regionalização.

Em suas respostas, os atores abordaram as diversas dificuldades da região: a extensão geográfica e as condições precárias das estradas para acesso a alguns municípios; a divisa territorial dentro do estado com regiões que possuem infraestrutura menor que a da região em estudo (médio e baixo Araguaia); a divisa territorial com o estado de Goiás: aumento da demanda espontânea, fluxo de usuários sem pactuação interestadual (Aragarças para Barra do Garças, Baliza para Torixoréu, Mineiros para Ribeirãozinho). Outro agravante na região é a existência de grande território indígena, cuja população é atendida pelo Sistema de Saúde Indígena, que é um subsistema do SUS, mas de difícil interlocução e parceria, no âmbito regional, mesmo porque esse subsistema e a população que ele atende transcendem a lógica regional (um mesmo DSEI pode envolver várias regiões).

Os gestores reconhecem que a compreensão do pensar a saúde no espaço territorial regional e não mais só nos municípios já está fortalecida. A percepção de que o CGR é um espaço político, de decisão política, de decisão colegiada, que tem força já foi percebido. Mas apesar do tempo de sua existência (CIBr, CGR, CIR), ainda não se deram grandes avanços nas pactuações (GR3). Só será possível avançar quando se “intercalar” a regionalização com investimentos, e o estado é o responsável pela falta de condução desse processo (GM2).

Também é assegurado que o CGR, mediante o amadurecimento das discussões entre os gestores, proporcionou o fortalecimento regional, mas persistem as dificuldades oriundas do próprio sistema:

Nós somos muito fortes. A troca de conhecimento entre municípios é substancial, só que quando a gente depara com a questão de colocar isso em prática, a gente para no limite financeiro que é estrangulador (GM2)

...temos barreiras que financeiramente estão divididas pelas próprias portarias e legislações do SUS, mas que em termos de barreiras humanas elas não podem existir, porque você não pode negar atendimento (GM2)

Mediante levantamento documental, observou-se uma crescente produção do CGR ao longo do período 2006-2011, com destaque para o ano de 2010 (Tabela 9).

Tabela 9 - Produção CGR de Barra do Garças - Período 2006/2011.

Instrumento	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Média/Ano
Atas (reuniões)	12	07	12	07	15	12	10,8
Proposições	12	05	18	20	42	16	18,8
Resoluções	-	-	-	15	24	17	

O fato de não se ter registro de resoluções entre 2006 e 2008 é decorrente de um entendimento, à época, de que todas as decisões exaradas desse fórum deveriam ser formalizadas como proposições, com encaminhamento à CIB, para homologação. Essa prática foi mudada a partir de 2009, quando então várias decisões passam a ser editadas também na forma de resoluções.

Na análise das proposições apresentadas no CGR, com conteúdo de interesse específico nos municípios da região, constatou-se produção de 132 proposições, reproduzindo a evolução relatada anteriormente (Tabela 10). O aumento no número de proposições observado poderia representar uma consolidação do CGR, enquanto instância decisória regional. No entanto, pelo conteúdo das proposições acredita-se que a melhoria deu-se na formalização e no registro de ações/atividades que anteriormente também era feitas, mas não formalizadas.

Tabela 10 - Número de proposições apresentadas em CGR, segundo municípios envolvidos, período 2006/2011.

SMS	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Total
Araguaiana	1		4	1	5	5	16
B. Garças	1		3	8	10	4	26
Campinápolis			3	1	2	1	07
G. Carneiro			2	4	6	2	14
N. Xavantina	2		1	1	9	2	15
N.s.joaquim			2	2	5	3	12
Pontal Araguaia		1	1	1	5	5	13
Ponte branca		1	1	1	5	2	10
Ribeirãozinho		1	2	1	5	1	09
Torixoréu			2	1	4	2	09
Total anual	04	03	21	21	56	27	132

Os números apresentados na tabela 10 diferem daqueles da tabela anterior por dois motivos: quando são menores (2006) indicam que naquele ano grande parte das proposições não se referia a municípios específicos (ex: RI do CGR); quando são maiores (2010) relacionam-se a conteúdos de interesse de mais de um município (ex: aprovação de sala de estabilização em quatro municípios da região). Em número de proposições destacou-se o município sede (26) e o ano 2010 (56). A análise das proposições revela que neste ano houve um grande incentivo, por parte do governo federal, para projetos específicos (saúde nas escolas, aquisição de material permanente, sala de estabilização), aos qual a maioria dos municípios aderiu, formalizando essa adesão em proposições.

Do conjunto de proposições exaradas pelo CGR ao longo dos seis anos estudados, destacam-se: implantação e credenciamento de serviços da atenção básica, especificamente Equipes da Saúde da Família e Equipes de Saúde Bucal. (18). Constata-se que a grande maioria das proposições trata da formalização de ações fomentadas pelo Ministério da Saúde ou pela SES/MT. Não foram observadas proposições direcionadas a ações de âmbito regional (Quadro 19).

Quadro 19 - Frequência e conteúdo das proposições produzidas pelo CGR de Barra do Garças no período 2006/2011

Frequência	Assunto
18	Implantação/Credenciamento específico ESF/ESB
10	Apresentação do RAG
09	Assinatura e revisão TCGM
09	Projetos aquisição material permanente
07	Projeto saúde nas escolas
07	Repactuações PPI
06	Implantação/Credenciamento de serviços
06	Plano de Ação da VISA
05	Ordem de serviço implantação unidade, ratificação vigência convênios, conclusão de obra
05	Movimentação de servidores da FUNASA
03	Repactuações PPI/VS
02	Pré-proposta de requalificação UBS – Nova Xavantina, Barra do Garças, Novo São Joaquim, Torixoréu, Pontal do Araguaia.
02	Alteração de membros do CGR
02	Repactuações SISPACTO
02	Projeto Cirurgias Eletivas
02	Projeto Especificidades Regionais
01	Implantação do CEREST – Pontal do Araguaia
01	Criação comitê regional mortalidade materno e infantil
01	Implantação de unidades sentinelas
01	Projeto Olhar Brasil – Barra do Garças
01	Implantação projeto ParticipaSUS – Araguaiana e Novo São Joaquim
01	Plano de Contingência da Dengue (2011) Araguaiana, Barra do Garças, General Carneiro e Pontal do Araguaia.
01	Projeto implantação complexo regulador em Barra Garças
01	Projeto Sala de Estabilização em General Carneiro, Nova Xavantina, Ribeirãozinho e Novo São Joaquim.
01	Projeto SAMU – Barra do Garças
01	Projeto implantação UPA – Barra do Garças
01	Composição do CGR
01	Aprovação do Regimento Interno CGR
01	Educação permanente
01	Suspensão de serviços
01	Reestabelecimento incentivo PSF
01	Descredenciamento serviço

Quanto ao conteúdo das resoluções produzidas no CGR, percebe-se que maioria tem a finalidade de formalizar a organização interna do CGR (16) e do CIES

(19), embora já se identifiquem resoluções visando a organização da região (3): o regimento do comitê regional de mortalidade materna infantil; pactuação financeira para utilização do laboratório das águas e instituição de serviços de diagnósticos sorológicos no município de Barra do Garças como referência regional (Quadro 20)

Quadro 20 - Conteúdo e número de ocorrências das resoluções produzidas pelo CGR de Barra do Garças no período 2006/2011

N.	Assunto
12	Alteração da composição do CGR
10	Aprovação do Plano Municipal de Contingência da Dengue (2010)
07	Aprovação de cursos/capacitações em educação permanente
04	Aprovação da repactuação recurso educação permanente e prestação de contas
03	Aprovação do Calendário reuniões CGR
03	Definição de municípios e vagas para capacitações em educação permanente
03	Aprovação da PAVS 2010/2011
02	Alteração da Composição do CIES de Barra do Garças
02	Aprovação plano de aplicação financeira projeto Especificidades Regionais (SMS Ponte Branca e Ribeirãozinho)
02	Aprovação do credenciamento UDR (General Carneiro e N.S.Joaquim)
01	Aprovação do Regimento Interno CGR de Barra do Garças
01	Aprovação do Regimento Interno do Comitê de Prevenção Mortalidade Materna Infantil
01	Aprovação do Regimento Interno do CIES de Barra do Garças
01	Aprovação do Plano Regional de Educação Permanente em Saúde
01	Aprovação da reformulação do Plano Regional de Educação Permanente em Saúde
01	Pactuação financeira entre municípios da regional para utilização do laboratório de águas.
01	Aprovação da revisão do TCGM de 09 municípios
01	Instituição dos serviços de diagnóstico sorológico no município de Barra do Garças como referência regional
01	Instituição de unidades sentinelas para notificação compulsória Saúde do Trabalhador

A estrutura de uma reunião de CGR está dividida em três partes distintas: temas para homologação, apresentação ou discussão e informes. Temas para homologação são os temas que após consenso, serão formalizados através de proposição ou resolução. Temas para apresentação ou discussão são os temas trazidos para as reuniões para informação dos gestores ou necessidade de tomada de providências. Já os informes tratam de assuntos relevantes para todos os secretários e

aproveita-se a oportunidade do encontro destes para socialização destas informações; através da leitura das atas, percebe-se que muitos informes geram debates entre o grupo, principalmente no que diz respeito à cobrança do posicionamento do estado em determinados assuntos. O quadro 21 apresenta os assuntos e a frequência das três categorias nos registros em atas das reuniões de CGR do período 2010 a 2011. Através desse consolidado, observa-se que as reuniões de CGR são muito utilizadas para realização de informes – informes esses que muitas vezes geram longas discussões – mas pouco se aproveita disso para que o tema em pauta volte em reunião como tema de apresentação ou discussão para ser melhor estudado.

Na categoria “informes” destaca-se os informes administrativos do CGR (34) como a aprovação de atas, inclusão/retirada de assuntos de pauta e alteração de membros de CGR; na sequência, os assuntos referentes à educação permanente (30) referem-se ao andamento ou oferta de cursos e capacitações; os informes de resoluções de CIB (17) referem-se à reprodução para os membros do colegiado das homologações em CIB que dizem respeito a região.

Nos assuntos para “apresentação e discussão” destacam-se assuntos referentes à educação permanente (6), seguido do tema Projeto de Cirurgias Eletivas (4) e apresentações da área técnica da vigilância ambiental específicos para o assunto Dengue (3).

Quadro 21 - Consolidado de frequência dos assuntos em reunião de CGR, ano 2010 e 2011, distribuído por categoria

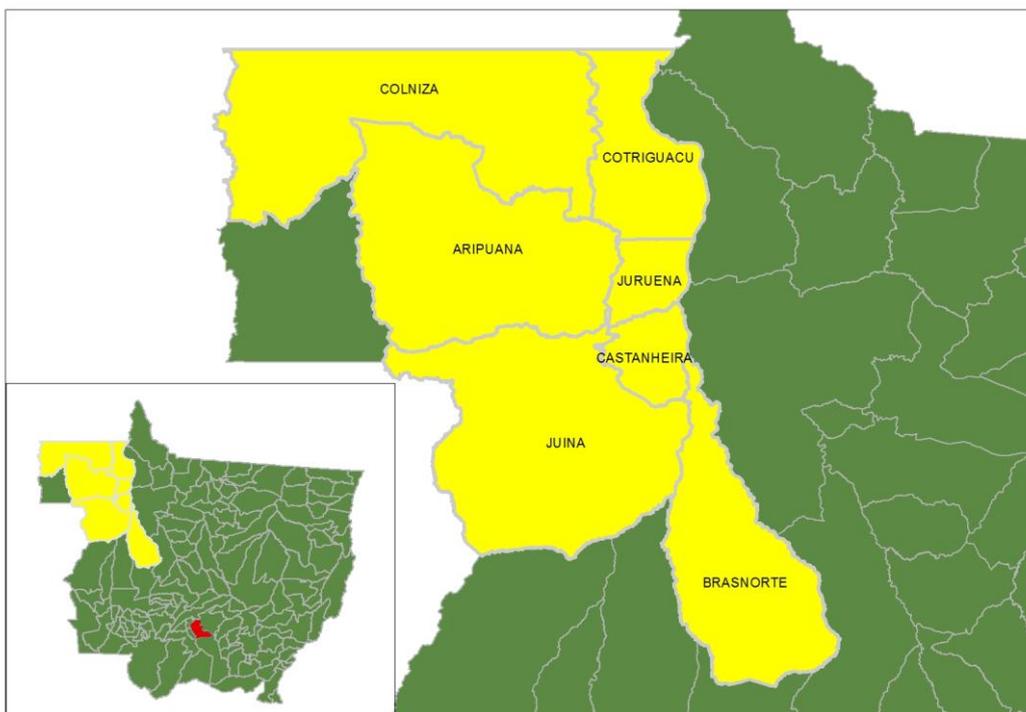
Assunto	CATEGORIA		
	Informes	Apresentação ou Discussão	Homologação
Rotina administrativa do CGR	34	01	30
Educação Permanente	30	06	18
Vigilância Epidemiológica	17	02	
Resoluções CIB/MT	17		
Atenção Básica	12		01
SAMU, Sala de Estabilização e UPA	11		01
Repactuações PPI	10		04
Dificuldades com a Regulação	09		
Vigilância Ambiental - DENGUE	09	03	08
Assistência Farmacêutica	08	02	01
Vigilância Ambiental	07	01	
Repactuações PPI/VS	06		04
Implantação/Credenciamento de Serviços	06		7
Implantação/Credenciamento de Serviços específicos ESF/ESB			10
Apresentação RAG	05		03
Repactuações SISPACTO	05		01
Projeto cirurgias eletivas	05	04	02
Saúde Indígena	05	01	
Cobranças entre SMS	05		
Providências/respostas ERS à cobranças SMSs	05		
Outros projetos	04		
Programas especiais (Saúde Mulher, Homem, Criança.)	04	02	
Cobranças SMSs à SES.	04		
COSEMS	04		
Dificuldades com CIS	03		
PDR	02		
Especificidades regionais	02	02	03
Prestação de Contas SMS	02	01	
Adesão ao Pacto	01	01	
Assinatura e revisão TCGM	01		02
Plano Plurianual	01		
Movimentação servidor da FUNASA	01		
Pactuação/consenso para soluções problemas CIS	01		
Controle e avaliação	01		
Saúde do Trabalhador	01		
Vigilância Sanitária			04
Conferência Municipal de Saúde		01	
Atenção Básica		01	
TOTAL	238	26	99

5.2.4 Caso Juína

A conformação da região de saúde de Juína deu-se no início dos anos 1990, com a criação do então Polo Regional de Saúde de Juína (desmembrado do Polo Regional de Diamantino), cuja área de abrangência, à época, incluía seis municípios da região noroeste do estado. Em abril de 2001 (Decreto 2.484), a unidade de representação estadual na região passa a ser denominada Escritório Regional de Saúde de Juína (ERS/Juína).

Com a inclusão do município de Brasnorte à área de abrangência do ERS/Juína (por decisão da gestão estadual SES/MT no ano de 2005), o desenho da região passa a ser composto por sete municípios, tendo Juína como município sede (Figura 15). Geograficamente a região faz divisa interestadual ao norte com o estado do Amazonas e a oeste com o estado de Rondônia.

Figura 15 - Conformação da Região de Saúde de Juína e sua localização no estado. Mato Grosso, 2013.



As principais características da região de saúde de Juína são apresentadas no quadro 22. Nesta região predomina a malha viária sem pavimentação, com estradas asfaltadas apenas para acesso à sede dos municípios de Brasnorte, Juína e

Castanheira. O acesso rodoviário aos demais municípios fica sujeito à sazonalidade das chuvas, fenômeno que agrava as já precárias condições das estradas. A ausência de uma melhor malha viária tem influência direta nas reuniões da CGR, já que o comprometimento da trafegabilidade, em determinados períodos, impossibilita a realização dos encontros das equipes gestoras.

Quadro 22 - Características da Região de Saúde Juína, MT

População da região (2010)	134.064 habitantes
Área geográfica da região	111.278,93 km ²
Município sede	Juina
Distância entre o município sede e a capital do estado	730 km.
Municípios que compõem a região de saúde (7)	Aripuanã, Brasnorte, Castanheira, Colniza, Cotriguaçu, Juina e Juruena
Instância de representação regional da SES	ERS/JUINA (30 servidores) Período 2006/2011: 2 diretores
Data de criação da instância intergestores (CIB regional)	10/12/1997

Pelas atas do CGR, verificou-se que o processo de divulgação do Pacto pela Saúde na região teve início em agosto de 2006. No ano de 2007, iniciou-se a adesão municipal com a assinatura do Termo de Compromisso de Gestão Municipal de Cotriguaçu, primeiro município do estado de Mato Grosso a assinar o termo, que o fez isoladamente. Em 2008, com a adesão em bloco dos demais municípios, consolidou-se a adesão da região ao Pacto pela Saúde. O TCGM de Cotriguaçu foi apresentado e homologado em reunião da CIB/MT, sem passar pelo crivo do colegiado regional. À época, apesar do embasamento da legislação, o TCGM ainda era considerado um assunto novo, e os CGR não sabiam como conduzir adequadamente sua apresentação e homologação. O quadro 23 apresenta a formalização dessas adesões, e suas revisões (SIPACTO).

A composição do CGR de Juína é paritária com participação dos sete gestores municipais de saúde e de sete técnicos do ERS Juina, representando o segmento estadual. Devido às dificuldades de realização de reuniões em algumas épocas do ano, os membros do CGR optaram pela paridade numérica dos dois segmentos como forma de garantir o quórum para atender a questões extraordinárias. Desta forma,

quando há necessidade de aprovação de questões específicas, a participação dos representantes o ERS somada à do município sede e município interessado garantem o quórum necessário. Atas e entrevista informam que uma reunião só acontece com participação de no mínimo dois ou três gestores municipais presentes.

Quadro 23 - Adesão ao Pacto pela Saúde, por município. Região de Juína, 2013

Município	Resolução CIB/MT	Publicação em Diário Oficial União (Portaria MS)	Ferramenta virtual SISPACTO		
			Termo Homologado	1ª Revisão	2ª Revisão
Aripuanã	Nº. 20 de 17/04/2008	Nº. 1047 de 27/05/2008	27/04/2010	30/04/2010	31/03/2011
Brasnorte	Nº. 20 de 17/04/2008	Nº. 1047 de 27/05/2008	27/04/2010	30/04/2010	31/03/2011
Castanheira	Nº. 20 de 17/04/2008	Nº. 1047 de 27/05/2008	27/04/2010	30/04/2010	31/03/2011
Colniza	Nº. 20 de 17/04/2008	Nº. 1047 de 27/05/2008	27/04/2010	17/05/2010	31/03/2011
Cotriguaçu	Nº. 17 de 15/03/2007	Nº. 2581 de 10/10/2007	27/04/2010	30/04/2010	31/03/2011
Juina	Nº. 20 de 17/04/2008	Nº. 1047 de 27/05/2008	27/04/2010	21/05/2010	31/03/2011
Juruena	Nº. 20 de 17/04/2008	Nº. 1047 de 27/05/2008	27/04/2010	30/04/2010	31/03/2011

Com a edição do Decreto 7.508, o colegiado passa a ser denominado como Comissão Intergestores Regional Noroeste Matogrossense. Apesar disso, nesta pesquisa, como já mencionado em método, utilizar-se-á o termo CGR. Na data de realização das entrevistas (setembro de 2012) ainda não vigorava no colegiado o Regimento Interno com adequação à CIR. Segundo entrevista, a prioridade era adequar o regimento interno da CIES, devido ao maior número de mudanças advindas do Decreto 7.508, sendo a próxima atividade a adequação e aprovação do Regimento Interno da CIR.

A amostra dos membros do CGR evidencia profissionais de nível superior, com tempo no cargo superior a três anos.

Importante registrar que a gestora do município de Juína é a Secretária Executiva do COSEMS/MT e também a representante de Mato Grosso nas reuniões do CONASEMS. Com isso, o CGR tem a oportunidade da socialização de apontamentos do nível estadual e principalmente do Ministério da Saúde com maior rapidez.

A Secretaria Executiva do CGR funciona em uma sala das dependências do ERS e é composta por duas técnicas desse escritório. Sem exclusividade para

atividades do CGR, essas técnicas também têm outras atribuições dentro do ERS (áreas de gestão, saúde do trabalhador e educação em saúde).

Compete à Secretaria Executiva: realizar os preparativos que antecedem a reunião como a divulgação prévia da pauta; subsidiar sua realização garantindo o registro em ata dos assuntos tratados em reunião; e na sequência, providenciar seus encaminhamentos, como a elaboração de proposições e resoluções, além de tomar as providências para o próximo encontro.

Dos membros do CGR, os do segmento municipal solicitam inserção de pauta via ofício, enquanto os do segmento estadual fazem contato verbal com a Secretária Executiva para solicitar inserção.

No entendimento dos atores, as pautas, em sua maioria, são demandas dos municípios, da SES/MT (nível central), seguidas de demandas do ERS/Juína e Ministério da Saúde. Segundo os entrevistados, nunca houve solicitação de pauta que não tenha sido atendida, porém quando se percebe que o assunto é específico e o CGR não é o espaço mais indicado para tal demanda, faz-se contato com as partes envolvidas para que a solicitação seja atendida fora desse espaço (GR4).

Predomina no CGR a realização de reuniões longas, ocupando, no mínimo, dois períodos de três a quatro horas, chegando a se estender por dois dias. Essa característica deve-se à precariedade da malha viária da região, que dificulta o acesso dos demais municípios a Juína. Devido a certos períodos de isolamento, aproveita-se os espaços das reuniões de colegiado para troca de informações entre os gestores, recepção de informes e esclarecimento de dúvidas junto à equipe técnica do escritório regional. Em entrevista, os gestores manifestaram aprovação sobre o formato de reuniões adotado (GM4, GR5).

A pauta da reunião é decidida pelo diretor do ERS, vice-regional do COSEMS e secretária executiva do CGR. Os gestores afirmam que ultimamente os temas de pauta têm sido mais regionais. Acreditam que isso se dá por dois motivos: o ERS/Juína já desenvolvia um trabalho com os municípios da região para fortalecer o pensar regional (mesmo com o Ministério da Saúde oferecendo projetos individuais); após o Pacto pela Saúde e Decreto 7.508 o MS passou a oferecer projetos com foco regional, passando a estimular a discussão regionalizada das atividades (GM3).

Quanto à organização administrativa, nota-se bom relacionamento, interno, entre a Secretaria Executiva do CGR e as áreas técnicas do ERS. A construção das resoluções e proposições é de responsabilidade da Secretaria Executiva, que o faz mediante o subsídio provido pelas áreas técnicas, do ERS, responsáveis pelo assunto em questão.

A Câmara Técnica do CGR de Juína foi instituída no ano de 2010, através da Resolução CGR nº 16 de 30/04/2010 e efetivou sua composição com a Resolução CGR nº 17 de 30/04/2010. Apesar de constituída, a atuação da Câmara Técnica ainda é incipiente; não possui rotina de reuniões estabelecida e o faz quando existem situações pontuais a serem resolvidas. Um dos fatores que impede sua atuação é a dificuldade de reunir os técnicos, pela grande distância entre os municípios (GM3, GR4, GR5).

Como exemplo de produto da Câmara Técnica foi citada a elaboração dos seguintes documentos: definição de protocolos de laboratório municipal de referência regional, análise da PPI, discussão do plano diretor de regionalização, e também a reorganização da CIES (GR4). Esta produção, registrada através de relatórios, é incorporada às atas do CGR.

As reuniões do CGR acontecem na sala de reuniões do ERS/Juína com efetiva participação dos gestores municipais (Tabela 11). No período avaliado, a mais baixa participação foi do município de Cotriguaçu (75,5%), principalmente no ano de 2007; já o município que mais se fez representar foi o município sede, Juína (96,1%), seguido de Brasnorte (93,0%).

Tabela 11 - Frequência dos gestores (%) em reuniões CGR região de Juína, 2006 a 2011.

SMS	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Média período
Aripuanã	100,0	100,0	50,0	91,6	86,6	60,0	81,3
Brasnorte	100,0	85,7	87,5	91,6	93,3	100,0	93,0
Castanheira	100,0	57,1	62,5	91,6	100,0	100,0	85,2
Colniza	100,0	85,7	62,5	83,3	86,6	50,0	78,0
Cotriguaçu	40,0	71,4	75,0	83,3	93,3	90,0	75,5
Juína	100,0	100,0	100,0	100,0	86,6	90,0	96,1
Juruena	100,	71,4	87,5	83,3	93,3	90,0	87,6
Média anual	91,4	81,6	75,0	89,2	91,4	82,8	85,2

O CGR possui agenda regular de reuniões com cronograma anual divulgado na última reunião de cada ano.

A condução das reuniões de CGR é realizada pelo diretor do ERS/Juína, acompanhado pela vice-presidente regional do COSEMS, com a assessoria da Secretária Executiva do CGR. Após conferência de quórum a reunião é iniciada seguindo a pauta pré-estabelecida.

Notou-se que a ausência do gestor do município sede influencia a dinâmica da reunião do CGR e sem ele muitas das discussões ficam vazias e sem resolutividade. Em observação direta de reunião do CGR, notou-se a atitude da diretora na condução da reunião, alterando a ordem de temas da pauta e repassando informes no intuito de preencher tempo de espera para chegada da gestora do município sede e só então iniciar a discussão de tema do interesse de todos. Apesar da frequência destes atrasos, o fato não foi comentado pelos atores entrevistados.

Notou-se liberdade de expressão entre os membros nas reuniões do colegiado e a existência de um clima aparentemente harmonioso e respeitoso, mediante detalhes como interrupções feitas para solicitação de esclarecimentos, expressões faciais e posicionamentos dos presentes frente aos assuntos em pauta.

A capacidade de condução e liderança das reuniões pelo diretor do ERS foi apreendida no seu cuidado em ouvir todos os participantes, escutando sugestões para encaminhamentos dos assuntos em pauta, sempre com o consentimento do grupo através do consenso.

Pelo regimento interno vigente, o consenso é o critério utilizado para tomada de decisão nas reuniões de CGR. Quando o colegiado, após discussões, não chega ao consenso sobre um determinado tema, este é retirado de pauta, solicitando-se aos técnicos envolvidos no assunto a busca de maiores informações, para que ele possa ser retomado na próxima reunião.

Detalhando a tomada de decisão por consenso com maior senso crítico, o julgamento de um dos atores é que muitas vezes o consenso obtido não satisfaz a todos. Acredita que alguns atores acatam o consenso por não terem conhecimento suficiente, nem “coragem” para argumentar com aquele ator mais eloquente (GR5).

Quanto ao relacionamento entre os membros do CGR, foram observadas: a relação entre os membros representantes do segmento estado (ERS) e município (SMS); a relação entre os pares secretários municipais de saúde.

Do ponto de vista técnico, a relação entre os representantes dos segmentos município e estado é considerada harmoniosa, sem imposições por nenhuma das partes, com conflitos próprios de um ambiente democrático. É uma conquista histórica de anos de atuação democrática e harmônica (GM3).

Também não se apreenderam conflitos partidários. Ao contrário, há uma boa relação entre os gestores representantes de diversos partidos, com respeito às diversidades de todos os municípios, inclusive do ERS. Gestores afirmam que os conflitos políticos partidários aparecem em alguns momentos, mas a relação solidária e coletiva é muito mais forte que algumas situações partidárias pontuais (GM1, GM3).

No entanto, os gestores municipais afirmam que na gestão anterior, o relacionamento com o município sede foi conflitivo, com imposições deste visando beneficiar apenas o seu município. Na ocasião dos conflitos, as discussões eram intermediadas pelo diretor do ERS.

Já existem na região movimentos visando o planejamento regional. Nas atividades desenvolvidas o CGR, o ERS, as SMS e a CIES são considerados instâncias importantes, com participação ativa no processo. As entrevistas confirmam a importância dessas quatro instâncias no planejamento. A participação do CIS é considerada discreta e não houve nenhuma menção quanto à participação do DSEI.

A região não possui Plano Regional de Saúde, porém quando este assunto é abordado, os atores mencionam a realização do diagnóstico realizado em 2010, com construção do desenho do Plano Diretor de Regionalização e levantamento dos investimentos necessários para a região.

Após diversas solicitações, à SES/MT, da necessidade de atualização do PDR, no final do ano de 2010 o CGR recebeu técnicos do nível central da SES/MT para junto com os gestores dos municípios e técnicos do ERS construírem o desenho regional. A oficina, realizada em quatro dias, funcionaria como projeto piloto para posterior avaliação do PDR estadual, sem atualização desde o ano de 2005.

Como desdobramento desta oficina, realizou-se um segundo encontro com técnicos do ERS e gestores municipais para levantamento dos investimentos necessários para a região. Este produto foi encaminhado à SES/MT e CIB/MT, para servir de subsídio à realização das demais oficinas que aconteceriam no estado durante o ano de 2012. Não se evidenciou continuidade desse processo.

Foram identificados como os instrumentos de planejamento mais utilizados na região: RAG, Plano Municipal de Saúde, PPI, PDI e PDR.

Foram referidos como movimentos para o alcance das práticas de planejamento e organização preconizados no Pacto pela Saúde: realização de oficinas para pactuação do MAPE, SISPACTO, construção dos Planos Municipais de Saúde e a construção de projetos visando a organização da rede (especificamente rede de urgência e emergência e rede cegonha). Tais atividades, fomentadas pelo Ministério da Saúde, foram realizadas através de metodologia própria (oficinas de trabalho e, ao final, a realização da reunião mensal de CGR oficializando as propostas). Estas estratégias proporcionaram a socialização da avaliação dos indicadores de todos os municípios, apontando as prioridades regionais. (GR4).

Atores do CGR também identificam eventos de iniciativa própria na realização do planejamento regional: a já citada proposta de atualização do PDR e PDRI; a criação do desenho de comunicação entre unidades hospitalares da região, visando facilitar atendimento ao usuário; projeto de enfrentamento das violências (2011), em que os sete municípios trabalharam a mesma temática no intuito de pensar regionalmente um problema comum a todos - alto índice de acidentes de trânsito (GM3).

Registra-se também a implantação do SAMU de forma regional. A região, conduzida pelo município sede, apresentou projeto e pleiteou junto ao MS a adequação do projeto SAMU para benefício da região e não apenas de municípios isolados. Considerando a população regional, cumpriu-se a exigência de população mínima estabelecida pelo MS, a base do projeto foi estabelecida no município de Juína, com unidades avançadas em municípios estratégicos para atender toda região. Paralelamente, a região encaminhou projetos ao MS pleiteando a construção de UPA no município sede e a construção de salas de estabilização nos demais municípios,

coabrindo assim toda a região. Juína foi a primeira região mato-grossense a aderir a estes projetos ofertados pelo MS em 2010.

A prática do planejamento regional começa a ser entendida como um caminho para mudança de uma cultura estabelecida na saúde. Como refere um gestor municipal (GM3):

... talvez o planejamento regional seja a única forma de você vencer essa questão muito colocada, principalmente com emendas parlamentares, em situações de interesses individuais, entre um representante legislativo, estadual e federal e prefeito de município, que pega volumes de recursos significativos, concentra no município, mesmo sem ter capacidade, não digo gerencial, digo na capacidade de serviço mesmo, de disponibilidade de mão de obra, de disponibilidade de serviço pra executar aquilo ali. A gente teve situações aqui que nós podemos dizer que foi um desperdício de recurso na faixa de quase de um milhão de reais, que poderia estar sendo usado na regional, porque justamente ainda em alguns momentos prepondera-se interesse individual e [o recurso] está há mais de três anos perdido ai, e sem uso, sem fazer o papel de fortalecimento regional. Então acredito que o planejamento regional ele vai fazer ao longo do tempo, o enfrentamento dessas situações, impedir que esses interesses individuais venham aplicar mal o recurso público que pode ser usado pra fortalecimento de saúde de uma região, melhorando a resolutividade e assim o acesso à saúde daquela população. Então quando você aprende a planejar coletivamente, você diminui a disputa entre os municípios e aumenta mais o espírito de solidariedade entre os gestores municipais daquela região. Você aumenta mais aquela coisa do pertencimento daquela região, de eu não pensar apenas eu enquanto munícipe de um determinado pedaço, mas enquanto munícipe de uma região de saúde.

Quanto à definição de fluxos de processos regulatórios, as redes construídas foram documentadas para cumprir demandas do MS (Rede Cegonha e Rede de Urgência e Emergência).

Na prática da regionalização solidária, notam-se avanços na região, dado que os atores afirmam que esta postura solidária já está presente tanto no corpo técnico dos municípios quanto nos próprios gestores municipais. Os gestores elencam algumas situações dignas de registro:

- Frequente contato entre técnicos dos municípios para dirimir dúvidas sobre assunto específico da sua área técnica de atuação;

- Na oficina da última atualização da PPI (setembro 2012) o município de Juína sugeriu a municípios vizinhos que reavaliassem os recursos disponibilizados para Juína, aconselhando a retirada de algumas pactuações com esta sede já que aqueles

municípios, tendo estruturado seus serviços de clínica, teriam condições de resolver localmente essas demandas. Desta forma, devolver-se-ia a cota pactuada não utilizada (GR1);

- Quanto ao incentivo financeiro federal da atenção básica para Compensação de Especificidades Regionais, a partir da segunda etapa (na primeira etapa não houve consulta ao colegiado regional para definição do município beneficiado - Cotriguaçu), o CGR passou a decidir quais municípios receberiam o incentivo. Para tal, mediante consenso, o colegiado elegeu indicadores, cuja utilização permitiu a seleção dos municípios de Colniza e Brasnorte como beneficiários. Também foi decidido no CGR que a terceira etapa contemplaria os municípios de Aripuanã e Juruena e, numa próxima etapa, Castanheira e Juína por terem a atenção básica mais organizada e serem privilegiados nas condições de acesso rodoviário. (GM3).

- A realização pela segunda vez do projeto de cirurgias eletivas contemplando os sete municípios, com procedimentos executados no município sede, transcorre sem maiores contratempos;

Na entrevista com a representante regional do COSEMS soube-se que o consenso obtido nesta região, para escolha dos municípios contemplados com o incentivo, não se reproduziu nas demais:

...Isso não aconteceu da mesma forma nas outras regiões de saúde, algumas entraram pra disputa até com a dificuldade de consenso, na região de Juína foi tranquilo porque há na região um histórico das atuações dos diretores do escritório regional, da equipe técnica do escritório junto aos secretários que não vem de agora. O desenho de se pensar regionalmente, de pensar de forma solidária já vem de alguns anos...(GM3)

A gestora também chama a atenção sobre o papel do município sede frente à regionalização solidária:

...o colegiado hoje representa uma unidade e quem é município polo tem que ter a visão de que recebe alguns recursos que não são dele, não são da população dele e sim da região. ... conversando com alguns gestores de municípios que apoiaram a reestudualização dos hospitais de referência regional, muitos deles falaram que tiveram tal atitude porque o município polo, que tinha serviço de referência, atuava com os demais municípios como se estivesse fazendo caridade, como se estivesse fazendo favores ao atender os municípios vizinhos. Esta é a maior dificuldade no processo de regionalização (GM3)

Após o Pacto pela Gestão, as principais mudanças incorporadas na região foram: a gestão plena dos recursos financeiros para assistência recebidos fundo a fundo pelos municípios; a definição das responsabilidades sanitárias da microrregião (PPI, PAVS, SISPACTO); o fortalecimento das práticas de gestão colegiada com a instituição do CGR e também a participação do CGR no processo decisório regional. A participação dos principais atores (gestores municipais e técnicos do ERS) da região na elaboração do PDR também foi citada – provavelmente decorrente da daquela oficina realizada na região, em 2010, para elaboração do diagnóstico regional que, acreditava-se, culminaria na atualização do PDR.

A PPI é avaliada periodicamente na região e homologada em reunião do CGR. Este processo, coordenado pela equipe do ERS desde o ano de 2005, vem amadurecendo e se tornando cada vez mais claro para os envolvidos. Ele ocorre de duas formas: i) repactuação intrarregional em intervalos de aproximadamente três meses (cotas hospitalares); ii) oficina para reavaliação geral (série histórica, divergências no sistema, etc.), com análise individual por município de toda referência programada (hospitalar e ambulatorial), culminando em mesa de negociação entre todos os gestores envolvidos.

Durante a observação direta, acompanhou-se a realização da negociação final de uma oficina. Observou-se a postura solidária do município de Juína, sugerindo ao município vizinho a diminuição da cota de determinado procedimento referenciado devido ao pouco uso na referência e era sabido que o município em questão já havia melhorado seus serviços, executando o procedimento em seu próprio território (GR1, GM3).

O CGR de Juína não realiza atividades de articulação específica com os Conselhos Municipais de Saúde e as demandas originárias dos CMS chegam ao CGR através do gestor da SMS. Registrou-se um desabafo sobre a postura dos conselheiros:

...a gente percebe muita passividade dos conselheiros diante da gestão municipal. Aqui nós tentamos sair da presidência do conselho, uma vez inclusive de certa forma impusemos democraticamente, não sei se existe “imposição democrática”, mas impusemos a saída do gestor municipal da presidência do conselho pra que a sociedade viesse fazer esse papel da presidência, e coordenasse as reuniões, mas não é fácil não. Porque essa passividade é muito presente, essa coisa de esperar pauta, esperar ser

convocado, e não participar ativamente. Então é algo que precisa ser trabalhado.

Mediante a articulação do ERS, também são realizadas oficinas para análise dos indicadores por município (PAVS/MAPE e SISPACTO) com socialização entre os pares, gerando os indicadores da região. No entanto, não ocorrem no CGR pactuação de ações articuladas entre os municípios.

Processos de qualificação da gestão do trabalho e da educação em saúde são fomentados pelo CGR. Os gestores citam como exemplo a realização de cursos e capacitações para os técnicos da região e também as oficinas de pactuação.

Como instâncias participantes na composição do SUS na região foram elencadas como importantes os Conselhos Municipais de Saúde e o Consórcio Intermunicipal de Saúde.

O Consórcio Intermunicipal de Saúde Vale do Juruena (CISVJ) foi criado em agosto de 2001. É composto por seis dos sete municípios pertencentes ao CGR, exceto o município de Brasnorte, que participa do consórcio da região de Tangará da Serra.

O CISVJ trabalha com cotas pré-determinadas para serviços e consultas especializadas, com distribuição proporcional *per capita* a cada município consorciado. Utiliza a estrutura do hospital municipal de Juína para os atendimentos de: ortopedia, com cirurgias ortopédicas; cardiologia, com eletrocardiograma; cirurgia geral e buco-maxilo; ginecologia e obstetrícia; endocrinologia; anestesiologia; oftalmologia; angiologia; além de referência para as unidades privadas do município de Juína, no caso de procedimentos de maior complexidade. Nas unidades privadas também são realizados os exames pactuados de endoscopia digestiva, raio-X, ultra-Som, tomografia e mamografia.

O quadro de funcionários deste Consórcio está distribuído em três unidades distintas: Hospital Municipal, SAMU e UPA (cinco enfermeiros, três auxiliares administrativos e quatro motoristas); Casa de apoio (dois auxiliares de serviços gerais e dois vigias); Sede do consórcio (um secretário executivo, um contador e controlador interno e uma administradora).

O recurso financeiro para manutenção do CISVJ é composto por transferências municipais (valor *per capita* que oscila entre R\$ 0,75 a R\$ 1,35) e contrapartida estadual de 50% do valor da cota municipal (Quando 24).

Quadro 24 - Composição da receita do CISVJ

Município	População 2007	Per capita (proposta 2011)	R\$ por município (proposta 2011)	Contrapartida SES (50%)
Aripuanã	19.372	0,75	14.504,00	7.252,00
Castanheira	6.920	1,25	8.680,00	4.340,00
Colniza	14.149	0,75	10.640,00	5.320,00
Cotriguaçu	13.390	0,79	10.640,00	5.320,00
Juína	39.526	1,11	43.960,00	21.980,00
Juruena	6.420	1,35	8.680,00	4.340,00
Total	99.777	0,97	97.104,00	48.552,00

FONTE: CISVJ/2012

As reuniões do CISVJ são fechadas, realizadas entre os prefeitos consorciados ou entre os seis secretários municipais envolvidos. O Consórcio participa das reuniões de CGR apenas quando precisa utilizar o espaço para informes aos gestores. Através das atas, notou-se que essa participação tornou-se mais frequente após a implementação do SAMU regional, já que os gestores utilizam a estrutura administrativa do CISVJ para gerir o custeio dos profissionais e das ambulâncias recebidas do Ministério da Saúde para esse projeto.

Os atores são críticos ao analisar a atuação do CISVJ, informando que este já fora mais resolutivo (GM1, GM3):

... O CISVJ está muito fragilizado devido à ausência do estado. Ou pensa-se estratégias para fortalecê-lo ou ele não tem mais como se manter por muito tempo porque a operacionalidade dele às vezes fica mais cara do que criar outras alternativas de investimento regional. Eu vejo hoje com o governo federal, pensando nessa construção da rede de saúde, e pensando o financiamento regional, talvez com o tempo não haja necessidade do consórcio... O que precisava é que o estado pensasse da mesma forma, e que os municípios polo também.... Porque da forma que está colocado o consórcio hoje, só os municípios estão custeando essa regionalização, e eles não estão aguentando mais manter isso financeiramente. Então assim, se nós trabalharmos na lógica do COAP, eu não vejo muito a necessidade da continuidade do consórcio, acho que dá pra pensar em outros modelos (GM3).

Foram citadas como mudanças expressivas na região, com a institucionalização dos CGR: parcerias para enfrentamento de problemas, divulgação

decisões/proposições do CGR, acordos formais cooperação intergestores, monitoramento das proposições do CGR e a superação de conflitos. Os atores conseguem perceber o amadurecimento do CGR. Afirmam que à época da sua instituição, não sabiam ao certo como exercer seu papel deliberativo, mas que hoje não conseguem imaginar a organização da região de saúde sem o colegiado. Citam como avanços o formato das reuniões, proporcionando maior entendimento sobre os assuntos tratados aos gestores (GM1, GM4).

Nas deliberações realizadas dentro do colegiado registram-se movimentos do CGR pedindo providências junto ao estado: proposição solicitando que os incentivos financeiros do estado, destinados à Atenção Primária, sejam transformados em contrapartida, garantido repasse regular dos recursos; alteração da Portaria GBSES nº 84/2010, para adequação à RDC 50/2002 ANVISA, entre outras, conforme evidenciado no quadro 25, que relaciona as proposições do CGR.

Segundo os gestores, a organização e a equipe do ERS são importantes e têm interferência no desempenho do CGR, até porque metade do colegiado é formada por técnicos do escritório (GR4). Esta interferência é percebida sob duas óticas: na primeira, observa-se o papel indutor do ERS fomentando os municípios à regionalização solidária e oferecendo suporte técnico às discussões:

O diretor do ERS tem que ser o comandante, tem que ter perfil de impulsionar os outros a pensar. O ERS Juína tem um histórico de diretores com esse perfil (GM1).

O ERS atua como complementar na gestão dos municípios, não porque no município não haja qualidade, mas não há quantidade de técnicos suficiente para assumir todas as ações. A equipe de gestão é mínima, a mais reduzida possível, porque a prioridade do município é o atendimento de ponta e acaba que a gestão fica relegada a segundo plano. Nesse papel o ERS tem participação fundamental, não só em cobrar relatórios, mas ajudar a preparar documentos, fazer a conformidade da documentação necessária na aprovação de projetos. Sem contar as ações desenvolvidas, formatadas de iniciativa do próprio ERS como as capacitações de vigilância sanitária, ambiental, Projeto Estradeiro, etc. (GR4)

Numa segunda ótica, a interferência é negativa, decorrente do ERS não deter conhecimento de determinados assuntos, criando dificuldade de inserção de pauta pelos municípios, cujos gestores recebem informações diretamente do COSEMS/MT ou do CONASEMS, pelo seu representante regional:

Há grande dificuldade do ERS entender que os municípios podem pautar. Muitas vezes houve dificuldades na inserção de pauta devido ao desconhecimento do assunto por parte do ERS. Nesse momento, preferimos retirar assunto de pauta para que não houvesse imposição por uma das partes, aguardando que equipe do ERS tomasse conhecimento do assunto para novamente, colocar o assunto em pauta (GM3).

Notou-se que os membros do colegiado possuem senso crítico para avaliar o avanço da regionalização na região e percebe-se que há uma expressão de “consciência regional” entre os membros do colegiado. Eles externam sentimento de pertencimento à região quando evidenciam o empenho dos gestores, secretários e prefeitos na busca de benefícios para a região e não para municípios isolados, citando exemplos como a implantação do consórcio, o empenho dos envolvidos na tentativa de implantação de hospital regional, o projeto SAMU Regional entre outros (GR3). Como se manifesta um gestor:

...Não digo que a consciência regional já esta consolidada, porque ela depende muito do dia a dia ...vai depender muito dos perfis dos gestores que entram a cada quatro anos. Então ela tem que estar enraizada na população, ela tem que estar muito bem solidificada entre os técnicos da saúde da região, tanto do escritório, como dos municípios, principalmente do município polo, né? E a gente fez esse trabalho aqui, e ainda esta longe de ser o bom. ...Então é assim, esse trabalho tem que ser contínuo, porque a hora que trocar o gestores municipais, isso já esteja presente na população e nos profissionais de saúde, então daí não vai depender do perfil do gestor municipal, aliás o gestor municipal ele vai ter que se adequar a esse novo perfil da saúde pensado regionalmente (GM3).

Os gestores citam também o ganho de força política, com participação efetiva em reuniões de CIB através do gestor representante do COSEMS da região, fortalecendo uma região tão esquecida (GR1) e entendem que o momento atual é fruto de um processo implementado pelo estado já há algum tempo e que ainda não está consolidado:

...Mato Grosso saiu na frente, ele deu um salto, mostrou para o Ministério, para o país um modelo correto de se fazer saúde onde não há o estado como indicador e o município como subordinado, mas sim um processo de visão conjunta. Desde o município mais pequenininho que temos nos estado até Cuiabá, a responsabilidade do estado é atuar de forma igual, ou pelo menos com equidade pro município menor, mais distante, para que este possa receber mais recursos já que nele tudo é mais caro do que aqueles que estão mais próximos dos grandes centros (GM3)

Mediante levantamento documental, observou-se uma crescente produção do CGR ao longo do período 2006-2011, com destaque para o ano de 2010 (Tabela 12).

Tabela 12 - Produção CGR de Juína - Período 2006/2011

Instrumento	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Média/Ano
Atas (reuniões)	05	08	08	12	15	10	9,6
Proposições	05	07	07	11	21	28	13,1
Resoluções	-	-	01	12	41	23	

O fato de não se ter registro de resoluções entre 2006 e 2008 é decorrente de um entendimento, à época, de que todas as decisões exaradas desse fórum deveriam ser formalizadas como proposições, com encaminhamento à CIB, para homologação. Essa prática foi mudada no final de 2008, quando então várias decisões passam a ser editadas também na forma de resoluções.

Na análise das proposições apresentadas no CGR, com conteúdo de interesse específico nos municípios da região, constatou-se produção de 94 proposições, reproduzindo a evolução relatada anteriormente (Tabela 13). O aumento no número de proposições observado poderia representar uma consolidação do CGR, enquanto instância decisória regional. No entanto, pelo conteúdo das proposições acredita-se que a melhoria deu-se na formalização e no registro de ações/atividades e não especificamente no processo de gestão colegiada.

Tabela 13 - Número de proposições apresentadas em CGR, segundo municípios envolvidos, período 2006/2011.

SMS	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Total
Aripuanã			01	02	07	05	15
Brasnorte			02	01	07	06	16
Castanheira			01	02	07	08	18
Colniza		01	01	02	07	06	17
Cotriguaçu	01	01		01	07	01	11
Juína	01		01	01	07	07	17
Juruena			01	01	06	08	16
Total	02	02	07	10	48	41	110

Os números apresentados na tabela 13 diferem daqueles da tabela anterior por dois motivos: quando são menores (2006) indicam que naquele ano grande parte das

proposições não se referia a municípios específicos (ex: RI do CGR); quando são maiores (2010) relacionam-se a conteúdos de interesse de mais de um município (ex: aprovação de sala de estabilização em quatro municípios da região). Em número de proposições percebe-se uma distribuição homogênea, com menor destaque para Cotriguaçu; quanto ao ano, destaca-se o ano 2010 (48). A análise das proposições revela que neste ano houve um grande incentivo, por parte do governo federal, para projetos específicos (saúde nas escolas, aquisição de material permanente, sala de estabilização), aos qual a maioria dos municípios aderiu, formalizando essa adesão em proposições.

O conteúdo das proposições reflete, no seu conjunto, a grande influência das normalizações oriundas do MS. No entanto, foram observadas proposições de iniciativa do próprio CGR, destacadas (cinza) no Quadro 25. Estas produções ganharam corpo no ano de 2010.

Quadro 25 - Frequência e conteúdo das proposições produzidas pelo CGR de Juína, 2006 a 2011

Nº	Assunto
06	Homologação do recurso financeiro do Piso Estratégico da Vigilância Sanitária
06	Assinatura dos TCGM dos municípios de Aripuanã, Brasnorte, Castanheira, Colniza, Juína e Juruena.
06	Aprovação ordem de serviço para construção ou conclusão obra (UBS e UPA)
06	Pré Proposta de requalificação de Unidades Básicas de Saúde dos municípios
06	Alteração Implantação Sala de Estabilização em conformidade Port Minist n.º 2.338 de 03/10/2011
06	Aprovação do plano de contingência da Dengue conforme portaria 2557/2011
05	Adesão ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ AB
04	Pactuações/Repactuações SISPACTO, PAVS/VS, MAPE, PPI
04	Credenciamento (ESF, ESB ou NASF)
04	Projeto Vigilância e Promoção da Saúde, Prevenção Violência Doméstica, Sexual e outras violências
04	Aprovação Termo de Compromisso gestão Municipal do programa saúde na escola
03	Temas diversos
02	Implantação, implementação e fortalecimento da vigilância epidemiológica e hanseníase
01	Desqualificação de duas ESF
01	Composição do CGR
01	Termo de Compromisso entre ERS e SMS para adequação das duas ESF desqualificadas em 2006
01	Criação da Comissão Permanente de Integração Ensino e Serviço Regional de Juína – CIES Juína
01	Habilitação município realização procedimentos cirúrgicos média complexidade ambulatorial e hospitalar
01	Projeto de aquisição de material permanente para os 7 municípios da região
01	Adequação das Campanhas de Cirurgias Eletivas de Média Complexidade do município de Juína.
01	Compensação de Especificidades regionais para municípios de Brasnorte e Colniza
01	Projeto Implantação/ Implementação do Complexo Regulador e Informatização das Unidades de Saúde
01	Solicitação de aumento do incentivo estadual para atenção básica para o município de Colniza (2007)

01	Solicitação de padronização da população anual a ser considerada pelos municípios como base de cálculo para incentivos e registro nos sistemas de informações, tais como: SIAB, SIFAB, PPI, SIA PAB-FAE entre outros (2008)
01	Padronização de rotinas para a regulação de urgência e emergência para o município de Brasnorte. (2008)
01	Proposta de alteração da Portaria GBSES nº 84/2010 para adequação à RDC 50/2002 ANVISA (2010)
01	Revisão/alteração do protocolo de regulação para os exames especializados (2010)
01	Propõe desenho da microrregional noroeste a ser efetivado na atualização do PDR Estadual (2010)
01	Propõe a Equiparação de investimento financeiro estadual para Hospitais de Referência Regional sob gestão municipal em relação aos Hospitais Regionais do Estado de Mato Grosso (2010)
01	Propõe que os incentivos financeiros do estado destinados à Atenção Primária sejam transformados em contrapartida, garantido repasse regular dos recursos (2010)
79	Total

Quanto ao conteúdo das resoluções produzidas em CGR (Quadro 26), percebe-se que maioria teve a finalidade de formalizar a organização interna do CGR (17) e do CIES (18). Sobressaem-se também as resoluções dos Planos de Contingência da Dengue dos sete municípios da região (2010), pelo movimento que estas representam: com a construção do diagnóstico situacional de cada município, ferramenta utilizada para elaboração do Plano Municipal de Saúde, percebeu-se que a dificuldade no enfrentamento da dengue era comum a todos. Utilizando recurso remanescente da oficina PlanejaSUS, realizou-se oficina para construção de planos de contingência individuais, com socialização das informações junto ao grupo dos sete municípios. No ano de 2011, o Ministério da Saúde providenciou incentivo financeiro aos municípios prioritários, mediante projetos elaborados (Portaria 2557/2011).

Quadro 26 - Conteúdo e número de ocorrência das resoluções produzidas pelo CGR de Juína no período 2006/2011

Nº	Assunto
09	Criação da Rede Sentinela dos Agravos à Saúde do Trabalhador
07	Alteração da Composição da Comissão Permanente – CIES Noroeste
07	Homologação do Plano Municipal de Saúde de Castanheira, Colniza, Aripuanã, Juína, Juruena, Brasnorte e Cotriguaçu para o quadriênio 2010/2014
07	Revisão do TCGM – Termo De Compromisso de Gestão Municipal
07	Plano de Contingência da Dengue dos 7 municípios (2010)
06	Alteração composição Colegiado de Gestão Regional Noroeste Mato-grossense
04	Aprovação do Plano de Aplicação do Incentivo Federal destinado a Atenção Básica – Compensação de Especificidades Regionais do município de Brasnorte Colniza
03	Alteração do calendário de reuniões do CGR para o exercício ano
03	Pactuação da utilização do recurso financeiro PLANEJASUS

02	Alteração do Regimento Interno do Colegiado de Gestão Regional
02	Composição do CGR
02	Plano de Aplicação recurso ao apoio da organização e funcionamento do CGR
02	Prestação de contas recursos para ações contingências controle da dengue Juína e Aripuanã.
01	Criação da Câmara Técnica do CGR – Nº 16/2010
01	Composição da Câmara Técnica CGR – Nº.17/2010
01	Criação da Comissão Permanente de Integração Ensino e Serviço Regional Noroeste Mato-grossense – CIES NO
01	Composição da Comissão Permanente de Integração Ensino e Serviço Regional Noroeste Mato-grossense – CIES NO
01	Regimento Interno da CIES NO
01	Ratificação do PAREPS Regional Noroeste 2011.
01	Aprovação município de Juína para realização do Curso Qualificação de ACS
01	Aprovação do PAREPS
01	Pactuação utilização recurso financeiro cursos Regionalização Solidária
01	Pactuação recursos financeiros curso Gerontologia
01	Aprovação município Juína para gestor recursos financeiros educação permanente ano 2011
01	I Conferência Regional de Saúde Mental Intersetorial Noroeste Matogrossense
01	Aprovação comissão organizadora da I conferência regional de saúde mental regional
01	Movimentação servidor FUNASA
01	Aprovação relatório 1ª etapa cirurgias eletivas 2010
01	Distribuição cotas densiometria óssea utilizada pelos municípios da região
77	Total

A estrutura de uma reunião de CGR registrada em ata está dividida em três partes distintas: temas para homologação, apresentação ou discussão e informes. Temas para homologação são os temas que após consenso, serão formalizados através de proposição ou resolução. Temas para apresentação ou discussão são os temas trazidos para as reuniões para informação dos gestores ou necessidade de tomada de providências. Já os informes tratam de assuntos relevantes para todos os secretários e aproveita-se a oportunidade do encontro destes para socialização destas informações.

Mediante leitura das atas, percebe-se que muitos informes geram debates entre o grupo, principalmente no que diz respeito à cobrança do posicionamento do estado em determinados assuntos. O quadro 27 apresenta os assuntos e a frequência das três categorias nos registros em atas das reuniões de CGR do período 2010 a 2011. Através desse consolidado, observa-se que as reuniões de CGR são muito utilizadas para informes, os quais muitas vezes geram longas discussões e nem sempre são aproveitados para que o assunto em questão volte ao colegiado como tema de apresentação ou discussão para ser melhor estudado.

Na categoria “homologações” destacam-se os as homologações referente à rotina do CGR (28) como a aprovação de atas e alteração de membros de CGR; na sequência, homologações referentes à educação permanente (12).

Nos assuntos para “apresentação e discussão” destacam-se assuntos referentes à atenção básica (7), seguidos das discussões para implementação do SAMU, Sala de Estabilização e UPA na região (5) e a prestação de contas do recurso utilizado nos projetos especificidades regionais (5).

Quanto aos informes, a grande maioria refere-se a avisos sobre capacitações (33), seguidos de informes da área técnica da vigilância epidemiológica (28) e programas especiais da atenção à saúde (18).

Quadro 27 - Consolidado da frequência dos assuntos em reunião do CGR, ano 2010 e 2011, distribuído por categoria, região de Juína.

Assunto	Categoria		
	Informes	Apresentação ou Discussão	Homologação
Aprovação de Atas CGR			16
Alteração membros CGR			08
Câmara Técnica CGR			04
Educação Permanente	09	01	12
Atenção Básica (PSF/ESB)	14	07	10
Apresentação Relatório Anual de Gestão	08		05
Outros projetos	03		05
Vigilância Ambiental, específico Dengue	08	01	04
Plano Municipal Saúde	03		04
Vigilância em Saúde	07	01	03
Gestão	05		03
Rotina do CGR	04		04
SAMU/Sala Estabilização/UPA	04	05	03
Assinatura e revisão TCGM	03		03
Especificidades regionais	01	05	05
Vigilância Epidemiológica	28		02
Saúde do Trabalhador	03		02
Implantação/Credenciamento de Serviços			04
Proposições iniciativas da região		02	05
Controle e Avaliação	04	01	01
Regionalização solidária	03		01
Repactuações PPI/VS	02	01	03
Repactuações SISPACTO	02		01
Projeto cirurgias eletivas	02	03	01
Saúde nas Escolas	02		02
PDRI	01		01

Movimentação servidores FUNASA			01
Capacitações	33		
Programas especiais (Mulher, Criança, etc.)	18	01	
Vigilância Sanitária	15	01	
Resoluções CIB/MT	11		
Vigilância Ambiental	09		
Regulação	07	01	
Discussões SAMU (Através do CIS)	06	01	
COSEMS	06	01	
Repactuações PPI	05	02	
Dificuldades com Regulação	04	01	
Assistência Farmacêutica	03		
Conferências Municipais de Saúde	03		
Saúde Indígena	02	01	
TOTAL	238	36	113

6. DISCUSSÃO

A escolha dos dois CGR analisados não foi aleatória e partiu do ranking construído a partir de respostas dos atores membros dos 16 CGR de Mato Grosso a questões referentes a práticas de gestão e planejamento realizadas nestes colegiados. Barra do Garças e Juína foram as regiões selecionadas, por se distanciarem nas práticas de gestão e planejamento.

A regionalização da saúde em Mato Grosso, que também se explicita na conformação de seus CGR, é o resultado de um processo iniciado na década de 90. Para analisar o estágio mais contemporâneo desse processo, foram estudadas, nos dois CGR investigados, as categorias institucionalidade e governança que, para LIMA (2012), são categorias apropriadas para evidenciar esse cenário.

Inicia-se esta discussão abordando a categoria institucionalidade dos CGR. Seguindo a linha mestra traçada por VIANA (2011b) a respeito dos três pilares que caracterizam a institucionalidade (regulatório, normativo e cognitivo), pode-se dizer que os dois CGR estudados contemplam as três dimensões, destacando aqui algumas particularidades.

A dimensão regulatória da institucionalidade dos CGR é marcante neste estado, iniciando-se antes mesmo da estratégia ser incorporada pelo Ministério da Saúde e implantada nacionalmente. Mato Grosso foi um dos estados que promoveu a criação de instâncias gestoras colegiadas regionais logo após a instituição das CIB, pela NOB-93. Entre 1995 e 2005 já havia sido criadas 15 CIB regionais no estado, instâncias que nacionalmente foram instituídas somente em 2006, com o Pacto pela Saúde (MS, 2006a).

A segunda dimensão da institucionalidade, a normativa, fica materializada com a homologação do Regimento Interno e existência de Secretarias Executivas nos 16 CGR do estado de Mato Grosso.

A consolidação destes dois pilares da institucionalidade pôde ser observada nas 16 regiões de saúde de Mato Grosso através da análise das respostas dadas ao questionário autoaplicado. Porém o terceiro pilar, o cognitivo, só pôde ser apreendido nos dois CGR-caso.

A dimensão cognitiva, própria da escola do neoinstitucionalismo sociológico, é a vertente que abarca as instituições incluindo no mesmo conceito regras e procedimentos formais, sistema de símbolos, esquemas cognitivos e modelos morais que possuam valor de significação, analisando como a instituição influencia o comportamento dos seus atores. Esta abordagem passou a ganhar importância nos anos 1980-1990, valorizando o papel do conhecimento, das ideias, das representações ou das crenças sociais nas políticas públicas (GRISA, 2010).

Observou-se a identidade dos CGR consolidada através da boa participação dos gestores às suas reuniões, à liberdade de expressão de seus membros e à crescente utilização desta instância como fórum de decisão.

A identidade cognitiva também foi apreendida nas entrevistas coletivas realizadas. Em resposta a mesma pergunta: “nesta região há consciência regional?” obtiveram-se respostas que demonstram percepções distintas entre as duas regiões.

Atores da região de Barra do Garças reconhecem-se como região, embora esse pertencimento seja percebido através de falas destacando as fragilidades da região. Os entrevistados salientaram: as dificuldades encontradas em estradas para acesso aos municípios; a questão da divisa estadual com Goiás, gerando aumento na demanda espontânea aos serviços; a magnitude da população indígena localizada na área de abrangência, entre outros. Para os atores, o pensar já deixou de ser por município para se tornar um pensar regional. Porém, apesar do tempo de existência da instância regional, pouco se avançou em pactuações visando o fortalecimento regional, sendo atribuída ao estado a responsabilidade por tal limitação.

Já os atores da região de Juína responderam a pergunta com uma visão mais próxima da satisfação em pertencer à região. Reconhecem o avanço da regionalização, ressaltando as conquistas alcançadas e o empenho dos atores atuais e também os que já passaram pelo colegiado.

A percepção dos atores destes dois CGR remete a questões relativas à governança. Para LIMA (2012b), a governança se traduz na relação estabelecida entre os atores (sujeitos, governos e organizações), sua influência na regionalização e no estabelecimento de rumo para a consecução de metas e objetivos acordados.

Importante ressaltar que o CGR é ser uma instância bipartite, composta por gestores do segmento municipal (Secretários Municipais de Saúde) e estadual

(representado por técnicos do Escritório Regional de Saúde). Neste sentido, a análise da relação entre sujeitos, governos e organizações, no âmbito do CGR, fica restrita a estes atores e às categorias por eles representadas. Porém, na coleção Pacto pela Saúde, volume 10 (MS, 2006d), o Ministério da Saúde afirma que a lógica do Pacto pela Saúde dá titularidade aos gestores que compõem o CGR na representação de forma plena de todos os interesses sanitários do território. Ou seja, os membros componentes do CGR, todos atores governamentais, são também atores sociais CORTES (2009) e deveriam representar os interesses dos sujeitos e das organizações não participantes desse fórum.

Seguindo a definição de LIMA (2012b), infere-se que a análise da gestão e do planejamento no CGR (objetivo central desta pesquisa) e como tal processo de dá – fruto das relações entre os atores envolvidos – conformam o panorama da governança nestas regiões.

As condições logísticas (condições técnicas e administrativas, contingente de recursos humanos, materiais e financeiros) é um dos determinantes que representam a capacidade de gestão de uma organização (GUIMARÃES *et al.*, 2004).

A CIB/MT conduziu o processo de transição de CIB Regional para CGR, subsidiando as instâncias colegiadas com o aporte técnico. Foi responsável pela divulgação e organização das funções administrativas dos CGR, realizando esta atividade à distância através de ofícios, visitas esporádicas às regiões e informes aos representantes em reuniões realizadas na capital. A CIB/MT também foi a responsável pela viabilização de infraestrutura básica para o funcionamento dos CGR (mobiliário e equipamentos).

A coordenação do CGR está centrada na figura do diretor do escritório regional – sugestão dada pelo Ministério da Saúde (MS, 2006d), instituída através do Regimento Interno.

Os dois CGR estudados possuem Secretaria Executiva, porém nas duas regiões estas são compostas apenas por técnicos dos ERS que não possuem dedicação exclusiva à atividade. Quanto à organização administrativa, esta é melhor no CGR de Barra do Garças que no CGR de Juína.

Ainda que as orientações de conformação do CGR divulgadas pelo Ministério da Saúde indicassem a composição do colegiado com todos os municípios da região

e apenas a representação do estado (MS, 2006d), nos dois CGR analisados verificou-se a composição com o mesmo número de participantes de ambos os segmentos. Ao que parece, o entendimento de “paridade”, principalmente por parte do segmento estado, é de igualdade numérica e não de representação. Isso pode representar tanto dificuldades de composição desse colegiado, em regiões com muitos municípios, como “participação figurativa”, expressa por aqueles membros indicados apenas para preencher a “cota-parte do escritório”.

O formato das reuniões difere entre as duas regiões, onde cada uma encontrou a melhor forma de atender seus objetivos. No CGR de Barra do Garças realizam-se reuniões formais, com configuração técnico-administrativa. Há preocupação em não se exceder o tempo limite acordado para cada encontro (3 horas), que é dividido em discussão (pré-CGR) e homologação (CGR). Já no CGR de Juína observa-se a formalidade mínima necessária, com um desenho mais próximo de um sistema pedagógico, predominando reuniões longas com duração de até dois dias, com assuntos em pauta para discussão e homologação no mesmo momento.

Apesar de constar no Regimento Interno dos dois CGR, só foi encontrada Câmara Técnica instituída no CGR de Juína. O CGR de Barra do Garças iniciou discussão a respeito, mas esta ainda não foi consolidada. O CGR de Juína possui Câmara Técnica instituída no ano de 2010, com produção de alguns documentos, mas não há periodicidade definida suas reuniões, que ocorrem apenas quando é necessária análise de algum assunto demandado pelo CGR. Os próprios atores consideram-na incipiente.

Num estudo de viabilidade de estruturação de Câmaras Técnicas realizado em Pernambuco, JUSTO (2012) coloca a interferência do nível central da SES/PE, desconsiderando a produção regional com a não homologação de resoluções e proposições, alegando falta de alicerce técnico. Não é possível afirmar que a SES/MT tenha a mesma postura, em relação à Câmara Técnica do CGR de Juína, dada a sua baixa produção. Porém, entre os documentos citados como produção geral deste CGR, notou-se que proposições de iniciativa regional (apresentação do desenho do PDR Regional e solicitação de discussão do PDR Estadual, entre outras) também não tiveram a receptividade esperada, por parte da SES/MT.

A CIB/MT é a responsável pela coordenação das pactuações que dão sustentação aos acordos das regiões de saúde (MS, 2006d). Lembrando que todo CGR é autônomo e pode escolher a sua forma de trabalho (como o fez, decidindo seu regimento interno e também o formato das suas reuniões), acredita-se que a CIB/MT poderia fomentar o crescimento de todas as regiões ao divulgar as experiências exitosas encontradas, como exemplo a organização administrativa do CGR de Barra do Garças.

Observando o registro documental (atas, proposições e resoluções) dos dois CGR estudados e os comparando com estudo de caso realizado em instância regional do estado do Ceará (MESQUITA, 2011), verificou-se maior número de registros nos CGR mato-grossenses. A Comissão Intergestores Regional Caucaia, instância regional criada no ano 2000 e composta por 10 municípios, registrou no período 2009/2010, a realização de 21 reuniões (atas), que geraram 42 consensos (proposições). Neste mesmo período, as regiões estudadas em Mato Grosso, de Barra do Garças e de Juína, realizaram respectivamente 22 e 27 reuniões, gerando concomitantemente 101 e 85 consensos (resoluções e proposições).

Interessante observar que a criação dos CGR estudados de Mato Grosso (1997) e a CIR Caucaia (2000) é próxima, revelando pioneirismo e aprendizado semelhantes. O número de municípios da área de abrangência também é similar, assim como foi pouco diferente o número de reuniões realizadas nos dois CGR de Mato Grosso e a CIR Caucaia, do Ceará. Diferenças importantes deram-se na quantidade e também na forma de registro dos consensos obtidos.

A CIR Caucaia/CE realiza todos os seus registros no formato de proposições, independentemente de tratar de assunto interno da instância ou que dependa de homologação da CIB, enquanto os CGR do Mato Grosso separam seus registros em proposições e homologações. Tal fato aponta para formas distintas de organização administrativa desses colegiados.

Quanto à quantidade de registros, observou-se maior produção nos CGR de Mato Grosso, em relação à CIR Caucaia/CE, com o dobro de registros, permitindo levantar pelo menos duas hipóteses: i) os problemas de saúde em Mato Grosso são maiores ou mais complexos, fomentando maior gama e quantidade de assuntos para serem tratados nos CGR; ii) como até 2009 os estados de MT e CE encontravam-se

num mesmo estágio no processo de regionalização (ALBUQUERQUE et al., 2011), eles diferenciaram-se depois daquele ano, com o Ceará avançando e a SES/CE respondendo à parte das demandas das regiões (e CIR), o que não se deu em Mato Grosso, repercutindo na pauta e produção dos CGR.

Quanto aos temas tratados em reuniões, verificou-se que nas duas regiões de estudo o maior número de homologações gira em torno de atividades administrativas do CGR, seguido de homologações referente à educação permanente e implantação e credenciamento de serviços na atenção básica.

Dando a sequência à proposta deste estudo, passa-se a analisar uma das funções da gestão, o planejamento nos CGR. É possível afirmar que os CGR de Mato Grosso contemplam o ambiente necessário citado por TEIXEIRA (2010a) para que o planejamento aconteça: base territorial definida e esferas de gestão envolvidas normatizadas. Para a autora, um processo de planejamento requer além dos pressupostos citados, a identificação dos problemas prioritários de alcance geral para a formulação de políticas para depois e elaboração do Plano de ação.

Quando questionados sobre as ações de planejamento realizadas, os atores se reportam à construção dos Planos Municipais de Saúde - este instrumento de planejamento municipal é a referência de planejamento que possuem. Em 2011, pela primeira vez, os PMS foram construídos em oficinas regionais, como estratégia e com incentivo financeiro do Ministério da Saúde e apoio técnico da SES para orientar sua formulação (PlanejaSUS). Porém, segundo dados do questionário autoaplicado, apenas a regional de Juína promoveu atividades de socialização dos diagnósticos de saúde e a apresentação dos planos municipais em reunião de CGR, antes da sua efetiva homologação. A regional de Barra do Garças realizou apenas a homologação em reunião de CGR.

A atividade foi realizada nas duas regiões, porém com metodologias diferentes. Na primeira, com a socialização dos diagnósticos e apresentação dos planos, promoveu-se o início de uma percepção regional – que nos reporta à identificação dos problemas prioritários citado por TEIXEIRA (2010a). Já a segunda região continuou trabalhando individualmente seus municípios, realizando em CGR a atividade de homologação de documentos. A realização da mesma ação com

metodologias diferentes levanta a questão do baixo envolvimento do nível central da SES/MT na condução do processo.

As duas regiões avaliadas não possuem Plano Regional de Saúde. Na região de Juína houve um movimento embrionário visando a construção do desenho do Plano Diretor de Regionalização e o levantamento dos investimentos necessários para a região como projeto piloto para posterior atualização do PDR Estadual. Após inúmeras cobranças do CGR de Juína, a SES/MT decidiu realizar oficina de plano piloto na região, porém após sua efetivação não foi dada continuidade ao processo com realização de oficinas nas demais regiões do estado.

Também indica a limitação da SES/MT como condutora (e indutora) do processo de regionalização o fato de que as ações de planejamento citadas não foram conduzidas pelo mesmo setor da SES/MT: a primeira oficina, PlanejaSUS, foi conduzida pela Superintendência de Políticas e a segunda, oficina do PDR, foi conduzida pelo setor de Controle e Avaliação, ligado à Superintendência de Atenção à Saúde.

O conceito de gestão de GUIMARÃES *et al.* (2004) requer da organização três capacidades elementares: capacidade de planejamento, capacidade técnico-administrativa e capacidade de articulação e mobilização de alianças e parcerias.

Quanto à capacidade de articulação e mobilização de alianças e parcerias, apesar do relacionamento cortês e harmonioso observado nas reuniões dos dois CGR estudados, verificaram-se situações distintas entre as duas regiões. Ao analisar com mais detalhamento os avanços alcançados, materializados nas pactuações realizadas nos CGR, algumas considerações são possíveis:

As diferenças na capacidade de articulação do CGR em cada uma das regiões de estudo podem ser exemplificadas através do resultado da pactuação do recurso projeto de cirurgias eletivas. No CGR de Juína houve coesão e pactuação dos recursos destinando-o ao município sede para executar os procedimentos para todos os sete municípios da região. Já no CGR de Barra do Garças o mesmo recurso fomentou a divisão dos projetos e da região: um projeto exclusivo para o município sede e outro projeto para os demais dez municípios, mesmo que eles não possuíssem capacidade instalada para tal.

Acredita-se que o exemplo citado não demonstre apenas uma situação pontual fornecendo pistas do cenário construído ao longo do processo de regionalização nestas duas regiões.

Na região de Juína, o CGR mostra-se com poucas interferências políticas partidárias, conseguindo na maioria das vezes alcançar o consenso pelo bem comum da região, em detrimento dos interesses individuais dos municípios. Encontra-se em momento de grande coesão e robusta representatividade nas discussões estaduais através da vice-presidente regional do COSEMS, aliada a uma equipe do ERS que tem como princípio a regionalização. Este cenário não era o predominante na gestão municipal anterior (2005-2008), com acirradas discussões no cumprimento das pactuações do município sede com os municípios vizinhos, sempre mediadas pela direção e equipe do ERS. Acredita-se que a cultura de regionalização presente no ERS/Juína seja fruto da baixa rotatividade de diretores na unidade e também a predominância de diretores oriundos do quadro técnicos do ERS.

A região de Barra do Garças apresenta painel oposto, apesar de vivenciar um período de melhor relacionamento entre municípios e também com equipe do ERS/Barra (atualmente com direção realizada por profissional procedente do quadro de servidores). A interferência político partidária foi citada pelos atores entrevistados como presente tanto nos dias atuais como em gestões anteriores, afirmando que esta decide a ocupação de cargos gestão municipal e também na direção do ERS/Barra.

O panorama encontrado no CGR de Barra do Garças confirma o posicionamento de VASCONCELOS (2006, p.63) sobre as contradições da gestão, que podem acontecer decorrente da interação entre o sistema político e a gestão:

As condicionalidades dessa interação entre o sistema político e a gestão do sistema levam a uma grande rotatividade dos dirigentes setoriais e das equipes gestoras, gerando descontinuidade administrativa e prejuízos na realização de projetos e na continuidade da atenção, que se mostra vulnerável às mudanças burocráticas, numa situação de informalidade e incipiente profissionalismo nos serviços públicos de saúde.

Comparando, entre as duas regiões estudadas, a forma de condução de atividades pelo CGR, pode se observar a descontinuidade administrativa e a possibilidade de prejuízos na realização de projetos, destacadas pelo autor, tanto no

âmbito do CGR, quanto no desempenho do ERS. Neste contexto, apresentam-se os exemplos:

i) Na linha dos projetos oferecidos pelo Ministério ao projeto SAMU (Sala de Estabilização e UPA) observou-se Proposição 11/2010, de novembro/2011, aprovando o início de construção da UPA no município de Barra do Garças, neste mesmo mês registra-se em ata informe com orientações aos municípios vizinhos na readequação de seus projetos para receber os incentivos destinados à reforma ou construção de Salas de Estabilização em municípios com menor população. Em contraponto, em atas e proposições do CGR de Juína, observa-se que na região essa discussão teve início no ano de 2009, com proposições datadas de novembro/2009, aprovando os projetos de Sala de Estabilização e do projeto SAMU. Entre uma região e outra, observa-se um intervalo de exatos dois anos nos movimentos para recebimento do projeto federal.

ii) Na região de Barra do Garças a descontinuidade nas articulações para o funcionamento do SAMU culminou em ambulâncias paradas, recebidas do MS, por falta de consenso (ou liderança?) em decisões administrativas que organizariam seu funcionamento;

iii) A importância dada à repactuação da PPI, ocorrida em 2011, evidencia que a região de Barra do Garças desconhecia a realização de oficinas desta natureza. Isso nos leva a crer que anteriormente, as repactuações ocorriam de forma cartorial.

A condução (ou falta dela) do projeto SAMU pela esfera estadual de Mato Grosso remete à colocação de VIANA *et al.* (2002), referente à capacidade gestora e ao grau de qualificação gerencial das Secretarias Estaduais de Saúde e Secretarias Municipais de Saúde frente à descentralização. Neste caso específico, percebe-se que a SES/MT foi ausente e a condução foi realizada pelo COSEMS.

Para os municípios, a adesão ao projeto SAMU e os desdobramentos dela advindos (UPA e Sala de Estabilização) representavam uma fonte de “dinheiro novo”, uma forma de aquisição, para a região, de novas ambulâncias, de construção e reforma, além de um recurso mensal para custeio dessas ambulâncias. Porém, a SES/MT não pensou desta forma, tendo uma tímida participação, com a divulgação efetiva do projeto SAMU conduzida pelo COSEMS, com maior repercussão em regiões do estado onde este possuía melhor representatividade.

A postura do estado frente à situação apresentada remete a duas hipóteses: i) a falta de condução da SES/MT no processo de implantação de projetos SAMU, e consequente construções de UPA no estado, foi decorrente da desorganização de sua capacidade gestora; ii) tratou-se de uma estratégia de governo para que a SES/MT não precisasse desembolsar a contrapartida financeira prevista no projeto.

Esse exemplo de desarticulação entre o nível regional e estadual reflete o posicionamento de LIMA (2012b) quando se reporta à insuficiência de estratégias e instrumentos existentes para prover os avanços necessários à regionalização.

Retornando aos achados sobre a capacidade de articulação regional, aborda-se também a regionalização solidária, eixo estruturante da descentralização no Pacto pela Saúde. Neste campo foram observados movimentos distintos entre as duas regiões de estudo, com descrição de atitudes que chamam a atenção:

1. Alocação de recursos voltados para especificidades regionais – Para a escolha de municípios que seriam contemplados com tais recursos, o CGR de Juína deliberou sobre os critérios, definiu quais os municípios seriam beneficiados na primeira etapa e nas etapas posteriores. No CGR de Barra do Garças não houve movimentação própria para escolha dos municípios, e o CGR acatou as sugestões recebidas da CIB e do COSEMS;

2. Repactuação da PPI - Na última oficina na região de Juína houve posicionamento do município sede sugerindo redução na pactuação de determinada especialidade com município vizinho, com base no fato de que este serviço não estava sendo utilizado em sua totalidade, e o recurso poderia ser melhor aproveitado em seu município de origem. Na região de Barra do Garças, para que houvesse a realização de uma oficina para estudo da pactuação vigente, fez-se necessário o posicionamento do município sede recusando-se a receber pacientes eletivos, atendendo apenas pacientes de urgência e emergência. Tal atitude mobilizou a realização de uma grande oficina de estudos da PPI naquela região;

3. Projeto de cirurgias eletivas – na região de Juína deu-se uma coesão que redundou na elaboração de projeto único; na região de Barra do Garças houve uma cisão com elaboração de dois projetos.

Foram identificadas, no CGR de Juína, iniciativas que podem ser consideradas como movimentos voltados à regionalização solidária. Estes movimentos foram

notados: na consecução de projetos ao alcance de todas as regiões do estado, na rotina de pactuações da região e também em projetos de própria iniciativa.

As diferenças encontradas nas duas regiões remetem à afirmação de MACHADO (2009) sobre a necessidade de instauração de medidas que aprofundem o controle e o disciplinamento no exercício dos poderes concentrados entre os envolvidos para que ocorram de fato as relações solidárias no pacto regional. Observa-se que as relações espontâneas dependem muito do cenário encontrado e para que passem a acontecer em todas as regiões precisam ser fomentadas pelas esferas superiores.

O scores encontrados na caracterização da região de Juína (figuras 10, 11, 12) e o maior dos atores no processo de regionalização remete a hipótese de que regiões mais distantes da capital, com maior dificuldade de acesso, total dependência do serviço público e piores condições socioeconômica, buscam o fortalecimento mútuo através da regionalização solidária.

Observou-se que a postura do gestor do município sede influencia a dinâmica das reuniões do CGR bem como as articulações realizadas nesta instância. Interessante que, apesar de posicionamentos distintos, esta percepção foi registrada na entrevista dos gestores do município sede nas duas regiões de estudo:

...o colegiado hoje representa uma unidade e quem é município polo tem que ter a visão de que recebe alguns recursos que não são dele, não são da população dele e sim da região... conversando com alguns gestores de municípios que apoiaram a reestudualização dos hospitais de referência regional, muitos deles falaram que tiveram tal atitude porque o município polo, que tinha serviço de referência, atuava com os demais municípios como se estivesse fazendo caridade, como se estivesse fazendo favores ao atender os municípios vizinhos. Esta é a maior dificuldade no processo de regionalização (gestor região de Juína)

...de certa forma o municípios sede tem um poder muito grande, querendo ou não se eu não vou na reunião, grande parte das discussões não ocorrem porque a maioria das pessoas querem tirar alguma dúvida comigo, alguma dúvida com município sede. Então, eu não falto nunca... só se tiver alguma tragédia. A reunião é prioridade. (gestor região de Barra do Garças)

Isto foi apreendido nas duas regiões, não só nas falas como na observação direta de reuniões do CGR. A ausência do gestor do município sede influencia a dinâmica da reunião do CGR chegando a promover o adiamento de discussões de

pautas importantes por estas ficarem sem resolutividade, já que a maioria dos serviços ofertados na região está localizada no município sede.

Além das orientações gerais do Ministério da Saúde quanto à gestão solidária esperada no âmbito do CGR, foi encontrado no Plano Estadual de Saúde 2008/2011 da SES/MT (Eixo III - Gestão do SUS) uma diretriz voltada para o fortalecimento da regionalização solidária e cooperativa. Porém, em ações práticas não foi encontrado nenhum registro específico que informasse a participação da SES/MT ou MS desenvolvendo qualquer atividade de sensibilização ou orientação aos gestores de municípios sede, evidenciando a necessidade desta postura solidária, principalmente por parte da SES/MT, já que tal tarefa seria inviável ao MS, considerando as mais de 400 comissões intergestores regionais (e respectivos municípios sede) ora existentes.

Na análise das relações entre os atores envolvidos, destaca-se o papel dos ERS, unidades desconcentradas da SES e peças significativas no processo de regionalização. Para GONZAGA (2002), os ERS são unidades com dupla entrada de demandas, com missão de subsidiar tecnicamente os municípios em suas dificuldades e interesses e também com a tarefa de implementar a demanda das áreas mais centralizadas da SES, na indução do desenvolvimento da política estadual. Com maior ou menor aproximação, é nessa linha que os veem os atores regionais:

O Escritório tem corpo técnico muito interessante. Eles são funcionários do estado, mas são da região e isso pesa muito. Eles valorizam muito que a gente consiga alcançar o que é bom pra região. Eles não pensam muito como técnico subordinados ao estado, eles pensam mais como técnicos com capacidade e experiência para a região. (gestor região de Barra do Garças)

O ERS atua como complementar na gestão dos municípios, não porque no município não haja qualidade, mas não há quantidade de técnicos suficiente para assumir todas as ações. A equipe de gestão é mínima, a mais reduzida possível, porque a prioridade do município é o atendimento de ponta e acaba que a gestão fica relegada a segundo plano. Nesse papel o ERS tem participação fundamental, não só em cobrar relatórios, mas ajudar a preparar documentos, fazer a conformidade da documentação necessária na aprovação de projetos. Sem contar as ações desenvolvidas, formatadas de iniciativa do próprio ERS como as capacitações de vigilância sanitária, ambiental, Projeto Estradeiro, etc. (Gestor região de Juína)

Mas não é incomum, e isso foi apreendido em respostas providas pelo questionário autoaplicado (Questão 82), confusão dos atores regionais acerca do

papel do ERS e do CGR, bem como das atividades desenvolvidas por essas instâncias.

Importante lembrar que o corpo técnico do ERS subsidia as reuniões do CGR com informes e esclarecimentos dos assuntos em pauta; a Secretaria Executiva do CGR é composta por técnicos do ERS e a coordenação do CGR é realizada pelo diretor do ERS. Com esse emaranhado de papéis é natural que a forma de gestão vigente no ERS seja refletida no CGR do qual faz parte.

Nas entrevistas notou-se também que a qualidade da gestão, no âmbito do CGR, fica comprometida com a rotatividade de diretores do ERS e também sofre a influência do perfil do diretor que é colocado nesse cargo. Foram selecionados dois recortes de entrevistas para ilustram tal assertiva:

Se você tem uma direção no escritório que te deixa trabalhar, que não emperra seu trabalho, que não é uma direção meramente política, que não é política partidária... se o diretor tem uma visão mais ampla de direção de escritório, além de política partidária, que tem noção de saúde, ele já deixa os técnicos trabalharem... se não atrapalhar já está ajudando. Se você tem na direção um diretor que tem abertura para trabalhar, fortalece os técnicos e esse fortalecimento chega ao colegiado (gestor região de Barra do Garças)

O diretor do ERS tem que ser o comandante, tem que ter perfil de impulsionar os outros a pensar. O ERS Juína tem um histórico de diretores com esse perfil (gestor região de Juína).

Outra situação apontada decorrente da influência do ERS no CGR foi registrada na região de Juína com resistência dos técnicos do ERS na aceitação de discussão de pautas propostas pelo gestor municipal por desconhecimento do assunto. Esta situação também evidenciou o atraso de repasse de informações entre nível central da SES/MT e seus ERS; por outro lado, demonstrou a dinamicidade e organização do COSEMS/MT neste processo:

Há grande dificuldade do ERS entender que os municípios podem pautar. Muitas vezes houve dificuldades na inserção de pauta devido ao desconhecimento do assunto por parte do ERS. Nesse momento, preferimos retirar assunto de pauta para que não houvesse imposição por uma das partes, aguardando que equipe do ERS tomasse conhecimento do assunto para novamente, colocar o assunto em pauta (GM3).

OLIVEIRA (2010) destaca que a implementação de uma regionalização solidária e cooperativa exige do gestor e de todos os envolvidos uma abertura para o

novo, chamando a atenção para um dos grandes desafios de gestão: a garantia da sustentabilidade do processo de funcionamento do CGR, independentemente da mudança de gestores. Partindo do pressuposto que a cada quatro anos há uma renovação no quadro de gestores municipais, mais uma vez evidencia-se a importância do papel dos ERS na garantia da continuidade dos avanços alcançados pelo CGR.

Sobre as demais instâncias que compõem o SUS nas regiões de saúde mato-grossenses, há que se destacar os consórcios intermunicipais de saúde e suas distintas formas de gestão nas regiões em estudo.

Na sua criação, os consórcios das duas regiões eram similares, tendo como referência uma unidade municipal, o hospital público no município sede (Modelo 2), com o custo dos salários de médicos e serviços ofertados rateados entre os municípios e a SES/MT na relação de dois para um, respectivamente (BOTTI, 2010).

Atualmente o CIS da região de Barra do Garças faz sua gestão de outra forma. Não há determinação de cotas por especialidade e os municípios consorciados utilizam seu saldo financeiro em caixa para comprar o serviço de consulta ou exame no serviço público da sua necessidade naquele momento. O CIS não participa das reuniões de CGR.

Já na região de Juína, há cotas por especialidade para cada município consorciado. Os serviços são oferecidos no hospital municipal de referência e também em alguns hospitais privados. O CIS participa das reuniões do CGR quando necessita do espaço para realizar informes aos gestores municipais, os quais se tornaram comuns após a implementação do SAMU.

As diferenças encontradas demonstram a fragilidade da estratégia de formação dos consórcios, decorrente do seu caráter de cooperação espontânea, podendo se desviar das diretrizes da política estadual de organização da assistência. NOGUEIRA (2011) alerta sobre a importância de avaliação desta estratégia pelas secretarias estaduais, ajustando-a as diretrizes do PDR.

Referindo-se ao papel da SES/MT junto aos consórcios, cabe destacar o posicionamento de um gestor municipal referindo-se à situação enfrentada.

... O CISVJ está muito fragilizado devido à ausência do estado. Ou pensa-se estratégias para fortalecê-lo ou ele não tem mais como se manter por

muito tempo porque a operacionalidade dele às vezes fica mais cara do que criar outras alternativas de investimento regional. Eu vejo hoje com o governo federal, pensando nessa construção da rede de saúde, e pensando o financiamento regional, talvez com o tempo não haja necessidade do consórcio... O que precisava é que o estado pensasse da mesma forma, e que os municípios pelo também..... Porque da forma que está colocado o consórcio hoje, só os municípios estão custeando essa regionalização, e eles não estão aguentando mais manter isso financeiramente. Então assim, se nós trabalharmos na lógica do COAP, eu não vejo muito a necessidade da continuidade do consórcio, acho que dá pra pensar em outros modelos (GM3).

Apesar do histórico de regionalização existente no estado de Mato Grosso, o estudo de casos identificou situações contemporâneas que evidenciam fragilidades no papel indutor do estado, muito provavelmente relacionadas à atual política estadual de saúde. O estudo também mostrou que as ações visando à implementação da regionalização têm se dado por iniciativas da Secretaria Executiva da CIB, do COSEMS ou de forma fragmentada por algumas por superintendências específicas da SES/MT, sem integração entre si. Tal situação torna pouco efetivo o importante e imprescindível papel da esfera estadual no fortalecimento da regionalização da saúde e consequentemente do Sistema Único de Saúde.

O papel da SES/MT, frente a dois dos instrumentos norteadores da gestão estadual - o PES e o PDR – ratifica o não envolvimento ou a falta de compromisso do nível estadual com a saúde. O Plano Estadual de Saúde do quadriênio 2012/2015, ainda não foi elaborado e o PDR vigente data de 2005, quando foi feita uma atualização do PDR construído no ano de 2001 (Resolução CIB N° 12 de 29 de junho de 2001). Para se adequar à lógica do Pacto e oficializar as duas regionais criadas após a última avaliação do PDR, a SES/MT aprovou a instituição de 16 regiões de saúde em 03/04/2012 (Resolução CIB/MT N° 65), sem reavaliar o instrumento norteador PDR.

Comparando a trajetória de Mato Grosso à de Minas Gerais, estado que aderiu ao Pacto pela Saúde no mesmo ano (2007), verificou-se que quatro anos depois estes estados possuíam percentuais de adesão municipal ao pacto muito próximos, 95% e 92%, respectivamente (BENEVIDES, 2011). Porém, através das informações encontradas, percebeu-se uma descontinuidade administrativa na gestão estadual de

Mato Grosso, refletida no pouco avanço na regionalização, enquanto a SES/MG possui vários registros comprovando seus progressos.

BENEVIDES (2011) coloca a importância da gestão estadual na materialização da regionalização, conformando-se um “nó crítico” em seu avanço caso a gestão estadual da saúde não cumpra adequadamente as suas responsabilidades. Acredita-se que Mato Grosso esteja vivenciando um cenário desta natureza.

7. CONCLUSÃO

A regionalização da saúde em Mato Grosso, aqui explicitada na conformação de seus CGR, é o resultado de um processo iniciado na década de 90. Com a análise da institucionalidade e governança destas instâncias, pôde-se observar a fase atual desse processo.

Seguindo a linha mestra traçada por VIANA (2011b) a respeito dos três pilares que caracterizam a institucionalidade (regulatório, normativo e cognitivo), pode-se afirmar que os dois CGR estudados com maior profundidade contemplam, em níveis distintos, aquelas dimensões.

A dimensão regulatória da institucionalidade dos CGR é marcante neste estado, iniciando-se antes mesmo da estratégia ser incorporada pelo Ministério da Saúde e implantada nacionalmente. Mato Grosso foi um dos estados que promoveu a criação de instâncias gestoras colegiadas regionais logo após a instituição das CIB, pela NOB-93. Entre 1995 e 2005 já havia sido criadas 15 CIB regionais no estado, instâncias que nacionalmente foram instituídas somente em 2006, com o Pacto pela Saúde (MS, 2006a).

A segunda dimensão da institucionalidade, a normativa, fica materializada com a homologação do Regimento Interno e existência de Secretarias Executivas nos CGR do estado de Mato Grosso.

A dimensão cognitiva, foi confirmada com a observação direta da identidade dos CGR e também apreendida, com percepções distintas nos dois CGR, nas entrevistas realizadas.

A percepção dos atores destes dois CGR quanto à sua identidade regional nos remete a questões relativas à governança. Para LIMA (2012b), a governança se traduz na relação estabelecida entre os atores, sua influência na regionalização e no estabelecimento de rumo para a consecução de metas e objetivos acordados. A análise da relação entre sujeitos, governos e organizações, no âmbito do CGR, representando todos os interesses sanitários do território, conformaram o panorama da governança nestas regiões.

Observou-se que o papel indutor do estado no processo de regionalização resumiu-se ao aporte logístico realizado pela CIB/MT, com a condução técnica da

transição de CIB Regional para CGR, e a infraestrutura básica para o funcionamento dos CGR (mobiliário e equipamentos).

Como produto desta limitação, verificaram-se movimentos regionais espontâneos movidos pelos perfis dos atores regionais em cena: em uma região de forte influência político partidária, contaminando a gestão e governança do CGR e em outra, movimentos embrionários de uma regionalização solidária.

Apesar do histórico de regionalização existente no estado de Mato Grosso, o estudo de casos identificou situações contemporâneas que evidenciam fragilidades no papel indutor do estado, muito provavelmente relacionadas à atual política estadual de saúde. O estudo também mostrou que as ações visando a implementação da regionalização têm se dado por iniciativas da Secretaria Executiva da CIB, do COSEMS ou de forma fragmentada por algumas superintendências específicas da SES/MT, sem integração entre si. Tal situação torna pouco efetivo o importante e imprescindível papel da esfera estadual no fortalecimento da regionalização da saúde e conseqüentemente do Sistema Único de Saúde. A defasagem do PES e PDR e também a situação atual dos consórcios intermunicipais de saúde são evidências de uma gestão estadual pouco comprometida com o SUS.

Nos cenários encontrados nos CGR, também foram observados produtos da realização de ações fragmentadas pela gestão estadual junto ao CGR ou ERS, indicando uma condução confusa ou então nenhum *feedback* das ações realizadas, já que aparentemente estas não foram corrigidas ao longo do tempo. Verificou-se também que a limitação de informações às unidades regionais (seja por desorganização ou forma de manter as decisões concentradas no nível central) faz com que o conhecimento técnico dos ERS seja subutilizado.

Percebe-se que com o tempo de instituição do espaço colegiado regional no estado, a base deste processo já está consolidada, faltando apenas a percepção e ação dos seus atores do seu importante papel.

Faz-se necessário que os CGR cumpram o seu papel de instância decisória, que suas câmaras técnicas sejam de fato constituídas e comecem a produzir. A base legal está estabelecida, o aporte tecnológico garantido no capital intelectual dos gestores municipais e técnicos do ERS, faltando apenas o desabrochar destas instâncias através da indução estadual e treinamento de lideranças.

A decisão dos colegiados de Mato Grosso na definição da coordenação dos CGR por representante do segmento estado poderia resolver essa situação, desde que estes técnicos fossem capacitados para realizar tal atividade. Esta poderia ser uma saída para combater as fragilidades decorrentes da renovação de gestão municipal a cada quatro anos, considerando que os membros do colegiado representantes do segmento estadual poderiam dar a continuidade necessária ao processo até que houvesse a acomodação dos novos atores.

Aqui entraria o papel indutor do estado: com políticas de saúde norteando o avanço da regionalização; com a formulação do PES, tendo a regionalização como prioridade; com a reavaliação de posturas, passando a programar suas atividades com base em instrumentos norteadores como o PDR; com o fortalecimento dos Escritórios Regionais com autonomia e informações para que estes pudessem realmente representar regionalmente a SES/MT; com parceria efetiva com o COSEMS-MT e com os secretários municipais de saúde, visando o fortalecimento do SUS no estado.

8. RECOMENDAÇÕES

São feitas aqui algumas recomendações à SES/MT mediante observação das possíveis fragilidades apontadas no papel indutor do estado:

1. **Especificamente à CIB/MT:** realização de oficinas de socialização de experiências exitosas nos CGR para que achados como a organização administrativa do CGR de Barra do Garças e movimentos de regionalização solidária do CGR de Juína possam ser de alguma forma utilizados;
2. **PES 2012-2015:** devido à importância da estratégia de regionalização, nacionalmente reconhecida pelo Ministério da Saúde, que esta seja incorporada como prioridade da gestão estadual no PES 2012-2015;
3. **PDR:** recomenda-se urgente atualização do PDR;
4. **Canais de Comunicação:** melhorar os canais de comunicação entre as unidades da SES/MT, tanto entre as superintendências, quanto entre nível central e as unidades descentralizadas, evitando a fragmentação de ações;
5. **ERS:** recomenda-se reavaliação do papel das unidades regionais sugerindo seu fortalecimento com autonomia e informações para que estes possam realmente representar regionalmente a SES/MT.

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICA

- Abrucio FL. A coordenação federativa do Brasil: a experiência do período FHC e os desafios do governo Lula. *Sociol. Polít.* 2005; 24: 41-67.
- Abrucio FL. Para além da descentralização: os desafios da coordenação federativa no Brasil. In: Fleury, S (org). *Democracia Descentralização e Desenvolvimento Brasil & Espanha*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2006, 77-125.
- Albuquerque MV, Mello GA, Iozzi FL. O processo de regionalização em saúde nos estados brasileiros. In: Viana, ALD e Lima, LD (org). *Regionalização e Relações Federativas na Política de Saúde do Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Contra Capa, 2011, p.117-172.
- Assis E, Cruz VS, Trentin EF, Lucio HM, Meira A, Klier JC *et al.* Regionalização e Novos Rumos para o SUS: a experiência de um colegiado regional. *Saúde e Sociedade*. 2009; 18(1): 17-21.
- Bardin L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1977.
- Benevides I. Investigando as estratégias para a regionalização na perspectiva para do governo estadual: o caso de Minas Gerais. In: *Redes e regionalização em saúde no Brasil e na Itália : lições aprendidas e contribuições para o debate. / Organização Pan-Americana da Saúde*. Brasília : Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. (NAVEGADORSUS, 4). p.71-95.
- Botti CS. Avaliação do processo de implementação do Consórcio Intermunicipal de Saúde da região do Teles Pires. . [dissertação de mestrado]. Brasília: FIOCRUZ Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, 2010.
- Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Capítulo da Saúde, art.199, p.33. Brasília, 1988. [disponível na internet] [acesso em 07 de julho de 2011]
Disponível em:
http://www.senado.gov.br/legislacao/const/con1988/CON1988_15.12.1998/art_198.shtm
- Brasil. Decreto 7.508 de 28 de Junho de 2011, regulamenta a Lei 8080. Brasília 2011. [disponível na internet] [acesso em 08 de agosto de 2011]. Disponível em:
<http://www.jusbrasil.com.br/legislacao/1028206/decreto-7508-11>
- Campos GWS. Efeitos Paradoxais da descentralização no Sistema Único de Saúde no Brasil. In: Fleury S (org). *Democracia, Descentralização e Desenvolvimento: Brasil & Espanha*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2006, p. 417-442.
- Carvalho ALB. O Decreto 7508 e os aspectos da regulamentação da Lei Orgânica da Saúde. Produzido em 04 outubro de 2011 [acesso em 12 outubro de 2011]. Disponível em: <http://blogs.bvsalud.org/ds/2011/10/04/63-o-decreto-7-508-e-os-aspectos-da-regulamentacao-da-lei-organica-da-saude/>
- Carvalho G. Regulamentação da Lei 8080: um Decreto com 20 anos de atraso. Produzido em 30 de junho de 2011 [acesso em 07 de julho de 2011]. Disponível em:
<http://www.saudecomdilha.com.br/index.php/2011/06/30/regulamentacao-da-lei-8080-um-decreto-com-20-anos-de-atraso/>

CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde. SUS: avanços e desafios. Brasília: CONASS, 2006

CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, 1. Brasília: CONASS, 2007. [livro disponível na internet] 291p. [acesso em 28 de julho de 2011]. Disponível em: <http://www.conass.org.br/publicacao/index.html>

CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Para entender a gestão do SUS, 13. Legislação Estruturante do SUS. Brasília: CONASS, 2011. 534 p

Cortes SV. Sistema Único de Saúde: espaços decisórios e arena política de saúde. Cad. Saúde Pública. 2009; 25(7):1626-1633.

Dobashi BF, Bretas Júnior N, Silva SF. O pacto interfederativo na saúde e a gestão descentralizada: uma oportunidade estratégica de promover avanços no Sistema Único de Saúde? In: Santos NR, Amarante PDC. (org.) Gestão Pública e a Relação Público Privado na Saúde. Rio de Janeiro: CEBES, 2011.

Fonseca CLR, Tavares Jr FA, Riani R. Construindo consensos em torno de uma gestão regional e integrada no sus em minas gerais: a experiência da realização do curso de gestão microrregional. In: Governança em rede: perspectivas e avanços para a consolidação de uma gestão compartilhada do SUS em MG. Painel 28/102. V CONSAD Congresso de Gestão Pública. Brasília: Centro de Eventos Ulysses Guimarães – 4,5 e 6 de junho de 2012, p1-21.

Gonzaga AA. O papel dos escritórios regionais de saúde no processo de descentralização e regionalização do SUS em Mato Grosso – 1995 a 2001. In: In: Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso. Regionalização da Saúde em Mato Grosso: em busca da integralidade da atenção./Julio Strubing Müller Neto (org). Cuiabá: SES, 2002, p.67-87.

Grisa C. Diferentes olhares na análise de políticas públicas: considerações sobre o papel do Estado, das instituições, das ideias e dos atores sociais. Revista Sociedade e Desenvolvimento Rural *on line* – v.4, n.1 – jun – 2010, p.96-116.

Guerreiro JV, Branco MAF. Dos pactos políticos à política dos pactos na saúde. Cienc Saúde Col. 2011; 6(3):1689-1698.

Guimarães L. Política de Saúde em Mato Grosso: dois mandatos para a construção da regionalização. In: Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso. Regionalização da Saúde em Mato Grosso: em busca da integralidade da atenção./Julio Strubing Müller Neto (org). Cuiabá: SES, 2002. p. 39-66.

Guimarães MCL, Santos SMC, Melo C, Filho AS. Avaliação da capacidade de gestão de organizações sociais: uma proposta metodológica em desenvolvimento. Cad. Saúde Pública. 2004; 20(6):1642-1650.

Hartz ZMA, Medina MG, Silva GAP, Aquino R. Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. In: Hartz ZMA, Silva LMV (org.). Avaliação em Saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005, p41-63.

IBGE – Instituto Brasileiro de Pesquisa e Estatística. [acesso em 07 de outubro de 2011]. Disponível em:
http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1766

Justo AM. Viabilidade de estruturação de Câmaras Técnicas. *Revista de Pesquisa em Saúde*. v1, n1, p 9-18. Jan./mar. 2012. Recife PE.

Lima LD, Viana ALD. Descentralização, regionalização e instâncias intergovernamentais no Sistema Único de Saúde. In: Viana, ALD e Lima, LD (org). *Regionalização e Relações Federativas na Política de Saúde do Brasil*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2011, p. 39-63.

Lima *et al.* Descentralização e regionalização: dinâmica e condicionantes da implantação do Pacto pela Saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(7):1903-1914, 2012a

Lima *et al.* Regionalização da Saúde no Brasil. In: Giovanella L. (org). *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012b, p823-852.

Machado JA. Até onde esperar uma “regionalização solidária e cooperativa?”. *RBCS*. 2009; 24 (71): 105-120.

Machado CV *et al.* O papel das Comissões Intergestores Bipartites na regionalização em saúde. In: Viana, ALD e Lima, LD (org). *Regionalização e Relações Federativas na Política de Saúde do Brasil*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2011, p.173-196.

Mendes EV. *Os Grandes dilemas do SUS: tomo II*. Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2001.

Mendes EV. Reflexões sobre a NOAS SUS 01/02. [documento na internet] Produzido em 24 de outubro de 2002. [acesso em 03 julho 2011] . Disponível em: www.saude.rio.rj.gov.br/servidor/media/noas.doc

Mendes EV. Avançando no federalismo sanitário brasileiro: a descentralização convergente. In: Keinert, TMM *et al.* *Inovação e Cooperação Intergovernamental. Microrregionalização, Consórcios, Parcerias e Terceirização no Setor Saúde*. São Paulo: Annablume, 2006, p.13-22.

Mesquita RMS. *Consensos da Comissão Intergestores Regional para a organização do Sistema Regional de Saúde*. [dissertação de mestrado]. Ceará: Fundação Edson Queiroz, Universidade de Fortaleza, 2011.

Ministério da Saúde. Portaria Nº 1.180, de 22 de julho de 1991. Cria a Comissão Intergestores Tripartite. [disponível na internet] [acesso em 08 de julho de 2011]. Disponível em:
http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/Portaria_1180_de_22_07_1991.pdf

Ministério da Saúde. Portaria nº 545, de 20 de maio de 1993. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde - NOB - SUS 93. *Diário Oficial da União* de 24/05/1993 (nº 96, Seção I, pág. 6.961)

Ministério da Saúde. Portaria nº 95 de 26 de janeiro de 2001. Regulamenta a Norma Operacional Básica de Saúde - NOAS-SUS 01/2001. Diário Oficial da União nº 20-E, de 29 de janeiro de 2001, Seção 1.

Ministério da Saúde. Portaria n. 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Diário Oficial da União, 23 de fevereiro de 2006, Seção I, p. 43. Brasília, 2006a.

Ministério da Saúde. Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Volume 2. Brasília: 2006b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/publicacoes_departamento_apoio_gestao_descentralizada.pdf

Ministério da Saúde. Regionalização Solidária e Cooperativa. Volume Brasília: 2006c. Volume 3. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/publicacoes_departamento_apoio_gestao_descentralizada.pdf

Ministério da Saúde. Colegiado de Gestão Regional na região de saúde intaestadual. Volume Brasília: 2006d. Volume 10.

Ministério da Saúde. Portaria n. 3176, de 24 de dezembro de 2008. Aprova orientações acerca da elaboração, da aplicação e do fluxo do Relatório Anual de Gestão. [disponível na internet] [acesso em 09 de agosto de 2011] . Disponível em: http://www.legisus.com.br/index.php?option=com_content&view=article&id=225:portaria-31762008-orientacoes-para-elaboracao-do-relatorio-de-gestao&catid=80:leis-e-atos-importantes&Itemid=59

Ministério da Saúde. O SUS de A a Z : garantindo saúde nos municípios / Ministério da Saúde, Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde. 3 ed. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2009 480 p. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde)

Müller Neto JS, Calhao AC. O planejamento e a regionalização da saúde. In: Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso. Regionalização da Saúde em Mato Grosso: em busca da integralidade da atenção./Julio Strubing Müller Neto (org). Cuiabá: SES, 2002. p. 113-119.

Müller Neto JS, Lotufo M. Política e regionalização da saúde em Mato Grosso: aspectos históricos, conceituais, metodológicos e perspectivas. In: Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso. Regionalização da Saúde em Mato Grosso: em busca da integralidade da atenção./Julio Strubing Müller Neto (org). Cuiabá: SES, 2002, p.13-25.

Nascimento VB. SUS Pacto Federativo e Gestão Pública. São Paulo: Editora Hucitec, 2007.

Nogueira AJFM. Caminhos da inovação na gestão. In: Teoria geral da administração para o século XXI. São Paulo: Editora Ática, 2007, p. 307-338.

Nogueira RP. O desenvolvimento federativo do SUS e as novas modalidades institucionais de gerência das unidades assistenciais. In: Santos NR, Amarante PDC.

(org.) *Gestão Pública e a Relação Público Privado na Saúde*. Rio de Janeiro: CEBES, 2011, p 24-47.

Noronha JC, Lima LD, Machado CV. O Sistema Único de Saúde – SUS. In: Giovanella L et al. (org). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008, p. 435-472.

Oliveira GA, Candido AM, Melo CMR, Souza ECF, Rodrigues SMM. A regionalização do SUS: uma experiência de construção participativa no contexto do Pacto pela Saúde. In: CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Realidades e perspectivas da gestão estadual do SUS: coletânea de artigos dos Secretários Estaduais de Saúde*. Brasília: CONASS, 2010, p. 51-58.

Paim JS. *O que é o SUS*. Rio de Janeiro; Fiocruz, 2009.

Queiroz L. A descentralização da gestão: uma abordagem introdutória aos principais desafios postos no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. In: *Redes e regionalização em saúde no Brasil e na Itália : lições aprendidas e contribuições para o debate*. / Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília : Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. (NAVEGADORSUS, 4). p. 13-25.

Santos L. O decreto 7.508, de 2011: 21 anos depois, a lei 8.080/90 regulamentada. [documento na internet] Produzido em 01 de julho de 2011. [acesso em 17 de julho de 2011]. Disponível em:
<http://www.saudecomdilha.com.br/index.php/2011/07/01/o-decreto-7-508-de-2011-21-anos-depois-a-lei-8-08090-regulamentada/>

Santos L. Lenir Santos, advogada sanitária, fala sobre o Decreto 7.508 e sobre o avanço jurídico ocorrido no setor. [acesso em 12 de outubro de 2011]. Disponível em:
http://new.paho.org/bra/apsredes/index.php?option=com_content&view=article&id=401:sus-alcanca-maturidade-juridica-com-regulamentacao-da-lei-8080&catid=20:entrevistas&Itemid=43

Scatena JHG *et al.* *Análise do processo de regionalização da saúde no estado de Mato Grosso*. Cuiabá: 2012.

Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso. Portaria nº 085/11/93. Dispõe sobre a criação da CIB MT - Comissão Intergestores Bipartite do Estado de Mato Grosso;

Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso. Comissão Intergestores Bipartite do Estado de Mato Grosso. Resolução nº 004/96, de 12 de julho de 1996. Dispõe sobre a criação da Comissão Intergestores Bipartite Regional de Tangará da Serra. [documento na internet]. Produzido em 12 julho de 1996. [acesso em 03 julho de 2011]. Disponível em:
[http://www.saude.mt.gov.br/portal/cib/resolucoes.php?data=1996&busca=&submit=](http://www.saude.mt.gov.br/portal/cib/resolucoes.php?data=1996&busca=&submit=Pesquisar)
[Pesquisar](#)

Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso. Comissão Intergestores Bipartite do Estado de Mato Grosso. Resolução CIB nº 009/97 de 28 Maio de 1997. Dispõe sobre a criação da Comissão Intergestores Bipartite Regional de Diamantino. [documento na internet]. Produzido em 28 de maio de 1997. [acesso em 03 de julho de 2011] Disponível em :

<http://www.saude.mt.gov.br/portal/cib/resolucoes.php?data=1997&busca=&submit=Pesquisar>

Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso. Comissão Intergestores Bipartite do Estado de Mato Grosso. Resolução CIB n.º 062 de 11 de outubro de 2006. Dispõe sobre a habilitação do funcionamento das 15 (quinze) Comissões Intergestores Bipartites Regionais do Estado de Mato Grosso de acordo com o Pacto da Saúde. [documento na internet] Produzido em 11 outubro de 2006. [acesso em 03 de julho de 2011]. Disponível em:

<http://www.saude.mt.gov.br/portal/cib/resolucoes.php?data=2006&busca=&submit=Pesquisar>

Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso. Comissão Intergestores Bipartite do Estado de Mato Grosso. Resolução CIB N.º. 068 de 21/09/2007. Dispõe sobre a aprovação do TCGE – Termo de Compromisso de Gestão Estadual do Estado de Mato Grosso. [documento na internet] Produzido em 21 setembro 2007a. [acesso em 03 de julho de 2011]. Disponível em:

<http://www.saude.mt.gov.br/portal/cib/resolucoes.php?data=2007&busca=&submit=Pesquisar>

Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso. Comissão Intergestores Bipartite do Estado de Mato Grosso. Resolução CIB N.º. 017 de 15 de março de 2007b. Dispõe sobre o Termo de Compromisso de Gestão Municipal de Cotriguaçu do Estado de Mato Grosso.

Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso. Comissão Intergestores Bipartite do Estado de Mato Grosso. Resolução CIB N.º 068 de 16 de outubro de 2008. Dispõe sobre alteração do Regimento da Comissão Intergestores Bipartite do Estado de Mato Grosso. [documento na internet] Produzido em 16 outubro de 2008 [acesso em 03 julho de 2011]. Disponível em:

<http://www.saude.mt.gov.br/portal/cib/resolucoes.php?data=2008&busca=&submit=Pesquisar>

Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso. Comissão Intergestores Bipartite do Estado de Mato Grosso. Resolução CIB N.º 154 de 10 de junho de 2010. Dispõe sobre os ajustes dos Colegiados de Gestão Regionais conforme Plano Diretor Regional do Estado de Mato Grosso.

Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso. Comissão Intergestores Bipartite do Estado de Mato Grosso. Resolução CIB N.º 065 de 03 de abril de 2012. Dispõe sobre a instituição de dezesseis regiões de saúde no estado de Mato Grosso.

Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso. Comissão Intergestores Bipartite. Municípios do estado de Mato Grosso que assinaram o TCGM. [documento na internet] Produzido em 10 de junho de 2011 [acesso em 02 de julho de 2011]. Disponível em: [http://www.saude.mt.gov.br/upload/documento/135/municipios-de-mato-grosso-que-assinaram-o-termo-de-compromisso-de-gestao-tcgm-\[135-100611-SES-MT\].pdf](http://www.saude.mt.gov.br/upload/documento/135/municipios-de-mato-grosso-que-assinaram-o-termo-de-compromisso-de-gestao-tcgm-[135-100611-SES-MT].pdf)

Souza C. Desenho constitucional, instituições federativas e relações intergovernamentais no Brasil pós-1988. In: Fleury S. (org). Democracia

Descentralização e Desenvolvimento Brasil & Espanha. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2006, p.187-211.

Teixeira CF. Enfoques teórico-metodológicos do planejamento em saúde. In: Teixeira CF (org.). Planejamento em Saúde conceitos, métodos e experiências. Salvador: EDUFBA, 2010a, p17-32.

Teixeira CF, Vilasbôas ALQ, Jesus WLB. Proposta metodológica para o planejamento no Sistema Único de Saúde. In: Teixeira CF (org.). Planejamento em Saúde conceitos, métodos e experiências. Salvador: EDUFBA, 2010b, p51-75.

Teixeira CF, Glossário. In: Teixeira CF (org.). Planejamento em Saúde conceitos, métodos e experiências. Salvador: EDUFBA, 2010c, p120-143.

Vasconcelos PM. A saúde no Brasil contemporâneo: dimensões da crise. In: Castro JL, Formiga JMM e Vilar RLA (orgs). Política e Gestão em Saúde: reflexões e estudo. Natal: Editora Observatório RH NESC/UFRN, 2006. p.

Viana ALd', Lima LD, Oliveira RG. Descentralização e federalismo: a política de saúde em novo contexto – lições do caso brasileiro. Ciênc Saúde Col. 2002; 7 (3): 493-507.

Viana ALd', Baptista TWF. Análise de Políticas de Saúde. In: Giovanella L *et al.* (org). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008, p.65-105.

Viana ALd'. As diferentes institucionalidades da política social no Brasil no período de 1995 a 2010. In: Viana ALd', Lima, LD (org) . Regionalização e Relações Federativas na Política de Saúde do Brasil. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2011a, p.27-38.

Viana ALd' e Lima LD. O processo de regionalização na saúde: contextos, condicionantes e papel das Comissões Intergestores Bipartites. In: Viana ALd', Lima, LD (org) . Regionalização e Relações Federativas na Política de Saúde do Brasil. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2011b, p.11-24.

Apêndice I – Questionário **autoaplicado**: seleção das questões com maior peso e definição dos informantes-chave.

RANKING PERGUNTAS MAIS SENSÍVEIS PARA CAPTAR “PLANEJAMENTO E GESTÃO” NO CONCEITO DE EXPERTS (Total 37 questões)								
Número quest original	Questão	EXP 1	EXP 2	EXP 3	EXP 4	EXP 5	EXP 6	Número de votos
Q 18	Independente da condução formal das reuniões do CGR, no seu ponto de vista, quem exerce papel de liderança nesse CGR? () Diretor ERS () Vice Regional do COSEMS () Outro Secretário Municipal de Saúde () Secretário (a) Executivo (a) do CGR () Não sei	X	X	X	X	X	X	6
Q 51	Em sua opinião, o que se faz de planejamento regional nessa microrregião de saúde? () Apresentação dos Planos Municipais de Saúde no CGR () Apresentação e discussão dos Planos Municipais de Saúde no CGR () Socialização dos diagnósticos de situação de saúde por município () Homologação dos Planos Municipais de Saúde no CGR () Definição de metas conjuntas entre os gestores para incorporar nos respectivos planos municipais () Elaboração integrada de um diagnóstico regional das necessidades de saúde () Elaboração integrada de um plano regional de saúde () Outras (especificar) _____ () Não é realizado nenhum planejamento regional de saúde () Não sei	X	X	X	X	X	X	6
Q56	Quais os três principais espaços onde ocorre a articulação/pactuação com vistas ao planejamento microrregional () Colegiado de Gestão Regional (CGR) () Reunião dos Secretários Municipais de Saúde (COSEMS), pré reunião do CGR () Consórcio Intermunicipal de Saúde () CIB Estadual () Reunião dos SMS (COSEMS) pré-CIB () Conselhos Municipais de Saúde () outros (especificar) _____ () Não sei	X	X	X	X	X	X	6
Q 32	O CGR conta com Câmara Técnica atuante? () Sim () Não () Não sei	X		X	X	X	X	5
Q 35	Qual tem sido a participação de cada instância no planejamento regionalizado dessa microrregião de saúde: CGR () Nenhuma () Discreta () Ativa CIS () Nenhuma () Discreta () Ativa ERS () Nenhuma () Discreta () Ativa SMS () Nenhuma () Discreta () Ativa	X	X	X	X	X		5
Q 88	O CGR pactua estratégias articuladas para ampliar a cobertura regional e a resolubilidade da atenção primária em saúde (APS) nos diversos municípios da região? () Sim () Não () Não sei		X	X	X	X	X	5

Q 89	O CGR pactua a organização das redes regionalizadas de atenção à saúde? () Sim () Não () Não sei		X	X	X	X	X	5
Q 99	Como você classifica as mudanças institucionais advindas do processo de regionalização da saúde nesta microrregião, entre as várias possibilidades: Processo de gestão da política de saúde () Nenhuma () Incipiente () Moderada () Expressiva () Não Sei Organização da atenção à saúde () Nenhuma () Incipiente () Moderada () Expressiva () Não Sei Prestação da atenção à saúde () Nenhuma () Incipiente () Moderada () Expressiva () Não Sei Superação de conflitos () Nenhuma () Incipiente () Moderada () Expressiva () Não Sei Redução de desigualdades intermunicipais () Nenhuma () Incipiente () Moderada () Expressiva () Não Sei Parcerias para enfrentamento de problemas () Nenhuma () Incipiente () Moderada () Expressiva () Não Sei Acordos formais cooperação intergestores () Nenhuma () Incipiente () Moderada () Expressiva () Não Sei Monitoramento das proposições do CGR () Nenhuma () Incipiente () Moderada () Expressiva () Não Sei Divulgação decisões/proposições do CGR () Nenhuma () Incipiente () Moderada () Expressiva () Não Sei		X	X	X	X	X	5
Q 12	Todos os gestores municipais da Região participam pessoalmente, com regularidade, do CGR? () Sim () Não () Não sei	X	X	X			X	4
Q 53	Em sua opinião, o que visam as ações planejamento regional realizadas nessa microrregião de saúde? () Ampliação do acesso às ações e serviços de saúde () Reduzir as desigualdades entre os municípios da microrregião () Atender as necessidades de saúde da população () Viabilizar a integralidade da atenção à saúde () Possibilitar maior desenvolvimento regional () Facilitar o acesso às informações para a tomada de decisões () Ampliar a resolutividade dos vários níveis de assistência à saúde () Outras (especificar) _____ () Não é realizado nenhum planejamento regional de saúde () Não sei	X			X	X	X	4
Q 57	Os instrumentos de planejamento abaixo relacionados são utilizados nessa microrregião? PDR estadual ()SIM ()NÃO () NÃO EXISTE PDR microrregional ()SIM ()NÃO () NÃO EXISTE PDI ()SIM ()NÃO () NÃO EXISTE Plano Regional de Saúde específico da microrregião ()SIM ()NÃO () NÃO EXISTE PPI ()SIM ()NÃO () NÃO EXISTE Planos de Trabalho específicos ()SIM ()NÃO () NÃO EXISTE Quadro de metas ()SIM ()NÃO () NÃO EXISTE Relatório Anual de Gestão, dos municípios ()SIM ()NÃO () NÃO EXISTE Planos Municipais de Saúde ()SIM ()NÃO () NÃO EXISTE Plano Estadual de Saúde ()SIM ()NÃO () NÃO EXISTE Outros (especificar) _____		X	X	X	X	4	
Q 59	Cite as três últimas ações no ano de 2011 documentadas em CGR, visando o planejamento regional:	X		X	X	X	4	
Q 80	O CGR define fluxos e protocolos do processo regulatório da sua região? () Sim () Não () Não sei	X	X			X	X	4
Q 81	O CGR define as linhas de investimento prioritárias para a saúde na região? () Sim () Não () Não sei	X	X		X		X	4

Q 87	O CGR pactua ações articuladas entre os municípios para a vigilância em saúde? () Sim () Não () Não sei		X		X	X	X	4
Q 90	O CGR apoia processos de qualificação da gestão do trabalho e da educação em saúde? () Sim () Não () Não sei		X	X	X		X	4
Q 97	Em sua opinião, dentre as finalidades desta microrregião de saúde, quais as três principais que têm sido alcançadas nos últimos quatro anos? () Ampliação do acesso às ações e serviços de saúde () Reduzir as desigualdades entre os municípios da microrregião () Atender as necessidades de saúde da população () Viabilizar a integralidade da atenção à saúde () Possibilitar maior desenvolvimento regional () Facilitar o acesso as informações para a tomada de decisões () Ampliar a resolutividade dos vários níveis de assistência à saúde () Outras (especificar): _____ () Não sei	X	X		X	X		4
Q 98	Quais as cinco principais mudanças que o Pacto pela Saúde (mais especificamente o Pacto de Gestão) trouxe para esta microrregião: () Fortalecimento do planejamento municipal () Fortalecimento do planejamento regional () Participação dos principais atores (gestores municipais e técnicos ERS) da microrregião na elaboração do PDR () Definição das responsabilidades sanitárias da microrregião (PPI, PAVS, SISPACTO) () Elaboração e Desenvolvimento de Plano Diretor de Investimento (PDI) () Participação do CGR no processo decisório regional () Disponibilização de forma cooperativa de recursos humanos (entre as SMS ou entre SMS e SES/ERS) () Fortalecimento da PPI () Gestão plena dos recursos financeiros para assistência recebidos fundo a fundo pelos municípios () Disponibilização de forma cooperativa de recursos financeiros () Disponibilização de forma cooperativa de recursos tecnológicos () Fortalecimento do processo de regulação () Fortalecimento das prática de gestão colegiada com a instituição do CGR () Apenas trouxe a mudança de nomenclatura das CIB Regionais para CGR		X	X	X	X		4
Q 36	Nessa microrregião, quais das instâncias relacionadas têm desempenhado papel mais importante na condução do processo de regionalização? () CGR () CIS () CIES () ERS/SES () SES/MT (n. central) () Nenhuma () Não sei	X			X	X		3
Q 65	Com que periodicidade o CGR se reúne regularmente? () Mensalmente () Bimensalmente, em média () As reuniões são agendadas quando há necessidade () Esporadicamente	X	X	X				3

	() Não sei							
Q 67	Quem predominantemente define a pauta das reuniões do CGR? () O diretor do ERS () O vice-regional do COSEMS () A secretária executiva do CGR () O secretário municipal de saúde do município sede () Demais secretários municipais () Outros (especificar quem) _____ () Não sei	X	X			X		3
Q 70	Existe mecanismo de acompanhamento dos encaminhamentos emanados das reuniões de CGR? () Sim () Não () Não sei	X				X	X	3
Q 79	O CGR atualiza e acompanha a PPI? () Sim () Não () Não sei	X		X			X	3
Q 82	O CGR desenvolve atividade de apoio ao processo de planejamento de saúde nos municípios? () Sim () Não () Não sei	X		X	X			3
Q 66	Quem efetivamente conduz a reunião do CGR () O diretor do ERS () O vice-regional do COSEMS () A secretária executiva do CGR () Outros (especificar) _____ () Não sei			X	X	X		3
Q 30	O CGR conta com Secretária(o) Executiva(o) própria? () Sim () Não () Não sei					X	X	2
Q 50	Nessa microrregião, existe Plano Regional de Saúde? () Sim () Não () Não sei		X				X	2
Q 52	Existem metas regionais de saúde estabelecidas nessa microrregião? () Sim () Não () Não sei	X					X	2
Q 68	Quais são os três principais critérios de pauta? () Demandas do MS () Demandas da SES (nível central) () Demandas do ERS () Demandas do próprio CGR () Demandas do COSEMS () Demandas dos municípios () Demandas do município sede da microrregião () Demandas do CIS () Demandas do Hospital Regional ou de referência regional				X	X		2

	() Outras demandas (especificar) _____ () Não sei							
Q 69	Como são tomadas as decisões? () Votação () Consenso () Votação e Consenso			X			X	2
Q 73	Como são formalizadas as decisões do CGR? () Atas () Resoluções () Proposições () Outras formas (especifique): _____ () Não sei 20				X		X	2
Q 91	O CGR define estratégias para que sejam alcançadas as metas prioritizadas no Pacto pela Vida, com a definição, se necessário, de outras prioridades regionais? () Sim () Não () Não sei		X	X				2
Q 58	No período após o Pacto de Gestão (2006), houve mudanças na PPI como instrumento de programação regionalizada nessa microrregião? () Sim () Não () Não sei			X				1
Q 62	Quais os três principais espaços de pactuação dos recursos aplicados na microrregião?			X				1
Q 64	CGR possui uma agenda regular de reunião com cronograma anual previamente definido e divulgado? () Sim () Não () Não sei		X					1
Q 78	Em 2011, dentre as Proposições deste CGR encaminhadas à CIB/MT, quantas são homologadas pela CIB? () Todas () A maioria () A minoria () Nenhuma () Não sei	X						1
Q 83	O CGR desenvolve alguma atividade de articulação com os Conselhos Municipais de Saúde? () Sim () Não () Não sei	X						1

Apêndice II - Roteiro para observação da reunião do CGR

Observar:

1. Quórum da reunião. Percentual de membros do segmento estado e municípios;
2. Quem coordena a reunião de CGR?
3. Como acontecem as manifestações na reunião de CGR?
4. Como são relações entre os membros: harmoniosas? Cooperativas? Conflitivas?
5. Quem faz as articulações para obter consenso?
6. É dada a todos os atores a mesma oportunidade para manifestarem sua opinião?
7. Nota-se privilégio de algum ator em específico?
8. O porte do município interfere na decisão do CGR? Como?

Apêndice III - Roteiro para análise documental.

1 – Analisar frequência de participação dos gestores municipais em reuniões de CGR.

Documentos a serem analisados: atas e listas de frequência.

2 – Analisar conteúdo e número de ocorrência das resoluções e proposições produzidas pelo CGR

Documentos a serem analisados: proposições e resoluções.

3 – Analisar frequência dos assuntos tratados em reuniões de CGR.

Documentos a serem analisados: atas.

Apêndice IV - Roteiro para entrevista

ROTEIRO GERAL

Quanto a organização/funcionamento do CGR/CIR:

- 1 - O Capítulo VI do Regimento Interno trata da composição e funcionamento das Câmaras Técnicas. Fale um pouco sobre as Câmaras Técnicas...
- 2 - Como são tomadas as decisões no colegiado?
- 3 - Qual a abrangência territorial dos temas tratados em CIR? Por que você acha que quase não aparecem demandas regionais?

Regionalização:

- 4 - O que se faz de planejamento regional? Há na região programação específica para metas?
- 5 - Nas respostas do questionário, tivemos informação que foi criado o Plano Regional de Saúde. Fale um pouco sobre os instrumentos de planejamento utilizados na região.
Fale um pouco sobre formulação e implementação de políticas de saúde de caráter regional...
- 6 - Redes regionalizadas de Saúde: existem conformações estruturadas? Existem fluxos homologados em CIR?
- 7 - Como são divididos os recursos alocados para a região?

Relação entre membros:

- 8 - Como são as relações entre os membros da CIR?
 - Entre os Secretários Municipais de Saúde
 - Entre Escritório Regional de Saúde e Secretários Municipais de Saúde SMS;
 - Entre membros da CIR e demais instâncias participantes do processo de assistência a saúde da região?
- 9 - Existem outras instâncias/categorias presentes na definição do SUS neste espaço?
- 10 - Você vê relação entre o desempenho do CIR e equipe/direção do ERS?
- 11 - Repetindo pergunta aberta O que se ressaltaria de efeito concreto da comissão na melhoria do sistema de saúde regional?

Apêndice IV - Roteiro para entrevista

PERGUNTAS ESPECÍFICAS PARA ATORES CHAVE

1. Secretário (a) Executivo (a) do CGR/CIR

- Fale um pouco da rotina da CIR: Preparo das reuniões, distribuição de tarefas. Como se dá as CONVOCAÇÕES e DEFINIÇÃO DE PAUTA?

2. Diretor ERS

- Como você vê o papel do ERS (instância que você representa) na região?
- Fale um pouco da rotina da CIR: Preparo das reuniões, distribuição de tarefas. Como se dá as CONVOCAÇÕES e DEFINIÇÃO DE PAUTA?

3. VICE COSEMS

- Como você vê o papel do COSEMS (instância que você representa) na região?
- Fale um pouco da rotina da CIR: Preparo das reuniões, distribuição de tarefas. Como se dá as CONVOCAÇÕES e DEFINIÇÃO DE PAUTA?
- Existe relação entre o CMS e a CIR? As demandas dos CMS são expressas em CIR ou as SMS só trazem dos municípios as demandas do gestor?

4. CIS e DSEI

- Como você vê o papel da (instância que você representa) na região?
- Repetindo pergunta aberta: o que você citaria de efeito concreto/mudanças advindas de decisões emanadas do CGR/CIR?

PERGUNTA COLETIVA (realizada em reunião de CIR)

1. No contexto da regionalização, como vocês entendem esse espaço territorial conformado por 10 municípios?
2. Desde a sua criação, qual tem o sido o papel desta instância colegiada no processo de regionalização?
 - Esta instância tem peso político na região?
 - O que se ressaltaria de efeito concreto da CIR na melhoria do sistema de saúde regional?

Apêndice V - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Prezado(a) senhor(a)

A Regionalização da saúde, no âmbito do SUS, é um dos princípios organizacionais deste sistema e uma das estratégias utilizadas para a provisão, com qualidade, de ações e serviços de saúde à população, dada as particularidades e as desigualdades entre estados e municípios brasileiros.

Neste contexto, a mestranda Priscila Ono Pedrotti está realizando a pesquisa “**O papel do Colegiado de Gestão Regional (CGR) no processo de regionalização da saúde em Mato Grosso**”, buscando entender o papel dos CGR neste processo.

Sua participação nesta pesquisa, como ator do processo de regionalização, é muito importante. As informações prestadas serão analisadas segundo categorias pré-definidas e apresentadas em conjunto com os dados das demais microrregiões, **sem identificação** dos atores entrevistados.

Quaisquer esclarecimentos serão prestados pelos pesquisadores envolvidos, ou pelo coordenador desta pesquisa.

Declaro estar ciente das informações contidas neste Termo de Consentimento e concordo em participar do estudo.

Participante _____
(nome)

(assinatura)

_____, ____/____/2012
(Município)

Pesquisadora administradora Priscila Ono Pedrotti
e-mail: priscilapedrotti@gmail.com
Fones: (66) 9997 1081/ (65) 9901 1081/ (65) 3028 6849

Coordenador da Pesquisa: Dr. João Henrique Gurtler Scatena
Instituto de Saúde Coletiva da UFMT
Campus da UFMT – Cuiabá, CCBS III. Fones: 36158881; 36158884
e-mail: jscatena@ufmt.br; jscatena@terra.com.br



IDENTIFICAÇÃO E PERFIL DO ENTREVISTADO

PESQUISA: “O papel do Colegiado de Gestão Regional (CGR) no processo de regionalização da saúde em Mato Grosso”

Data de preenchimento: ___/___/2012.

- 1) Município de residência: _____
- 2) Tempo de residência no município em anos: _____ anos
- 3) Idade: _____
- 4) Sexo: () Masculino () Feminino
- 5) Naturalidade: _____ Estado: _____
- 6) Escolaridade:
 - () Ensino Fundamental - 1º grau
 - () Ensino Médio - 2º grau
 - () Ensino Superior – 3º grau. Especificar: _____
 - () Pós-Graduação – especificar: _____
- 7) Experiências profissionais **anteriores** no SUS:

- 8) Instituição de vínculo atual de trabalho nesta microrregião de saúde:

- 9) Função que exerce atualmente: _____
- 10) Há quanto tempo exerce a função atual: _____

ANEXO I – Matriz de referência para coleta, processamento e análise de informações.

DIMENSÕES	VARIÁVEIS	INDICADORES
Diagnóstico situacional da região	<p>Histórico da regionalização</p> <p>Desenho e características da microrregião</p>	<p>Origens e evolução do processo de regionalização na microrregião</p> <p>Determinantes e condicionantes políticos da trajetória da regionalização</p> <p>Relações existentes com o processo de descentralização</p> <p>Relações existentes com outras políticas públicas</p> <p>Continuidades e rupturas ao longo do tempo</p> <p>Mudanças relacionadas ao pacto pela saúde, incluindo aquelas relacionadas ao processo de descentralização</p> <p>Fatores determinantes ou estratégicos para o desenho regional</p> <p>Dinâmicas particulares: município polo, áreas de divisas interestaduais, de fronteiras e de preservação ambiental, reservas indígenas, interesse político</p> <p>Existência de outras políticas de corte regional e interfaces com a saúde</p> <p>Fluxos populacionais, rede viária, parcerias entre municípios, dinâmica econômica</p> <p>Indicadores sócio-demográficos</p> <p>Indicadores epidemiológicos</p> <p>Capacidade instalada da rede de serviços de saúde</p> <p>Indicadores de oferta, complexidade e cobertura de serviços de saúde</p>
Institucionalidade do CGR	<p>Formas de organização interna do CGR</p> <p>Representatividade e legitimidade</p>	<p>Tempo e tipos de instrumentos legais ou normativos de implantação do CGR</p> <p>Formalização e atribuições da Secretaria Executiva do CGR (SE-CGR)</p> <p>Existência e data da última atualização do Regimento Interno vigente</p> <p>Existência, número e papel das câmaras técnicas/grupos de trabalho</p> <p>Existência e papel de Comissão de Integração Ensino-Serviços (CIES).</p> <p>Existência de sede própria do CGR (espaço físico p/ SE-CGR e reuniões)</p> <p>Tipos de recursos disponíveis (financeiros, RH, materiais, etc.)</p> <p>Papel do CGR na formulação e implementação de políticas de saúde de caráter regional</p> <p>Modos e critérios para escolha dos representantes regionais da SES no CGR</p> <p>Critérios para escolha do coordenador do CGR e pactuação dos modos de coordenação</p> <p>Rotatividade na representação estadual e dos municípios no CGR e Câmara Técnica</p> <p>Perfil dos integrantes do CGR</p> <p>Outros atores participantes nas reuniões de CGR</p>

<p>Governança da regionalização</p>	<p>Estruturas de integração e gestão regional</p> <p>Papel do CGR na regionalização</p> <p>Relações inter-instâncias</p> <p>Relações público-privadas</p>	<p>Tipos de instâncias de planejamento e gestão presentes nas regiões de saúde (CGR, consórcios, estruturas de representação regional da SES, CIES)</p> <p>Formalização, atribuições e modos de funcionamento das instâncias regionais</p> <p>Papel das instâncias regionais no processo de regionalização</p> <p>Processo de implantação e funcionamento do CGR na região</p> <p>Presença, características e papel do consórcio de saúde na região</p> <p>Atribuições e influências do CGR no processo de regionalização</p> <p>Influências do processo de regionalização sobre o CGR</p> <p>Relações do CGR com a SES, a CIB e COSEMS (apoiadores)</p> <p>Relações intergovernamentais predominantes nas regiões de saúde (mecanismos de cooperação, parcerias, conflitos)</p> <p>Relações entre o CGR e as demais instâncias regionais existentes (articulação, sobreposições ou complementaridade de atribuições, conflitos e convergências)</p> <p>Natureza de interação do CGR com os Conselhos Municipais de Saúde</p> <p>Influência do setor privado na gestão regionalizada da saúde e nos planos regionais</p> <p>Participação de representantes do setor privado nas instâncias regionais e no processo decisório</p>
<p>Planejamento regional de saúde</p>	<p>Finalidade e escopo</p> <p>Financiamento</p> <p>Estratégias e ações regionais de saúde</p>	<p>Finalidades da região de saúde: ampliação do acesso às ações e serviços de saúde; combate às desigualdades sociais regionais; responder a necessidades de saúde da população; integralidade em saúde; desenvolvimento regional.</p> <p>Escopo da organização regional de saúde: criação e instituição da rede regionalizada de serviços de saúde para o conjunto das políticas de saúde (atenção, vigilâncias, formação); envolvimento de outras redes ou equipamentos sociais; conformação de espaços de negociação e decisão regional com a organização de redes.</p> <p>Programação/atualização anual das metas pactuadas.</p> <p>Planejamento (PDI) e alocação dos recursos financeiros para a qualificação profissional (origem, tipos, finalidades e formas)</p> <p>Modos de pactuação financeira das ações regionalizadas de saúde (ex: PPI) e de distribuição dos recursos financeiros (critérios e finalidades)</p> <p>Alocação de recursos destinados à compensação de desigualdades municipais (origem e critérios utilizados)</p> <p>Estratégias e participantes do processo de planejamento de saúde na região</p> <p>Existência, atualização e situação de implantação dos planos regionais de saúde (PDR, PPI)</p> <p>Interfaces da regionalização com estratégias de regulação</p> <p>Existência de instrumentos de organização e acompanhamento de fluxos de pessoas (centrais de agendamento, leitos e regulação; cartão de saúde, tratamento fora de domicílio)</p> <p>Existência de estratégias de contratualização de prestadores públicos e privados</p> <p>Existência de sistema de logística para a rede regional de saúde (pontos de apoio, transporte, materiais coletados para exames, compras regionalizadas)</p> <p>Problemas e conflitos relacionados ao planejamento e a regulação na região</p>

<p>Modos de gestão regional colegiada</p>	<p>Processo político e padrões de relacionamento no CGR</p> <p>Agendas e temática predominante nas reuniões</p> <p>Gestão cotidiana e operação do CGR</p>	<p>Relações entre a representação da SES/ERS e os gestores municipais no CGR e Câmara Técnica</p> <p>Caráter predominante das relações entre estado e municípios (conflitiva, cooperativa; marcada por divergências e desacordos ou por estratégias de negociação, pactuação, convergência e parceria)</p> <p>Regras e lógica do processo decisório (como se dá a tomada de decisão: proposição de decisões, participação democrática, voto e consenso)</p> <p>Tipos de relações entre os gestores municipais no CGR (técnico-políticas, político-partidárias, pessoais, corporativas)</p> <p>Tipos e motivos de conflitos presentes no CGR (entre estado e municípios; entre municípios; entre gestores e prestadores de serviços; entre o segmento público e privado, divergências políticas, econômico-financeiro, técnicas, etc.)</p> <p>Principais temas de consenso (entre estado e municípios, entre municípios)</p> <p>Caráter das reuniões (informativo, consultivo, deliberativo)</p> <p>Principais influências para definição da pauta (quem define; critérios utilizados) sobre a agenda de discussão</p> <p>Atuação dos apoiadores junto ao CGR (ex: COSEMS)</p> <p>Principais temas abordados (distribuição de recursos financeiros, qualificação dos municípios aos programas federais e estaduais, adesão ao Pacto pela saúde, regionalização, educação permanente, relação público-privado, sistemas de informação, etc.)</p> <p>Campos da atenção à saúde envolvidos na discussão (atenção básica, média e alta complexidade da assistência à saúde; vigilância em saúde; formação e gestão de recursos humanos para a saúde, promoção da saúde e articulação intersetorial)</p> <p>Prioridade dada aos temas/metad do Pacto pela Vida</p> <p>Abrangência territorial dos temas tratados (local, municipal, intermunicipal, regional e interregional)</p> <p>Mecanismos e instrumentos utilizados para divulgação do calendário, convocações, pautas e registro das reuniões do CGR</p> <p>Mecanismos e instrumentos para preparação de reuniões, repartição de responsabilidades, processamento de impasses, negociação política e estabelecimento de acordos</p> <p>Participação dos atores nas reuniões do CGR e Câmara Técnica da CIB</p> <p>Assiduidade e interesse dos integrantes do CGR nas reuniões realizadas</p> <p>Número, periodicidade, regularidade e exigência de quórum para realização das reuniões</p>
<p>Resultados e impactos da regionalização</p>	<p>Mudanças institucionais e implementação de políticas</p>	<p>Mudanças observadas na gestão da política de saúde, na organização e na prestação da atenção à saúde na região</p> <p>Existência de documentos legais e normativos que formalizem as definições e propostas exaradas do CGR</p> <p>Existência de estratégias e mecanismos para comunicação e implantação das definições e propostas do CGR</p> <p>Estabelecimento no âmbito do CGR de acordos formais de cooperação entre gestores (inclui acordos do Pacto e outros)</p> <p>Estabelecimento de parcerias para o enfrentamento de problemas do sistema regionalizado de saúde</p> <p>Superação de conflitos existentes</p> <p>Desdobramentos concretos da efetivação das definições e propostas do CGR</p>

ANEXO II – Pesquisa: análise do processo de regionalização da saúde no estado de Mato Grosso.

QUESTIONÁRIO (INFORMANTES-CHAVE)

**PESQUISA: ANÁLISE DO PROCESSO DE REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE
NO ESTADO DE MATO GROSSO**

Data de preenchimento: ___/___/___

Nº: _____

Microrregião: _____

ERS de _____

Questionário preenchido pelo Informante-Chave: (cargo/função que ocupa atualmente)

- Secretário Municipal de Saúde
- Vice-presidente regional do COSEMS
- Diretor do Escritório Regional de Saúde (ERS)
- Secretário Executivo do Colegiado de Gestão Regional (CGR)
- Secretário Executivo do Consórcio Intermunicipal de Saúde
- Técnico do ERS

BLOCO I – IDENTIFICAÇÃO E PERFIL DO ENTREVISTADO

11) Município de residência: _____

12) Tempo de residência no município em anos: _____

13) Idade: _____

14) Sexo: Masculino Feminino

15) Naturalidade: Município _____ Estado: _____

16) Escolaridade:

- Ensino Fundamental - 1º grau
- Ensino Médio - 2º grau
- Ensino Superior – 3º grau. Especificar: _____
- Pós-Graduação – especificar: _____

17) Experiências profissionais **anteriores** no SUS: _____

18) Instituição de vínculo atual de trabalho nesta microrregião de saúde: _____

19) Função que exerce atualmente: _____

20) Há quanto tempo exerce a função atual: _____ anos _____ meses

21) Quais legislações de saúde são utilizadas no exercício de sua função:

LEGISLAÇÃO	SIM	NÃO	NÃO SEI
O Capítulo II, Seção II (da Saúde) da Constituição de 1988			
Lei nº 8.080/90 - Lei Orgânica da Saúde (LOS)			
Lei nº 8.142/90 - Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.			
Lei Complementar nº 22/92 - Institui o Código Estadual de Saúde			
A Portaria GM nº 399/2006 - Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS.			
Proposta de Emenda Constitucional 29/2000 – Define a participação das esferas de governo no financiamento do SUS.			
Portaria GM nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010 – Estabelece diretrizes para a organização da rede de atenção a saúde no âmbito do SUS.			
Decreto Presidencial Nº 7508/2011 – regulamenta a Lei 8.080.			
Outras (especificar):			

BLOCO II – ASPECTOS HISTÓRICOS DO PROCESSO DE REGIONALIZAÇÃO

1) Você tem algum conhecimento sobre a descentralização da saúde para os municípios (municipalização), ocorrida a partir dos anos 90 nesta microrregião?

() Sim () Não

Comente: _____

2) Você sabe em que período o processo de regionalização da saúde ganha destaque nesta microrregião?

() Sim () Não

Se **Sim**, assinale o(s) período(s): *[Assinale **uma** ou **mais** alternativas]*

() 1990/1995 – da LOS à NOB-93

() 1996/1998 – período de discussão e habilitação à NOB-96

() 1999/2002 – período NOB-96 às NOAS

() 2003/2006 – período NOAS anterior ao Pacto pela Saúde

() 2007/2010 – na vigência do Pacto pela Saúde

Especificar o(s) fato(s) de destaque do(s) período(s) elencado(s): _____

3) Você sabe qual foi a atuação da **SES (nível central)** no processo de regionalização da saúde nesta microrregião?

() Sim () Não Se **Sim**, especifique o **período** e a **atuação**

Período 1998/2002 () Nenhuma () Mínima () Moderada () Grande

Período 2003/2006 () Nenhuma () Mínima () Moderada () Grande

Período 2007/2010 () Nenhuma () Mínima () Moderada () Grande

Comente: _____

4) Você sabe qual foi a atuação da **ERS/SES** no processo de regionalização da saúde nesta microrregião?

Sim Não Se **Sim**, especifique o **período** e a **atuação**

Período 1998/2002 Nenhuma Mínima Moderada Grande

Período 2003/2006 Nenhuma Mínima Moderada Grande

Período 2007/2010 Nenhuma Mínima Moderada Grande

Comente: _____

5) Você sabe qual foi a atuação do **município sede** regional no processo de regionalização da saúde nesta microrregião?

Sim Não Se **Sim**, especifique o **período** e a **atuação**

Período 1998/2002 Nenhuma Mínima Moderada Grande

Período 2003/2006 Nenhuma Mínima Moderada Grande

Período 2007/2010 Nenhuma Mínima Moderada Grande

Comente: _____

6) Você sabe **quando** e/ou **como** se deu a constituição desta microrregião?

Sim Não Se **Sim**, responda também às perguntas 7, 8 e 9.

7) Especifique o período em que foi constituída

1990/1997 – período LOS à NOB-93

1998/2002 – período NOB-96 às NOAS

2003/2006 – período NOAS anterior ao Pacto pela Saúde

2007/2010 – na vigência do Pacto pela Saúde

8) Quais os cinco principais fatores que mais influenciaram a constituição desta microrregião?

[Numere de 1 a 5 por ordem de importância]

Interesses políticos partidários

Rede viária

Pressão da população para acesso aos serviços na microrregião

Força de atração do município pólo (sede do ERS)

Força de atração de outros municípios que se destacam na microrregião

Definições técnicas para a organização do sistema de saúde

Fluxos populacionais

Dinâmica econômica

Parceria entre municípios

Identidade cultural

Localização em fronteira, interestadual ou internacional

Área de preservação ambiental

Outro (especificar) _____

9) A constituição desta microrregião restringiu-se ao setor saúde?

Sim Não Não sei

Se não, foi associada a qual(is) política(s)?

Educação

Assistência social

Ambiental

Agricultura

Outra (especificar) _____

10) Especifique os fatores que interferiram **positivamente** no processo de regionalização no período 2006 – 2010, em sua microrregião? *[Numere de 1 a 5 por ordem de importância]*

Política de saúde estadual

Relação entre os gestores municipais e os gestores estaduais

Afinidade entre os municípios

Articulação entre as instâncias regionais

Articulação da rede de serviços

Solidariedade entre os municípios da microrregião

Projetos comuns entre os municípios

Condução da coordenação do ERS

Normativas do SUS

Atuação do CIS

Não sei

Outro (especificar) _____

11) Especifique os fatores que interferiram **negativamente** no processo de regionalização no período 2006 – 2010, em sua microrregião? *[Numere de 1 a 5 por ordem de importância]*

Fragilidade na condução da política estadual de saúde

Interferências político partidárias de âmbito estadual

Rupturas na gestão estadual ao longo do tempo

Rotatividade de Secretário Estadual de Saúde

Rotatividade de Diretor de ERS

Interferências político partidárias no âmbito dos municípios da microrregião

Rotatividade de Secretários Municipais de Saúde

Problemas relacionados à coordenação do ERS

Mudanças frequentes de normativas do SUS

Conflitos entre municípios

Entradas e saídas de municípios no CIS

Abertura de serviços hospitalares na microrregião

Fechamento de serviços hospitalares na microrregião

Pressão do setor privado na definição e provisão da oferta de serviços

Não sei

Outro (especificar) _____

BLOCO III – INSTITUCIONALIDADE DO COLEGIADO DE GESTÃO REGIONAL

12) Todos os gestores municipais da Região participam pessoalmente, com regularidade, do CGR:

Sim Não Não sei

Se não, por quê? (comente) _____

13) No ano de 2011, houve algum cancelamento de reunião?

Sim Não Não sei

Em caso positivo, qual o motivo do cancelamento?

Falta de quórum. Quantas vezes? _____

Suspensão por decisão do ERS. Quantas vezes? _____

Suspensão por solicitação de gestor(es) municipal(is). Quantas vezes? _____

Outro (especificar) _____

14) Usualmente algum técnico do município acompanha o gestor municipal nas reuniões do CGR?

Sim Não Não sei

Se sim, quem o acompanha?

Assessor do secretário municipal de saúde

Coordenador da Atenção à Saúde

Coordenador de Vigilância em Saúde

Não sei qual a função do técnico

Outro (especificar) _____

15) Quantos representantes do ERS participam como membros efetivos do CGR nas reuniões?

1 a 3 técnicos

3 a 5 técnicos

5 a 7 técnicos

mais de 7 técnicos

Não sei

Comente sobre as formas desta participação: _____

16) Além das SMS e do ERS/SES, alguma outra instituição participa como membro efetivo do CGR?

Sim Não Não sei

Em caso afirmativo, qual (ou quais)?

CIS

Hospital Regional

ANVISA

DSEI

Outra (especificar) _____

17) Quem regularmente preside as reuniões do CGR?

[Assinale **apenas uma** alternativa]

Diretor ERS

Vice Regional do COSEMS

Outro Secretário Municipal de Saúde

Secretário (a) Executivo (a) do CGR

Não sei

Outro. Quem? _____

18) Independentemente da condução formal das reuniões do CGR, no seu ponto de vista, quem exerce papel de liderança nesse CGR?

[Assinale **apenas uma** alternativa]

Diretor ERS

Vice Regional do COSEMS

Outro Secretário Municipal de Saúde

Secretário(a) Executivo(a) do CGR

Não sei

Outro (especificar) _____

19) O Regimento Interno do CGR tem sido cumprido?

Sim. Se sim, em que situações _____

Não. Se não, por quê? _____

Não sei.

20) Além do Regimento Interno, existe algum outro documento que defina as atribuições do CGR?

Sim Não Não sei

Se sim, especifique: _____

Estrutura de apoio do Colegiado

21) O CGR conta com sala de reunião própria

Sim Não Não sei

22) Local/instituição onde ocorrem as reuniões: _____

23) O espaço físico é adequado para tal?

Sim Não Não sei

24) Há disponibilidade de recursos materiais e de equipamentos? (papel, equipamento multimídia, etc)

Sim Não Não sei

25) O CGR recebe recursos financeiros?

Sim Não Não sei

26) Se o CGR recebe recursos financeiros, qual sua origem?

[Assinale **uma** ou **mais** alternativas]

- Recurso Federal
- Recurso Estadual
- Recursos Municipais
- Não sei

27) Se o CGR recebe recursos financeiros, em que eles são utilizados?

[Assinale **uma** ou **mais** alternativas]

- Na manutenção do CGR
- Na capacitação, atualização de técnicos e atores regionais
- Em viagens de seus membros para reuniões/atividades relacionadas ao CGR
- Não sei
- Outro fim. Qual? _____

28) Caso os recursos financeiros do CGR sejam utilizados para sua **manutenção**, com que eles são gastos?

[Assinale **uma** ou **mais** alternativas]

- Custeio do deslocamento vice-regional às reuniões de CIB/MT
- Coffee break* das reuniões de CGR
- Custeio material de apoio (administrativo) do CGR
- Não sei
- Outro (especificar) _____

29) Se o CGR recebe recursos financeiros, como se dá sua prestação de contas?

[Assinale **uma** ou **mais** alternativa]

- Reuniões do Colegiado
- Relatório de Gestão do Município que recebeu esse recurso
- Não sei
- Outra forma (especificar) _____

30) O CGR conta com Secretária(o) Executiva(o) própria(o)?

- Sim Não Não sei

Se **Não**, quem exerce esse papel: _____

31) O CGR conta com Câmara Técnica?

- Sim Não Não sei. Se não, por quê? _____

32) Se **Sim**, a Câmara Técnica é atuante?

- Sim Não Não sei. Se não, por quê? _____

33) Se o CGR conta com Câmara Técnica atuante, quais suas funções? [Assinale **uma** ou **mais** alternativas]

- Câmara Técnica específica para assuntos da Atenção Básica/Saúde da Família
- Câmara Técnica específica para assuntos da Assistência à Saúde
- Câmara Técnica específica para assuntos da Vigilância em Saúde
- Câmara Técnica específica para assuntos da Gestão em Saúde
- Uma mesma Câmara Técnica para as diferentes temáticas
- Outras (especificar) _____

BLOCO IV – GOVERNANÇA DA REGIONALIZAÇÃO

Estruturas de integração e gestão regional

34) Quais instâncias participam do planejamento e da gestão da saúde nesta microrregião?

[Assinale **uma** ou **mais** alternativas]

- CGR CIS CIES ERS DSEI Não sei
 Outras (especificar): _____

35) Qual tem sido a **participação** de cada instância no **planejamento regionalizado** desta microrregião de saúde:

- | | | | |
|--|----------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|
| CGR | <input type="checkbox"/> Nenhuma | <input type="checkbox"/> Discreta | <input type="checkbox"/> Ativa |
| CIS | <input type="checkbox"/> Nenhuma | <input type="checkbox"/> Discreta | <input type="checkbox"/> Ativa |
| ERS | <input type="checkbox"/> Nenhuma | <input type="checkbox"/> Discreta | <input type="checkbox"/> Ativa |
| SMS | <input type="checkbox"/> Nenhuma | <input type="checkbox"/> Discreta | <input type="checkbox"/> Ativa |
| <input type="checkbox"/> Não existe planejamento regionalizado | | <input type="checkbox"/> Não sei | |

36) Nesta microrregião, quais das instâncias têm desempenhado papel **mais importante** na condução do processo de regionalização?

[Assinale **uma** ou **mais** alternativas]

- CGR CIS CIES ERS/SES SES/MT (n. central) Nenhuma Não sei
 Justifique _____

37) Como o CIS participa **das reuniões** do CGR?

[Assinale **apenas uma** alternativa]

- De forma pontual, somente quando é convidado
 De forma pontual, somente quando precisa fazer comunicados às SMS
 Participa porque o CIS tem assento no CGR
 Presente em praticamente todas reuniões
 Presente e participativo em todas as reuniões
 Outra forma de participação. Qual? _____
 Não participa. Por quê? _____
 Não sei

38) O CIS participa **do processo de planejamento e programação** das ações de saúde na microrregião?

- Sim Não Não sei

Caso participe, de que forma?

[Assinale **uma** ou **mais** alternativas]

- Atende de acordo com a programação de cotas distribuídas *per capita* aos municípios
 Conforme definido no fluxo real, segundo a capacidade instalada existente na microrregião
 Tudo é definido na PPI, como capacidade instalada do município sede ou município(s) de referência(s)
 Mediante reunião de consórcio realizada pelos gestores municipais de saúde
 As ações do CIS são planejadas junto com o CGR
 A partir da prestação de contas do CIS ao seu Conselho Fiscal
 A partir da prestação de contas do CIS ao seu Conselho Fiscal composto por membros dos Conselhos Municipais de Saúde existentes na microrregião
 O CIS funciona independentemente, sem participar das discussões em reuniões de CGR
 Outras formas (especificar) _____

- 39) Quais são os critérios adotados para a programação do CIS? *[Assinale **uma** ou **mais** alternativas]*
- As necessidades e demandas dos municípios
 - A capacidade instalada do CIS
 - O recurso financeiro arrecadado
 - Não sei
 - Outros (especificar) _____
- 40) Qual a composição da CIES regional nesta microrregião? *[Assinale **uma** ou **mais** alternativas]*
- Representação de todas as SMS da microrregião
 - Núcleos de Educação Permanente em Saúde (NEPS) de todos os municípios da microrregião
 - Representação do ERS/SES
 - Representação das instituições públicas de ensino existentes na microrregião
 - Representação das instituições privadas de ensino existentes na microrregião
 - Não sei
 - Outras instâncias: _____
- 41) Como se dá a participação da CIES regional no **processo de planejamento, execução e avaliação** das ações de educação permanente nesta microrregião de saúde? *[Assinale **uma** ou **mais** alternativas]*
- Somente quando solicitado
 - Participa na formulação de propostas
 - Participa na execução de propostas
 - Participa na formulação e execução de propostas
 - A CIES acompanha a execução das ações de Educação Permanente na microrregião
 - As ações e metas do Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde (PAREPS) são inseridas no planejamento regional
 - Outras formas: _____
 - Não participa
 - Não sei
- 42) Qual a relação entre a CIES regional e o CGR na regionalização da saúde? *[Assinale **uma** ou **mais** alternativas]*
- A CIES elaborou o Plano Anual (PAREPS) e o apresentou no CGR
 - A CIES faz a prestação de contas da execução física e financeira do Plano Anual (PAREPS)
 - A CIES faz a apresentação de projetos específicos de EPS
 - A CIES dá suporte ao CGR para as necessidades de EPS na microrregião de saúde
 - Outra (especificar) _____
 - Nenhuma
 - Não sei
- 43) A CIES regional participa, de alguma forma, das reuniões do Colegiado de Gestão Regional? *[Assinale **apenas uma** alternativa]*
- Presente em todas reuniões
 - Somente quando é convidada
 - Somente quando é necessária a aprovação do Plano Anual de Educação Permanente (PAREPS) para esta microrregião

- Outra forma (especificar) _____
- Não participa
- Não sei

44) Existe alguma estrutura do DSEI (especificar) em funcionamento nesta microrregião?

- Sim Não Não sei

Se **Sim**, qual DSEI: _____

45) Se existe estrutura do DSEI, como se dá sua participação **no processo de planejamento e gestão regional** nesta microrregião de saúde? *[Assinale apenas uma alternativa]*

- Somente quando é solicitado
- Participa na formulação de propostas
- O planejamento do DISEI é apresentado e discutido no CGR
- As ações específicas de saúde indígena são inseridas no planejamento regional
- Outras formas (especificar) _____
- Não participa
- Não sei

46) Se existe estrutura do DSEI nesta microrregião, ela participa, **de alguma forma**, das reuniões do CGR?

[Assinale apenas uma alternativa]

- Presente em todas reuniões
- Presente e participativo em todas as reuniões
- Somente quando é convidada
- Outras formas (especificar) _____
- Não participa
- Não sei

BLOCO V – PLANEJAMENTO REGIONAL DE SAÚDE

47) Quais os cinco principais agravos à saúde enfrentados nesta microrregião?

[Numere de 1 a 5 por ordem de importância ou de frequência]

- Doenças infecciosas
- Acidentes e violências
- Doenças ocupacionais
- Contaminação ambiental por agrotóxicos
- Doenças crônico-degenerativas, como câncer, diabetes e hipertensão
- Doenças respiratórias
- Doenças do coração
- Doenças mentais
- Uso de álcool e drogas
- Outros (especificar) _____
- Não sei

48) Como você classifica a capacidade instalada da rede de serviços de saúde, frente às necessidades desta microrregião?
[Assinale para cada alternativa]

	Insuficiente e Inadequada	Insuficiente e Adequada	Suficiente e Inadequada	Suficiente e Adequada	Não sei
Serviços de Atenção básica	()	()	()	()	()
Consultas/serviços especializados	()	()	()	()	()
Serviços de apoio diagnóstico e terapêutico de média complexidade	()	()	()	()	()
Serviços de apoio diagnóstico e terapêutico de alta complexidade	()	()	()	()	()
Serviços de internação hospitalar	()	()	()	()	()

49) Nesta microrregião existem outras políticas públicas que interagem intersetorialmente com a saúde?

() Sim () Não () Não sei

Se **Sim**, quais?

() Educação

() Assistência social

() Ambiental

() Agricultura

() Outra (especificar) _____

Cite exemplo(s) _____

50) Nesta microrregião, existe **Plano Regional de Saúde**?

() Sim. Se Sim, citar como está estruturado: _____

() Não. Se Não, por quê? _____

() Não sei

51) Em sua opinião, o que se faz de **planejamento regional** nesta microrregião de saúde?

[Numere de 1 a 3, por ordem de importância]

() Apresentação dos Planos Municipais de Saúde no CGR

() Apresentação e discussão dos Planos Municipais de Saúde no CGR

() Socialização dos diagnósticos de situação de saúde por município

() Homologação dos Planos Municipais de Saúde no CGR

() Definição de metas conjuntas entre os gestores para incorporar nos respectivos planos municipais

() Elaboração integrada de um diagnóstico regional das necessidades de saúde

() Elaboração integrada de um plano regional de saúde

() Outras (especificar) _____

() Não é realizado nenhum planejamento regional de saúde

() Não sei

52) Existem **metas regionais de saúde** estabelecidas nesta microrregião?

() Sim () Não () Não sei

Se **Sim**, como se dá seu processo de pactuação e atualização?

[Assinale apenas uma alternativa]

() Em reuniões específicas somente com técnicos do ERS/SES

() Em reuniões específicas somente com representantes dos municípios

() Em reuniões/oficinas específicas com a participação de representantes dos municípios e do estado

- Nas reunião ordinária ou extraordinária do CGR
- Em visitas técnicas do ente estadual

53) Em sua opinião, o que visam as ações de planejamento regional realizadas nesta microrregião de saúde?
[Numere de 1 a 3, por ordem de importância]

- Ampliação do acesso às ações e serviços de saúde
- Reduzir as desigualdades entre os municípios da microrregião
- Atender as necessidades de saúde da população
- Viabilizar a integralidade da atenção à saúde
- Possibilitar maior desenvolvimento regional
- Facilitar o acesso às informações para a tomada de decisões
- Ampliar a resolutividade dos vários níveis de assistência à saúde
- Outras (especificar) _____
- Não é realizado nenhum planejamento regional de saúde
- Não sei

54) Como está organizada a oferta de serviços de saúde nesta microrregião?

[Assinale apenas uma alternativa]

- Conforme a disponibilidade de serviços
- Em níveis hierárquicos de atenção
- Em redes integradas de assistência, com efetivos canais de comunicação entre os vários pontos de atenção
- Obedece a outra lógica (especificar) _____
- Não sei

55) Como se dá fluxo de referências para assistência à saúde nesta microrregião?

[Assinale uma ou mais alternativas]

- Todos os municípios encaminham apenas para um município de referência (sede da microrregião)
 - São encaminhadas para mais de um município de referência (municípios sede de módulo e município sede da microrregião)
 - Além do município sede da microrregião, há outro(s) município(s) que não encaminha(m) para nenhum município dentro da microrregião (são módulo assistencial para sua própria população)
 - Todos os municípios têm a possibilidade de encaminhar também para o município de referência estadual (Cuiabá)
 - Fluxo obedece a outra lógica (especificar) _____
-
- Não sei

56) Quais os três principais espaços onde ocorre a articulação/pactuação com vistas ao planejamento microrregional?
[Numere de 1 a 3, por ordem de importância]

- Colegiado de Gestão Regional (CGR)
- Reunião dos Secretários Municipais de Saúde (COSEMS), pré reunião do CGR
- Consórcio Intermunicipal de Saúde
- CIB Estadual
- Reunião dos SMS (COSEMS) pré-CIB

- () Conselhos Municipais de Saúde
 () outros (especificar) _____
 () Não sei

57) Os instrumentos de planejamento abaixo relacionados são utilizados nesta microrregião?

[Assinale **para cada alternativa**]

Instrumentos	Sim	Não	Não existe	Não sei
PDR estadual	()	()	()	()
PDR microrregional	()	()	()	()
PDI	()	()	()	()
Plano Regional de Saúde específico da microrregião	()	()	()	()
PPI	()	()	()	()
Planos de Trabalho específicos	()	()	()	()
Quadro de metas	()	()	()	()
Relatório Anual de Gestão, dos municípios	()	()	()	()
Planos Municipais de Saúde	()	()	()	()
Plano Estadual de Saúde	()	()	()	()
Outros (especificar) _____				

58) No período **após o Pacto de Gestão** (2006), houve mudanças na PPI como instrumento de programação regionalizada nesta microrregião?

Sim () Não () Não sei ()

Se **Sim**, destaque as três principais:

[Numere de 1 a 3, em ordem de importância]

- () Com a PPI passou a se fortalecer o processo de regionalização
 () A PPI passou a contemplar prioridades elencadas nos Planos Municipais
 () A PPI passou a contemplar prioridades elencadas nos Planos Regionais (PDR e PDI)
 () As pactuações na PPI ficaram mais realistas e exequíveis
 () Com a PPI melhorou o acesso aos serviços
 () Com a PPI melhorou o processo regulatório
 () Com a PPI melhorou a integração interinstitucional
 () Ampliou-se a participação dos atores municipais na elaboração da PPI
 () Ampliou-se a participação dos atores regionais da SES/ERS na elaboração da PPI
 () A PPI passou a identificar as necessidades da microrregião
 () Os fluxos contemplados na PPI correspondem aos fluxos reais executados
 () Com a PPI aumentou o aporte de recursos financeiros
 () Outra (especificar) _____

59) Cite as **três últimas ações** no ano de 2011 documentadas em CGR, visando o **planejamento regional**:

1 _____

2 _____

3 _____

() Não sei

60) Quais os **três principais** instrumentos utilizados para a alocação de recursos financeiros para as ações e os serviços de saúde para atendimento desta microrregião? *[Numere de 1 a 3, por ordem de importância]*

- Programação Pactuada e Integrada (PPI)
- PDI
- Lei Orçamentária Anual (LOA) do estado
- LOA dos municípios
- Outros (especificar) _____
- Não sei

61) Quais as **principais** origens dos recursos financeiros aplicados para atendimento à saúde nesta microrregião? *[Numere de 1 a 3, por ordem de importância]*

- Recursos repassados pelo governo federal (fundo a fundo)
- Recursos transferidos pelo estado (fundo a fundo)
- Emendas Parlamentares (federais ou estaduais)
- Recursos repassados via convênio federal
- Recursos repassados via convênio estadual
- Recursos dos municípios da microrregião
- Outros (especificar) _____
- Não sei

62) Quais os **três principais** espaços de pactuação dos recursos aplicados nesta microrregião? *[Numere de 1 a 3, por ordem de importância]*

- CIB estadual
- COSEMS/CIB
- CGR
- COSEMS/CGR
- ERS
- CIES
- CIS
- Outros (especificar) _____
- Não sei

63) Nesta microrregião a alocação de recursos para a compensação de desigualdades municipais ocorre tendo por base critérios pré-definidos?

- Sim Não Não sei

Se Sim, quais? _____

BLOCO VI – GESTÃO DO COLEGIADO DE GESTÃO REGIONAL

64) O CGR possui uma agenda regular de reunião com cronograma anual previamente definido e divulgado?

- Sim Não Não sei

Se Não, comente por quê: _____

- 65) Com que periodicidade o CGR se reúne regularmente? *[Assinale apenas uma alternativa]*
- () Mais de uma reunião por mês
- () Mensalmente
- () Bimensalmente, em média
- () As reuniões são agendadas quando há necessidade
- () Esporadicamente
- () Não sei
- 66) Quem **efetivamente** conduz a reunião do CGR? *[Assinale apenas uma alternativa]*
- () O diretor do ERS
- () O vice-regional do COSEMS
- () A secretária executiva do CGR
- () Outros (especificar) _____
- () Não sei
- 67) Quem **predominantemente** define a pauta das reuniões do CGR? *[Assinale apenas uma alternativa]*
- () O diretor do ERS
- () O vice-regional do COSEMS
- () A secretária executiva do CGR
- () O secretário municipal de saúde do município sede
- () Demais secretários municipais
- () Outros (especificar quem) _____
- () Não sei
- 68) Quais os **principais critérios** para definição de pauta? *[Numere de 1 a 3, por ordem de importância]*
- () Demandas do MS
- () Demandas da SES (nível central)
- () Demandas do ERS
- () Demandas do próprio CGR
- () Demandas do COSEMS
- () Demandas dos municípios
- () Demandas do município sede da microrregião
- () Demandas do CIS
- () Demandas do Hospital Regional ou de referência regional
- () Outras demandas (especificar) _____
- () Não sei
- 69) Como são tomadas as decisões neste CGR?
- () Votação () Consenso () Votação e Consenso
- Comente: _____
- 70) Existe mecanismo de acompanhamento dos encaminhamentos emanados das reuniões deste CGR?
- () Sim () Não () Não sei
- Se **Sim**, quem realiza essa atividade? _____

71) **Em 2011**, você participou de quantas reuniões ordinárias? _____

72) **Em 2011**, você participou de quantas reuniões extraordinárias? _____

73) Como são formalizadas as decisões do CGR? *[Assinale **uma** ou **mais** alternativas]*

- Atas
- Resoluções
- Proposições
- Outras formas (especifique): _____
- Não sei

74) Em 2011, qual o **número aproximado** de Resoluções editadas? _____ Não sei

75) Quais os **três** assuntos mais frequentes nas Resoluções deste CGR?

*[Numere de **1 a 3**, por ordem de importância]*

- Implantação de serviços
- Credenciamento de serviços
- Descredenciamento de serviços
- Definição de fluxos
- Alocação/distribuição de recursos financeiros
- Alocação/distribuição de equipamentos e bens
- Regulação
- Outros (especificar) _____
- Não sei

76) **Em 2011**, qual o **número aproximado** de Proposições editadas por este CGR? _____ Não sei

77) Quais os assuntos mais frequentes destas Proposições? *[Numere de **1 a 3**, por ordem de importância]*

- Planejamento Regional
- PPI
- Processo Regulatório
- Investimento
- Não sei
- Outros (especificar) _____

78) Em 2011, dentre as Proposições deste CGR encaminhadas à CIB/MT, quantas foram homologadas pela CIB?

- Todas A maioria A minoria Nenhuma Não sei
- Comente: _____

79) O CGR atualiza e acompanha a PPI?

- Sim Se **Sim**, com que com que frequência? _____
- Não Se **Não**, por quê? _____
- Não sei

80) O CGR define **fluxos e protocolos do processo regulatório** desta microrregião?

- () Sim Se **Sim**, dê um exemplo _____
 () Não Se **Não**, Por **Não**, Por **Por** **quê?** _____
 () Não sei

81) O CGR define **as linhas de investimento prioritárias** para a saúde na região?

- () Sim Se **Sim**, dê um exemplo _____
 () Não Se **Não**, Por **quê?** _____
 () Não sei

82) O CGR desenvolve atividade de **apoio ao processo de planejamento** de saúde nos municípios?

- () Sim Se **Sim**, dê um exemplo _____
 () Não Se **Não**, Por **quê?** _____
 () Não sei

83) O CGR desenvolve alguma atividade de **articulação com os Conselhos Municipais de Saúde?**

- () Sim Se **Sim**, dê um exemplo _____
 () Não Se **Não**, Por **quê?** _____
 () Não sei

84) O CGR foi informado da elaboração do Plano Municipal de Saúde (quadrienal) pelos respectivos gestores?

- () Sim Se **Sim**, dê um exemplo _____
 () Não Se **Não**, Por **quê?** _____
 () Não sei

85) O CGR é informado anualmente da elaboração do Plano/Programação de Trabalho Anual (PTA) pelos respectivos gestores?

- () Sim Se **Sim**, dê um exemplo _____
 () Não Se **Não**, Por **quê?** _____
 () Não sei

86) O CGR é informado anualmente da elaboração do Relatório Anual de Gestão (RAG) pelos respectivos gestores?

- () Sim Se **Sim**, dê um exemplo _____
 () Não Se **Não**, Por **quê?** _____
 () Não sei

87) O CGR pactua ações articuladas entre os municípios para a vigilância em saúde?

- () Sim Se **Sim**, dê um exemplo _____
 () Não Se **Não**, Por **quê?** _____
 () Não sei

88) O CGR pactua estratégias articuladas para ampliar a cobertura regional e a resolutividade da atenção primária em saúde (APS) nos diversos municípios desta região?

- () Sim Se Sim, dê um exemplo _____
 () Não Se Não, Por quê? _____
 () Não sei

89) O CGR pactua a organização das redes regionalizadas de atenção à saúde?

- () Sim Se Sim, dê um exemplo _____
 () Não Se Não, Por quê? _____
 () Não sei

90) O CGR apoia processos de qualificação da gestão do trabalho e da educação em saúde?

- () Sim Se Sim, dê um exemplo _____
 () Não Se Não, Por quê? _____
 () Não sei

91) O CGR define estratégias para que sejam alcançadas as metas prioritizadas no Pacto pela Vida, com a definição, se necessário, de outras prioridades regionais?

- () Sim Se Sim, dê um exemplo _____
 () Não Se Não, Por quê? _____
 () Não sei

92) A CIB-MT tem acompanhado a atuação do CGR

- () Sim Como: _____
 () Não Por quê? _____
 () Não sei.

93) O CGR recebeu capacitações pela CIB/MT?

- () Sim () Não () Não sei.

Se sim, cite as três últimas: _____

94) As decisões/pactuações da CIB/MT são repassadas ao CGR desta microrregião?

- () Sim () Não () Não sei

Se **Sim**, como esse repasse é feito?

- () Repasse verbal no CGR pelo representante do ERS
 () Repasse verbal no CGR pelo representante do secretário municipal (Vice-Regional COSEMS)
 () Repasse verbal no CGR por ambos (ERS e SMS)
 () Repasse mediante instrumento padronizado pela CIB/MT
 () Outro (especificar): _____

95) As demandas do CGR desta microrregião são inseridas na pauta de CIB-MT?

- () Sim () Não () Não sei

Se **Sim**, de que forma isso acontece, mais frequentemente?

- () Com dificuldades ou resistência
 () Somente com interferência política

- Sempre que respeitado o fluxo/prazo para inclusão de pauta
- Com facilidade
- Outra forma (especificar) _____

96) A participação de representante do ERS nas reuniões da CIB/MT, como membro ou observador, interfere na condução das atividades do CGR?

- Sim
- Não
- Não sei.

Se **Sim**, de que forma? _____

BLOCO VII – RESULTADOS E IMPACTOS DA REGIONALIZAÇÃO

97) Em sua opinião, dentre as finalidades desta microrregião de saúde, quais as três principais que têm sido alcançadas nos últimos quatro anos? *[numere de 1 a 3, por ordem de importância]*

- Ampliação do acesso às ações e serviços de saúde
- Reduzir as desigualdades entre os municípios da microrregião
- Atender as necessidades de saúde da população
- Viabilizar a integralidade da atenção à saúde
- Possibilitar maior desenvolvimento regional
- Facilitar o acesso as informações para a tomada de decisões
- Ampliar a resolutividade dos vários níveis de assistência à saúde
- Outras (especificar): _____
- Não sei

98) Quais as **cinco principais** mudanças que o Pacto pela Saúde (mais especificamente o Pacto de Gestão) trouxe para esta microrregião: *[numere de 1 a 5, por ordem de importância]*

- Fortalecimento do planejamento municipal
- Fortalecimento do planejamento regional
- Participação dos principais atores (gestores municipais e técnicos ERS) da microrregião na elaboração do PDR
- Definição das responsabilidades sanitárias da microrregião (PPI, PAVS, SISPACTO)
- Elaboração e Desenvolvimento de Plano Diretor de Investimento (PDI)
- Participação do CGR no processo decisório regional
- Disponibilização de forma cooperativa de recursos humanos (entre as SMS ou entre SMS e SES/ERS)
- Fortalecimento da PPI
- Gestão plena dos recursos financeiros para assistência recebidos fundo a fundo pelos municípios
- Disponibilização de forma cooperativa de recursos financeiros
- Disponibilização de forma cooperativa de recursos tecnológicos
- Fortalecimento do processo de regulação
- Fortalecimento das prática de gestão colegiada com a instituição do CGR
- Apenas trouxe a mudança de nomenclatura das CIB Regionais para CGR
- Outra (especificar): _____

99) Como você classifica as mudanças institucionais advindas do processo de regionalização da saúde nesta microrregião, entre as várias possibilidades:

Mudanças Institucionais	Nível de Mudança				
	Nenhuma	Incipiente	Moderada	Expressiva	Não sei
Processo de gestão da política de saúde	()	()	()	()	()
Organização da atenção à saúde	()	()	()	()	()
Prestação da atenção à saúde	()	()	()	()	()
Superação de conflitos	()	()	()	()	()
Redução de desigualdades intermunicipais	()	()	()	()	()
Parcerias para enfrentamento de problemas	()	()	()	()	()
Acordos formais de cooperação intergestores	()	()	()	()	()
Monitoramento das proposições do CGR	()	()	()	()	()
Divulgação de decisões/proposições do CGR	()	()	()	()	()
Outras:	()	()	()	()	()
	()	()	()	()	()
	()	()	()	()	()
	()	()	()	()	()

OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES

(Faça qualquer observação que julgar pertinente ou necessária)
