





#### Projeto de Pesquisa

# AVALIAÇÃO NACIONAL DAS COMISSÕES INTERGESTORES BIPARTITES (CIBs): AS CIBs E OS MODELOS DE INDUÇÃO DA REGIONALIZAÇÃO NO SUS

# RELATÓRIO TEÓRICO-METODOLÓGICO

#### **EQUIPE RESPONSÁVEL**

#### Coordenação geral

Ana Luiza d'Ávila Viana - Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (DMP/FM/USP)

#### Sub-coordenação

Luciana Dias de Lima - Departamento de Administração e Planejamento em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (DAPS/ENSP/FIOCRUZ)

#### Pesquisadores permanentes

Cristiani Vieira Machado

João Henrique Gurtler Scatena

Mariana Vercesi de Albuquerque

Roberta Gondim de Oliveira

Fabíola Lana Iozzi

Guilherme Arantes Mello

Adelyne Maria Mendes Pereira

Ana Paula Santana Coelho

#### Processamento e análise dos dados quantitativos

Maria Paula Ferreira

Nádia Dini

Maria Luiza Levi

#### Desenvolvimento do sistema de indicadores dos CGRs

Jasmil A. Oliveira

Márcio B. Mello

Viviane Akamine

#### Apoio administrativo

**Christiane Martins** 

Camila Silva

### 1. ANÁLISE DO PROCESSO DE REGIONALIZAÇÃO EM SAÚDE: CONTEXTO, CONDICIONANTES E PAPEL DAS CIBs

Na Europa Ocidental e América Latina, a descentralização foi um fenômeno marcante dos processos de reforma dos Estados Nacionais desde o final dos anos 1970 do século XX até os dias atuais.

A experiência internacional sugere que, em grande número de países (tais como Inglaterra, Itália, Alemanha e Canadá), a descentralização da política de saúde articulouse à regionalização por meio da organização de redes de serviços, associadas à criação e fortalecimento de autoridades sanitárias regionais<sup>1</sup>. Essa agenda foi construída visando alcançar maior grau de eficiência e efetividade dos sistemas de saúde, e maior democratização e transparência dos processos decisórios na saúde.

Entretanto, na América Latina, ambos os processos (descentralização e regionalização) foram implantados com graus variados de articulação, sempre com maior destaque para a descentralização.

Particularmente, no Brasil, a regionalização ganha destaque de modo relativamente recente na política nacional de saúde. A estratégia da regionalização, apesar de presente nas diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), como definido pela Constituição Federal (CF) de 1988, é reforçada somente a partir de 2000, quando da edição da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) e, de forma mais incisiva, após a publicação do Pacto pela Saúde em 2006<sup>i</sup>.

O atraso na implantação da estratégia de regionalização e a fragilidade de experiências combinadas no âmbito do SUS requerem explicação. Essa investigação aporta algumas questões para essa discussão, na medida em que identifica os fatores condicionantes dos processos específicos e particulares de regionalização no plano estadual.

Nesse estudo, compreende-se a regionalização como um processo político que envolve mudanças na distribuição de poder e o estabelecimento de um sistema de inter-relações

Avaliação Nacional das Comissões Intergestores Bibartites (CIBs): as CIBs e os Modelos de Indução da Regionalização no SUS

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> O Pacto reaviva a regionalização como eixo central e reatualiza os instrumentos de planejamento da NOAS, ampliando a visão da regionalização para além da assistência à saúde, com intuito de incrementar a construção de sistemas regionais. Os Colegiados de Gestão Regional (CGR), criados pelo Pacto, configuram uma instância de co-gestão (estados e municípios) no espaço regional. Esse espaço, não mais de representação dos municípios, como é a Comissão Intergestores Bipartite (CIB), garante a presença de todos os municípios que conformam uma região (ou microrregião), além de representantes do estado. Os CGRs inauguram uma nova fase para regionalização por estabelecerem um espaço nodal de configuração e criação da governança regional da saúde nos estados.

entre diferentes atores sociais (governos, agentes, organizações, cidadãos) no espaço geográfico. Inclui, ainda, a criação de novos instrumentos de planejamento, integração, gestão, regulação e financiamento de uma rede de ações e serviços de saúde no território.

Segundo Bifulco<sup>2</sup>, a complexidade da regionalização se deve à necessidade de conciliação de "fenômenos quase inconciliáveis", tais como: a institucionalização de uma rede homogênea de serviços e intervenções frente a uma grande heterogeneidade territorial; a formalização da responsabilidade pública com ampla participação e envolvimento da sociedade civil e dos diversos agentes que compõem o sistema de saúde no território; a regulação centralizada com a manutenção da autonomia dos governos locais.

A questão pode ser assim formulada: como estabelecer um processo de regionalização que seja eficaz do ponto de vista do estabelecimento de uma rede homogênea e dê conta das diversidades territoriais e populacionais, e, simultaneamente, crie um espaço mais democrático de decisão da política com responsabilização pública e autonomia local?

Além disso, é preciso considerar os aspectos que dizem respeito à complexidade da regionalização em um país federativo com as características do Brasil. Observa-se que as modalidades e tipos de serviços que compõem o SUS não se distribuem uniformemente no território. A maioria dos municípios é de pequeno porte populacional e não possui demanda suficiente para albergar todos os níveis de atenção à saúde dentro de seus limites geográficos. Na maior parte das vezes, os governos locais administram apenas estabelecimentos de atenção básica, a oferta de serviços especializados e de alta complexidade no SUS é concentrada em poucas cidades e muitas regiões de saúde são planejadas abrangendo vários municípios. É necessária, portanto, a articulação de diferentes gestores para promover a integração da rede de serviços do SUS que transcenda o espaço político-administrativo de um município ou estado. Por razões de natureza diversa, esse processo de negociação esbarra em uma série de dificuldades.

Em primeiro lugar, se analisarmos as funções delineadas para a União, estados e municípios no terreno das políticas de saúde, veremos que o nosso sistema se caracteriza pela existência de um grande número de atribuições comuns e concorrentes entre os governo, sem que existam padrões de autoridade e responsabilidade claramente

delimitados. A saúde, por exemplo, é de competência comum e deve ser garantida por todos os entes da federação.

Segundo Almeida<sup>3</sup>, o compartilhamento de funções governamentais é típico dos sistemas federativos contemporâneos. Ele permite certa flexibilidade na distribuição de responsabilidades em situações de heterogeneidade estrutural e territorial, e indica a necessidade de conformação de diferentes acordos entre os governos envolvidos no processo de negociação.

Diante das imensas desigualdades regionais e socioeconômicas do país, da variedade de funções e atividades a serem desempenhadas e dos desafios a serem enfrentados, a divisão de responsabilidades entre os gestores do SUS precisa admitir arranjos adequados às realidades dos municípios e estados brasileiros, nos diversos campos da atenção à saúde.

Em segundo lugar, é preciso considerar que os processos de descentralização e regionalização são bem mais complexos nos países de organização federativa. Sob regimes democráticos, o desenho institucional das federações assegura algum grau de poder decisório aos governos subnacionais que possuem instrumentos (políticos, legais, administrativos e financeiros) para defender seus interesses e direitos originários. Nestes casos, os processos de conformação de sistemas que sejam, ao mesmo tempo, descentralizados e regionalizados são, necessariamente, lentos e negociados. Eles supõem o entendimento entre autoridades políticas dotadas de variados tipos de legitimidade que agregam e empregam recursos diversos, e envolvem jogos de cooperação e competição, acordos, vetos e decisões conjuntas entre governos, que possuem interesses e projetos freqüentemente antagônicos na disputa política.

Por isso, esses processos necessitam do fortalecimento de mecanismos de coordenação que resultem na instauração de parcerias aprovadas pelos entes federativos<sup>4</sup>. A coordenação federativa, entendida como as formas de integração, compartilhamento e decisão conjunta presentes nas federações, é um elemento-chave para se garantir o equilíbrio entre a autonomia dos pactuantes e sua interdependência e a amenização dos conflitos existentes entre eles.

Além de mecanismos de controle mútuos entre as esferas de governos, a coordenação pressupõe o equilíbrio entre as formas de cooperação e competição existentes, levando em conta que o federalismo é intrinsecamente conflitivo. Nesse sentido, mesmo

considerando que as federações requerem determinadas formas de competição entre as instâncias governamentais, Abrucio<sup>4</sup> considera ser importante contornar os problemas advindos de competições desmedidas, fortalecendo-se os mecanismos de cooperação.

Na saúde, o *modus operandi* cooperativo é fundamental para: (1) a otimização do uso de recursos comuns, como é o caso dos problemas de ação coletiva que cobrem mais de uma jurisdição (caso das doenças transmissíveis e outros agravos de saúde); (2) o auxílio aos governos menos capacitados ou mais pobres para realizarem determinadas tarefas e melhor integrarem o conjunto de políticas compartilhadas, evitando o jogo de empurra entre os entes; (3) o combate a comportamentos predatórios, que repassam custos de um ente à nação (esse comportamento se expressa, por exemplo, nas dificuldades de atendimento dos pacientes em unidades mais complexas situadas em municípios-pólo); (4) a distribuição de informações sobre fórmulas administrativas bem-sucedidas, incentivando o associativismo intergovernamental.

Embora a cooperação não deva ser confundida com a verticalização, que é resultado mais da subordinação do que da parceria, ela também não pode cair na "armadilha da decisão conjunta", onde todas as decisões dependem da anuência de praticamente todos os atores federativos, o que pode gerar uma excessiva uniformização das políticas e inibir o ímpeto inovador dos níveis de governo.

Para Viana, Lima e Oliveira<sup>5</sup>, a implantação de políticas em cenário federalista também necessita da emergência de estruturas dedicadas à construção da relação centro/periferia, o reforço de burocracias eficientes nos diferentes níveis de governo, a atuação de gestores intergovernamentais e o desenvolvimento de instrumentos de diplomacia que favoreçam o entendimento e a cooperação intergovernamental.

No Brasil, a necessidade da negociação e formação de acordos entre as esferas de governo é tensionada pelas baixas condições institucionais de grande número de municípios e estados, igualmente responsabilizados pela atenção à saúde de seus cidadãos. Destaca-se que as estratégias de descentralização implantadas até meados dos anos 2000, mostraram-se frágeis frente aos agudos conflitos federativos, em um contexto de restrição fiscal e herança de desigualdades econômicas e sociais.

Além disso, a falta de um planejamento regional das estratégias de descentralização da política de saúde comprometeu sua adequação às múltiplas realidades que se apresentam no território brasileiro<sup>6</sup>. Não houve uma diversificação de políticas segundo

grupos de indivíduos ou situações geográficas específicas, que melhor relacionassem a oferta às necessidades de saúde, visando melhorar o acesso e a utilização, e reduzir a iniquidade nesses planos<sup>7</sup>.

Ressalta-se, ainda, o efeito fragmentador do processo de descentralização, que ao privilegiar a descentralização para os municípios sem a face da regionalização e desconsiderando o papel das secretarias estaduais de saúde, pouco contribuiu para a formação de redes de ações e serviços de saúde entre municípios e estados a garantia da atenção à saúde em todos os níveis de complexidade do sistema. Ao final de 2005, os conflitos intergovernamentais permanecem, assim como o "comportamento predatório" entre os entes.

Reconhecendo a existência de funções compartilhadas entre os gestores no âmbito do SUS, considera-se importante avaliar o papel das Comissões Intergestores Bipartite (CIBs) no processo de regionalização em saúde, tendo em vista sua importância como instância de negociação intergovernamental em nível estadual.

Algumas questões norteiam a investigação: em que medida as CIBs são capazes de gerar mecanismos eficazes de coordenação federativa e cooperação intergovernamental? De que forma esses mecanismos induzem à repartição adequada de funções, ao planejamento e à organização de sistemas de ações e serviços regionalizados, que extrapolam os limites político-administrativos das esferas governamentais envolvidas no processo de negociação? Quais os elementos trazidos pelo Pacto pela Saúde para o avanço desses processos? De que forma as CIBs influenciam e se articulam com outras instâncias gestoras e organismos colegiados no SUS no âmbito regional, como, por exemplo, os Colegiados de Gestão Regional, os Consórcios Intermunicipais de Saúde e as instâncias de representação regional dos estados? Essa articulação tem garantido institucionalidade aos acordos intergovernamentais necessários à regionalização em saúde?

Essas são algumas questões que orientam o desenvolvimento desta investigação.

2. OBJETIVOS

1. Analisar os processos de regionalização em saúde nos estados, identificando o

contexto e os condicionantes institucionais e políticos, impactos e inovações

introduzidas nos sistemas de saúde.

2. Identificar os condicionantes estruturais dos processos de regionalização nos

estados, por meio da construção de uma tipologia nacional das regiões de saúde

com base nos CGR formalmente constituídos até janeiro de 2010.

3. Analisar o padrão de financiamento do gasto público estadual em saúde segundo

as diferentes fontes (transferência e recursos próprios) e a participação dos

estados e municípios.

4. Avaliar a dinâmica de funcionamento das CIBs e suas inter-relações com os

processos de regionalização nos estados.

5. Avaliar as CIBs segundo sua capacidade de gerar:

a) mudanças de relacionamento entre os gestores,

b) novas iniciativas e experiências de regionalização em saúde,

c) a formalização de compromissos intergovernamentais voltados para a

solução de problemas loco-regionais.

3. MARCO DE ANÁLISE

O estudo se apoiou no referencial da análise das políticas públicas que, como apontam

Ham e Hill<sup>8</sup>, procura abranger o que os governos fazem, porque fazem e que diferença

isso faz. Esses autores advertem para a importância das análises de políticas públicas

considerarem os contextos políticos, econômicos e sociais nos quais os problemas são

enfrentados, o que pode incluir questões de ordem macro, como o papel do Estado e a

distribuição do poder entre grupos sociais.

A pesquisa também valorizou a influência da trajetória histórica nos desdobramentos

das políticas; o peso das regras que regem a atuação do Estado; e a importância dos

atores nas políticas públicas, ainda que suas escolhas sejam condicionadas por limites

estruturais e institucionais <sup>9,10</sup>.

Avaliação Nacional das Comissões Intergestores Bibartites (CIBs): as CIBs e os Modelos de Indução da Regionalização no SUS

6

Dois eixos de análise foram priorizados. Um primeiro eixo diz respeito aos condicionantes dos processos de regionalização em saúde, que configuram os modelos de regionalização nos estados. Para a análise desses processos foi necessário construir variáveis e indicadores que permitissem aferir diferentes estágios de implementação dessa estratégia nos espaços/esferas estaduais, bem como identificar os contextos, os condicionantes político-institucionais e os impactos nos sistemas de saúde, nas estruturas e papel das secretarias e instâncias regionais e nas formas de coordenação intergovernamental.

Em termos metodológicos foram selecionados quatro grandes blocos responsáveis pelos rumos da regionalização ou que condicionam o processo de regionalização, sendo um de natureza nacional - o contexto no qual emerge a estratégia da regionalização -, e os demais de natureza estadual ou local: contexto, direcionalidade e processo.

Afirma-se, com esse procedimento, que o processo de regionalização é variável dependente do contexto mais geral que informa a política social – uma dada institucionalidade da política<sup>ii</sup> -, bem como é influenciado pelas características específicas da implementação no nível estadual (contextos estaduais e institucionalidade e governança do processo de regionalização nos estados) e, ainda, pelos rumos ou a direção que se deseja imprimir ao processo (a direcionalidade definida para a regionalização).

Certamente, outros elementos tais como determinadas variáveis estruturais (a regionalização se expressa e materializa em territórios específicos), aferidos pelas capacidades econômicas, social e do sistema de saúde (capacidade instalada e cobertura, complexidade e perfil público-privado da oferta de ações e serviços de saúde) de cada região também condicionam o processo de regionalização<sup>iii</sup>. Nessa mesma perspectiva, outra variável que condiciona o desempenho da regionalização são os recursos disponíveis para o gasto público em saúde, que, como se sabe, é altamente dependente

ii No Brasil, no período recente, três institucionalidades de política social podem ser identificadas com base na revisão da literatura e análise documental: uma de corte liberal que cobre o primeiro e o segundo governo FHC (1995/2002), outra de transição (2003/2006), durante o primeiro governo Lula e, finalmente, uma neo-desenvolvimentista no segundo governo Lula (2007/2010). As características de cada período do ponto de vista econômico e político são distintas, bem como as interligações entre as políticas econômicas e sociais, e as estratégias-chave, público-alvo, forma e agentes da provisão de serviços e tipo de financiamento desenhado para política social e, em especial, para a política de saúde.

Para isso, a pesquisa elabora uma tipologia nacional das regiões de saúde que as diferenciam segundo graus de desenvolvimento econômico, social e características da rede de saúde, dos municípios que compõem os Colegiados de Gestão Regional (CGR) formalmente implantados até janeiro de 2010. A metodologia que envolve essa tipologia é apresentada em relatório específico.

da capacidade arrecadatória própria<sup>iv</sup> e das transferências federais do SUS para os estados e municípios<sup>v</sup>.

Por fim, a dinâmica dos complexos regionais em saúde (as relações público-privadas no interior das regiões de saúde) também influencia o desempenho e os resultados da regionalização no plano estadual e necessita ser avaliada por estudos de caso específicos, orientados por referenciais metodológicos apropriados<sup>vi</sup>.

A identificação da institucionalidade da política social e dos fatores que regem ou condicionam o processo de implementação da regionalização, assim como da direcionalidade definida pelos dirigentes estaduais, são essenciais para explicar os processos estaduais de mudança da política de saúde orientada pela estratégia da regionalização, bem como seu avançado ou incipiente estágio de consecução.

Os processos de regionalização podem ser favorecidos ou obstaculizados por um contexto histórico-estrutural (conformação de regiões e de estruturas regionais, dinâmicas sócio-econômicas e características geopolíticas dos estados), político-institucional (histórico e trajetória da política de saúde) e conjuntural (tipos de atores e regras políticas de exercício do poder) específico que varia entre os estados.

A direcionalidade da regionalização expressa a capacidade dos dirigentes formularem uma orientação/rumo ao processo definindo os atores a serem mobilizados, o objeto do processo de regionalização e, finalmente, as estratégias e os instrumentos passíveis de auxiliarem o processo de implementação da regionalização no nível estadual.

Uma determinada institucionalidade da regionalização no plano estadual é conformada pela existência de estratégias, políticas e projetos, compreendendo construções cognitivas e regras normativas integrantes do processo regulatório que ao mesmo tempo contém e modela o comportamento social. A institucionalidade de uma política depende da presença dos três pilares que caracterizam uma instituição: o regulatório que se traduz por recompensas e punições (legitimidade legalmente sancionada que limita e constrange comportamentos sociais); o normativo que estrutura comportamentos (obrigação social, certificação, credenciamento e governança moral) e o cognitivo que

Avaliação Nacional das Comissões Intergestores Bibartites (CIBs): as CIBs e os Modelos de Indução da Regionalização no SUS

iv Observa-se que evolução do ICMS alinha-se positivamente com os fluxos da atividade econômica.

<sup>&</sup>lt;sup>v</sup> A análise das condições de financiamento e gasto público em saúde nos estados foi realizada com base nas informações disponíveis no Sistema de Informações de Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), sendo objeto de relatório específico.

A realização de estudos de caso específicos nos Colegiados de Gestão Regional (CGR) é objeto da segunda fase desta pesquisa que se encontra em andamento.

aglutina preferências e cria identidades sociais (correção conceitual e reconhecimento cultural)<sup>11</sup>.

A noção de institucionalidade também está relacionada à própria história ou trajetória da regionalização no estado. Para Pierson<sup>9</sup>, a noção de dependência de trajetória ("path-dependence" e "increasing-returns") está relacionada à idéia de que acontecimentos do passado podem dar vazão a cadeias de causalidades que influenciam o presente. Ou seja, o presente é resultado de uma seqüência inteira de decisões tomadas por agentes e suas respectivas conseqüências, e não apenas das condições contemporâneas. Isso não se traduz simplesmente pelo fato de que "a história e o passado contam", mas sim que, quando um governo ou uma região adotam um caminho, os custos de mudá-lo são muito altos.

A governança da regionalização é determinada pela capacidade dos atores integrantes da política de construir um quadro institucional estável que favoreça a cooperação e a participação de uma ampla gama de atores, marcado pelo estabelecimento de relações cooperativas entre atores, organizações, agentes e cidadãos, onde é possível estabelecer uma direção ou rumo voltado para a consecução de metas e objetivos claramente definidos e acordados.

Em suma, a regionalização implica numa mudança no exercício de poder (redistribuição de poder) no interior da política de saúde o que se traduz na introdução de novos atores, objeto, normas e processos, governado/liderado por diferentes orientações/ideologias.

Nosso objetivo, portanto, é com base nesse marco analítico identificar e caracterizar o processo de regionalização em saúde, apontando seus condicionantes e o contexto no qual ele se desenvolve, de forma a apreender os limites e desafios dessa estratégia de reforma.

O desenho a seguir resume o marco analítico utilizado para configuração dos modelos de regionalização nos estados.

Figura 1. Marco analítico do contexto e condicionantes do processo de regionalização em saúde nos estados

# Nacional Institucionalidade da política social

Estaduais			
Contexto	Direcionalidade	Processo	
Histórico-estrutural	Orientação	Institucionalidade	
Político-institucional	Objeto	Governança	
Conjuntural	Atores	Impactos/inovações	
	Estratégias	institucionais	
	Instrumentos		

Fonte: Pesquisa "Avaliação Nacional das Comissões Intergestores Bipartites (CIBs): As CIBs e Os Modelos de Indução da Regionalização no SUS" – ENSP/FIOCRUZ e FM/USP.

Um segundo eixo de análise diz respeito às dinâmicas de funcionamento das CIBs e às inter-relações existentes entre estas instâncias e os processos de regionalização nos estados.

Considera-se que os modos de operação das CIBs e sua importância na regionalização variam em função dos seguintes blocos de variáveis: institucionalidade (formas de organização interna, representatividade e legitimidade da CIB), conteúdo das negociações intergovernamentais (principais influências sobre a agenda de discussão e temática predominante nas reuniões), processo político e padrões de relacionamento (natureza da interação intergovernamental na CIB e da CIB com o Conselho Estadual de Saúde) e capacidade de atuação da CIB (capacidade de formulação e implantação de políticas e efeitos na coordenação intergovernamental).

Tanto as CIBs, em função de suas características específicas e importância enquanto instância de pactuação intergovernamental na política de saúde, podem influenciar os processos de regionalização, como estes tendem a modificar e atualizar os modos de organização e funcionamento das CIBs. As formas e resultados das inter-relações estabelecidas entre as CIBs e os processos de regionalização se expressam por meio da direcionalidade da interação, do papel desempenhado pela CIB no processo de

regionalização, das influências recíprocas (perceptíveis na CIB e na regionalização), e da presença da regionalização na agenda de discussão da CIB.

A Figura 2 apresenta de forma esquemática o marco analítico utilizado para avaliar as CIBs e sua interação com os processos de regionalização em saúde nos estados.

Figura 2. Marco analítico da dinâmica e interação da CIB com o processo de regionalização em saúde nos estados

1 cgionanzação em			
Dinâmica da CIB			
Institucionalidade	Conteúdo das negociações intergovernamentais	Processo político e padrões de relacionamento	Capacidade de atuação



#### Regionalização em saúde nos estados

Formas e impactos da interação da CIB com a regionalização				
Direcionalidade	Papel da CIB	Fator de	Fator de	Presença da
da interação	na	influência na	influência na	regionalização
	regionalização	CIB	regionalização	na agenda de
				discussão da
				CIB

Fonte: Pesquisa "Avaliação Nacional das Comissões Intergestores Bipartites (CIBs): As CIBs e Os Modelos de Indução da Regionalização no SUS" – ENSP/FIOCRUZ e FM/USP.

#### 4. ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS

A investigação privilegiou o período de 2007 a 2009<sup>vii</sup>, apoiando-se em métodos quantitativos e qualitativos e desenvolvendo-se através de três módulos interrelacionados:

Módulo 1: mapeamento e configuração dos modelos de regionalização em saúde nos estados com base na identificação e análise do contexto e condicionantes da regionalização.

vii Esse período delimita-se em função da gestão estadual que se inicia em 2007, incorporando o contexto de duas gestões municipais ( 2007 a 2008 e aquelas iniciadas em 2009) e de implantação do Pacto pela Saúde.

Módulo 2: avaliação nacional das CIBs, considerando as dinâmicas de funcionamento e as inter-relações existentes entre estas instâncias e os processos de regionalização nos estados;

Módulo 3: capacitação e interação com a equipe técnica e dirigente do MS. Este módulo compreendeu a realização de reuniões com a equipe dirigente e técnica do Departamento de Apoio à Gestão Descentralizada da Secretaria Executiva do MS e Câmara Técnica da Comissão Intergestores Tripartite para desenvolvimento dos instrumentos de coleta de dados, apresentação e discussão dos resultados da pesquisa.

As principais estratégias e técnicas utilizadas foram:

- Visitas realizadas por dupla de pesquisadores em 24 estados (somente TO e MA não foram investigados).
- 91 entrevistas semi-estruturadas realizadas com 103 dirigentes e técnicos das Secretarias de Estado de Saúde e COSEMS (Secretários de Estado de Saúde, Presidentes do COSEMS, responsáveis pela regionalização nos estados, Secretários Executivos das CIBs).
- Análise documental: Leis e Decretos estaduais; planos e instrumentos de programação (Exs: Plano Plutianual, Plano Estadual de Saúde, Plano Diretor de Regionalização, Plano Diretor de Investimentos, Programação Pactuada e Integrada); normativas (federais e estaduais); Regimento Interno, atas, resoluções e deliberações das CIBs; documentos relativos aos CGRs.
- Observação participante de reuniões das CIBs nos estados.
- Elaboração de base de indicadores e aplicação do modelo de análise fatorial e de agrupamentos (*cluster analysis*) para construção de uma tipologia nacional das regiões de saúde com base nos CGR formalmente constituídos até janeiro de 2010.
- Análise dos gastos públicos em saúde nos estados com base no SIOPS.

A construção dos instrumentos de campo seguiu a uma matriz contendo as principais dimensões, variáveis e indicadores selecionados no âmbito da pesquisa (Anexo 1). Estes elementos foram contemplados nos roteiros de entrevista e no instrumento de coleta e análise de informações documentais das CIBs (Anexos 2).

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, estando em conformidade com o previsto na Resolução n.196 de 1996, que trata de pesquisa envolvendo seres humanos, e dos direitos e deveres da comunidade científica, dos sujeitos da pesquisa e do Estado. Nesse sentido, para fins da realização das entrevistas, todos os entrevistados assinaram

um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com as prescrições dessa

Resolução.

5. CONDICIONANTES ESTADUAIS DO PROCESSO DE REGIONALIZAÇÃO EM SAÚDE

Os condicionantes estaduais do processo de regionalização podem ser agrupados em três blocos de variáveis: contexto, direcionalidade e características do processo de implementação da regionalização.

O contexto é aferido por três dimensões de natureza distintas - histórico-estrutural, político-institucional e conjuntural - e pode favorecer ou dificultar o processo de regionalização, ou ainda ser indefinido (quando os fatores de influência se anulam ou não sugerem uma influência clara ao processo).

A direcionalidade da regionalização compreende a definição de uma orientação ou rumo para o processo, bem como a definição de um objeto específico e a mobilização de atores estratégicos para formação de uma base de apoio para política. São ainda componentes da direcionalidade, a formulação de estratégias próprias e de instrumentos que favoreçam a consecução da política.

Por fim, a análise do processo permite aferir os estágios de institucionalidade da regionalização e os padrões de governança desenvolvidos, bem como os impactos e inovações institucionais produzidos, incluindo a gestão do sistema de saúde.

5.1. Contexto estadual da regionalização em saúde: dimensões histórico-estrutural, político-institucional e conjuntura

A dimensão histórico-estrutural refere-se ao histórico de conformação do estado e de suas regiões, à dinâmica sócio-econômica e às suas características geopolíticas (extensão territorial, importância na Federação e características dos municípios).

Avaliação Nacional das Comissões Intergestores Bibartites (CIBs): as CIBs e os Modelos de Indução da Regionalização no SUS

O contexto político-institucional expressa a trajetória da política de saúde na Unidade da Federação, a precocidade do processo de regionalização na saúde, o modo de funcionamento das instituições políticas, com ênfase nas formas de operação e cultura organizacional das secretarias estaduais de saúde, o peso do setor privado na oferta de serviços e o papel desempenhado pelos atores.

A conjuntura refere-se à prioridade definida para regionalização na agenda dos governos e da secretaria de estado de saúde, à situação atual político-econômica do estado e ao perfil dos atores presentes na política de saúde.

Quadro 1. Contexto da regionalização em saúde nos estados

Dimensões	Influência	Detalhamento
	predominante	(principais aspectos considerados)
Histórico-estrutural	- Favorável	- Histórico de conformação do estado e de
	- Desfavorável	suas regiões (antiguidade do processo,
	- Indefinido	presença de identidade regional)
		- Dinâmica sócio-econômica e características
		geo-políticas do estado (extensão territorial,
		importância na federação, características dos
		municípios)
Político-institucional	- Favorável	- Trajetória da política de saúde no estado
	- Desfavorável	- Modo de funcionamento das instituições
	- Indefinido	políticas e regras da saúde (incluindo
		cultura organizacional da SES)
		- Peso do privado na rede de serviços
		- Papel desempenhado pelos atores no sistema
		de saúde (SES, SMS, COSEMS, CIB)
Conjuntural	- Favorável	- Prioridade da regionalização na agenda do
	- Desfavorável	governo e da SES
	- Indefinido	- Situação político-econômica do estado
F . D		- Perfil e trajetória dos atores

Fonte: Pesquisa "Avaliação Nacional das Comissões Intergestores Bipartites (CIBs): As CIBs e Os Modelos de Indução da Regionalização no SUS" – ENSP/FIOCRUZ e FM/USP.

#### 5.2. Direcionalidade da regionalização em saúde nos estados

#### Orientações/rumos/ideologias (de mudança) na regionalização em saúde

Diferentes orientações ou ideologias acompanham os processos de reforma dos sistemas de saúde<sup>12</sup> e expressam os rumos e metas que se deseja atingir. A ideologia gerencial, por exemplo, pretende influenciar as formas de organização e gestão do sistema,

introduzindo novos instrumentos de ação pública, como contratos, normas e *standards*, ouvidorias públicas, etc.

A ideologia de cunho econômico-mercantil pretende expandir a mercantilização da

provisão dos serviços e estimular a co-responsabilização privada no financiamento das

ações e serviços.

Já aquela voltada para equidade e justiça social tem por objetivo a resolução dos fatores

relacionados às desigualdades injustas que se evidenciam nos sistemas, introduzindo

mudanças em todas as dimensões que contribuam para iniquidade financeira, de acesso

e uso dos serviços de saúde.

A perspectiva dos condicionantes sociais volta-se aos vetores que interferem no

adoecimento e nas condições de ausência de saúde, a partir de vigorosas ações

intersetoriais com destaque para as relacionadas às condições de trabalho e habitação. E

a democratizante e de estímulo à participação social pretende interferir nos processos

decisórios da política, procurando democratizar a decisão pública.

Finalmente, a de caráter desenvolvimentista procura estimular e interferir nas condições

de desenvolvimento, alinhando a política de saúde com as demais políticas públicas de

fomento ao crescimento e desenvolvimento social.

Consideramos que a estratégia da descentralização, no Brasil, no período recente, foi

mais influenciada pela ideologia democrático/participativa, enquanto a estratégia da

regionalização apresenta hoje uma variedade de ideologias, segundo cada processo

particular, porém com predominância da gerencial e da equidade/humanista.

**Objeto** 

O objeto do processo de regionalização é a região. Isso resulta no entendimento de que

os incentivos devem ser dirigidos para o fortalecimento do espaço regional, isto é,

devem ser incentivados critérios que propiciem uma constituição deste espaço com mais

alto grau de legitimidade (apoiada em forças econômicas e sociais vivas), viabilidade e

sustentabilidade. O objeto pode ser também o estabelecimento de redes e fluxos que

organizem as ações e serviços de saúde os sistemas de referência e contra-referência no

território, bem como a própria ampliação da capacidade instalada, por meio de

investimentos ou credenciamento de novos serviços.

Avaliação Nacional das Comissões Intergestores Bibartites (CIBs): as CIBs e os Modelos de Indução da Regionalização no SUS

15

Atores

A regionalização implica na mobilização de novos atores, principalmente estaduais e

regionais, como a equipe dirigente das secretarias estaduais, quadros técnicos, equipes

das instâncias regionais, dirigentes municipais, entidades colegiadas -CONASS,

CONASEMS, COSEMS e CIB -, além de prestadores privados de forte peso e

influência nos contextos regionais, como algumas entidades filantrópicas.

Além disso, atores acadêmicos ligados às universidades e aos cursos de saúde coletiva

podem também ser mobilizados para o apoio à estratégia, além de lideranças políticas

regionais (parlamentares federais e estaduais). As associações de cidadãos também

podem ser mobilizadas para o apoio da política, bem como diferentes associações civis

e de interesse.

Estratégias

A criação de novos espaços ou o revigoramento de espaços decisórios regionais

(instâncias regionais das secretarias estaduais), bem como de pactuação e coordenação

regional (CGRs e CIBs regionais), são vitais para implantação da estratégia. Também se

incluem a revisão e criação de novos instrumentos, a ampliação de recursos financeiros

e a ampliação do atores envolvidos na condução do processo.

Instrumentos

Os instrumentos de ação pública convencional são aqueles de cunho

legislativo/regulativo e os econômico/fiscal. No momento atual são protagonistas da

ação pública, novos tipos de instrumentos não convencionais, típicos da governança

gerencial, como contratos/incentivos, opinião pública, normas e standartização, planos,

processos participativos, consórcios, regulação e capacitação, enfim, são inúmeros os

instrumentos que podem ser introduzidos pela nova estratégia.

O Quadro 2 resume as dimensões componentes da direcionalidade da regionalização em

saúde nos estados.

Avaliação Nacional das Comissões Intergestores Bibartites (CIBs): as CIBs e os Modelos de Indução da Regionalização no SUS

16

Quadro 2. Direcionalidade da regionalização em saúde nos estados

Dimensões	Detalhamento
	(elementos predominantes)
Orientação	<ul> <li>Gerencial: melhoria das condições/capacidade institucional do Estado para atuação na área da saúde</li> <li>Democrática-participativa: ampliação da participação dos atores envolvidos na regionalização (institucionais e outros) Equidade: melhoria das condições de saúde, ampliação do acesso e integralidade</li> <li>Determinantes sociais: articulação de políticas sociais voltadas para a promoção da saúde</li> <li>Desenvolvimentismo: articulação de políticas sociais e econômicas voltadas para o desenvolvimento e bem-estar Mercado: ampliação do setor privado no financiamento e prestação de serviços com retração do papel do Estado</li> </ul>
Objeto	<ul> <li>Definição de região: delimitação territorial para o planejamento e organização do sistema de saúde.</li> <li>Organização de redes e fluxos: definição de pólos, integração e articulação de ações e serviços de saúde, montagem do sistema de referência e contrareferência e dos fluxos de encaminhamento entre municípios</li> <li>Ampliação da capacidade instalada: por meio de investimentos ou credenciamento de serviços</li> </ul>
Atores	<ul> <li>Institucionais: governamentais (estado, municípios, União), instâncias colegiadas do SUS (CIB, CES, COSEMS)</li> <li>Prestadores privados</li> <li>Associações profissionais e cidadãos (ex: organizações não governamentais, associações de portadores de patologias).</li> </ul>
Estratégias	<ul> <li>- Criação e/ou fortalecimento de instâncias de pactuação e coordenação regional: instâncias regionais da SES, CGRs, CIBs regionais</li> <li>- Criação e revisão de instrumentos</li> <li>- Reformas administrativas das Secretarias de Saúde</li> <li>- Ampliação de recursos financeiros</li> <li>- Ampliação de atores (governamentais ou não governamentais)</li> </ul>
Instrumentos	<ul> <li>- Legislação</li> <li>- Normas</li> <li>- Incentivos e/ou sanções financeiras</li> <li>- Investimentos</li> <li>- Planos</li> <li>- Mudanças de estruturas administrativas</li> <li>- Contratualização (entre gestores, com prestadores)</li> <li>- Processos participativos</li> <li>- Capacitação</li> <li>- Regulação da assistência (protocolos, critérios de incorporação tecnológica, complexos reguladores, cartão saúde, etc.)</li> <li>- Consórcios</li> </ul>

Fonte: Pesquisa "Avaliação Nacional das Comissões Intergestores Bipartites (CIBs): As CIBs e Os Modelos de Indução da Regionalização no SUS" - ENSP/FIOCRUZ e FM/USP.

5.3. Características da implementação do processo de regionalização em saúde nos estados: institucionalidade, governança, impactos e inovações institucionais

Institucionalidade da regionalização

Como já enfatizado, uma determinada institucionalidade da regionalização no plano estadual é conformada pela existência de estratégias, políticas e projetos, compreendendo construções cognitivas e regras normativas integrantes de processo

regulatório que, ao mesmo tempo, contém e modela o comportamento social.

A institucionalidade do processo de regionalização pode ser aferida pelo histórico da regionalização, robustez e conteúdo do desenho da regionalização (territorialidade) e ainda pela capacidade de introdução de estratégias de planejamento e regulação, voltada para coordenação de ações e serviços e intervenções sanitárias em âmbito regional. As estratégias são importantes também para alcançar níveis mais altos de efetividade, a definição e implantação de mecanismos de financiamento/investimentos voltados para a

regionalização.

O papel das secretarias estaduais na condução do processo e a maturidade e robustez técnica e política de suas instâncias regionais também influenciam o processo, além da prioridade conferida à estratégia da regionalização na agenda da política no plano estadual. Por isso podemos considerar três estágios (incipiente, parcial e avançada) segundo o desenvolvimento conjunto de normas, estratégias, projetos e incentivos

voltados para regionalização.

Governança da regionalização

O uso diferenciado das palavras governo e governança se apóia na noção de que os campos de um e outro são diversos: assuntos públicos (governo) e coletivos (governança). Nesse último caso, a decisão não é baseada na ordem ou na hierarquia (governo), mais bem na negociação (governança) e a finalidade é a diversidade (governança) e não somente a unidade (governo). De forma mais ou menos consensual, uma série de novos atributos foram colocados no conceito de governança para dar conta da ação de governar em um mundo complexo, conformado por autoridades

independentes e com grande grau de autonomia.

A governança é um conceito mais amplo do que o de governo, pois inclui além dos mecanismos governamentais, dispositivos informais, não governamentais, pelos quais

Avaliação Nacional das Comissões Intergestores Bibartites (CIBs): as CIBs e os Modelos de Indução da Regionalização no SUS

pode ser guiada a ação coletiva<sup>13</sup>. Nesse sentido, a governança pode ser entendida como um sistema de regras que se apóia em um jogo de relações, envolvendo atores públicos e privados, nos quais indivíduos e instituições expressam seus próprios interesses e esses podem ser organizados segundo alguns objetivos comuns (negociados), de forma a estabelecer elos e redes entre esses mesmos atores e instituições.

O uso do conceito para a área da saúde e em específico para o processo de regionalização pode ser defendido pelas próprias características dos sistemas de saúde atuais, onde a fronteira do público e do privado ficou tênue. Além disso, do ponto de vista territorial, se conformam complexos e redes específicas de saúde com dinâmicas próprias, muitas vezes pouco ou quase nada subordinadas às regras nacionais ou gerais, tendo em vista o grau de autonomia em que operam.

Do ponto de vista regional, por outro lado, esse *mix* público-privado constrói inúmeras instâncias não oficiais de negociação e define objetivos comuns, muitas vezes não identificados e incluídos nos mecanismos públicos de planejamento.

Outro aspecto importante que justifica o uso do conceito para a área da saúde é a idéia de que o interesse geral não está mais inscrito de forma cabal na ação pública, mas necessita de um processo permanente de construção multiforme e aberta. O interesse pode ser construído, portanto, na forma de negociações em rede, com a finalidade de coordenar ações coletivas, implicando na definição de objetivos e meios, sistema de valores e lógicas de interesse, através de processos de negociação e de interação sistemáticos.

A aplicabilidade do conceito ao processo de negociação em saúde, de forma a organizar a ação coletiva de um poderoso *mix* público e privado, disperso territorialmente, heterogêneo do ponto de vista dos atores, com graus variados de recursos, pode ser extremamente útil, pois possibilita que se conheça e analise diferentes modalidades e padrões de governança.

Para tanto, a dimensão governança observa a diversidade de atores e o seu peso no processo, bem como do estabelecimento de mecanismos de coordenação, além da natureza e tipos de relacionamento entre os atores presentes na estratégia da regionalização. A importância da CIB e o seu papel estratégico (ou não) no processo também é um elemento que auxilia o estabelecimento de tipos específicos de

governança, bem como os padrões de relacionamento entre os governos (estaduais e municipais) que podem ser observados nos espaços regionais.

municipais) que podem ser observados nos espaços regionais.

Como resultado da pesquisa, a dimensão governança foi tipificada em 5 padrões de

ocorrência: coordenada / cooperativa; cooperativa; coordenada /conflitiva; conflitiva;

indefinida.

A governança coordenada /cooperativa é aquela que estabelece uma direção para o

processo de regionalização com definição de metas e objetivos específicos e há uma

relação de cooperação entre os atores (principalmente os governamentais).

Já a cooperativa opera sem coordenação explícita sendo fraco os mecanismos de

coordenação seja pelo estado ou por outro ator/instituição presente na política de

regionalização, sendo também débil e mais formalista o papel da CIB.

A governança coordenada /conflitiva expõe um caso onde apesar de existir um comando

claro no processo, há muitos conflitos entre os atores e são fracos os mecanismos de

concertação.

Por fim o tipo conflitivo pressupõe conflitos sem coordenação.

Impactos e Inovações Institucionais da regionalização

Pode-se aferir o impacto quando há registro de mudanças nas formas de funcionamento

dos sistemas estaduais, na coordenação intergovernamental ou ainda nas estruturas e

papel da esfera estadual. Também podem ser observados impactos nas capacidades e

formas de organização dos cidadãos, dos agentes provedores, enfim, de todas novas

formas associativas decorrentes ou induzidas pelo processo de regionalização. Os

impactos podem ser radicais, incrementais, embrionários ou ausentes, levando-se em

conta o ponto de partida, a intensidade e as velocidades das mudanças.

O Quadro 3 a seguir resume as principais dimensões e elementos que caracterizam o

processo de regionalização nos estados.

Avaliação Nacional das Comissões Intergestores Bibartites (CIBs): as CIBs e os Modelos de Indução da Regionalização no SUS

20

Quadro 3. Características da implementação do processo de regionalização em saúde nos estados

Dimensões	Detalhamento (variáveis/indicadores-chave)	Tipos
Institucionalidade da regionalização	<ul> <li>(variáveis/indicadores-chave)</li> <li>Histórico da regionalização e robustez/conteúdo do desenho da regionalização (territorialidade)</li> <li>Definição/implantação de estratégias de planejamento e regulação voltadas para coordenação de ações, serviços e intervenções sanitárias em âmbito regional</li> <li>Definição/implantação de mecanismos de financiamento/investimentos voltados para a regionalização</li> <li>Papel da SES na condução da regionalização: estruturas de coordenação definidas, existência de estratégias políticas,</li> </ul>	-Avançada -Intermediária -Incipiente
Governança da regionalização	importância da regionalização na agenda governamental  - Diversidade de atores e instâncias com peso na regionalização  - Existência de mecanismos de coordenação das ações conduzidas pelos atores com peso na regionalização  - Natureza das relações entre os atores governamentais  - Importância da CIB na regionalização	- Coordenada/cooperativa - Cooperativa - Coordenada/conflitiva - Conflitiva - Indefinida
Impactos/inovações institucionais	- Existência de mudanças no sistema estadual, na coordenação intergovernamental, nas estruturas e no papel do Estado	- Radicais - Incrementais - Embrionários - Ausentes

Fonte: Pesquisa "Avaliação Nacional das Comissões Intergestores Bipartites (CIBs): As CIBs e Os Modelos de Indução da Regionalização no SUS" – ENSP/FIOCRUZ e FM/USP.

#### Tipologia dos processos de regionalização

É possível estabelecer uma tipologia do processo de regionalização nos estados brasileiros, tendo como referencia dois tipos polares: governança com governo e governo sem governança.

O primeiro evidencia um processo onde há maturidade da regionalização e o estabelecimento de um quadro institucional estável de integração entre os atores; no outro limite, um processo incipiente de regionalização que não foi capaz de induzir

processos mais coordenados e cooperativos, com grande indefinição do papel dos atores e dos arranjos possíveis de serem articulados.

O primeiro é o tipo ideal e, o outro, a evidência de uma situação onde a política de regionalização apresenta todas as suas fragilidades ao não conseguir mobilizar atores estratégicos, do ponto de vista regional, de forma a incrementar as capacidades técnicas, institucionais e políticas em prol da regionalização.

Entre esses dois extremos, há a possibilidade de inúmeras combinações intermediárias, obtidas através de diferentes estágios de implementação da regionalização e de diversos padrões de governança, como pode ser visto no Quadro 4 resumo.

Quadro 4. Tipos polares da regionalização e situações intermediárias

Institucionalidade da regionalização	Avançada	Intermediária	Incipiente
Governança da regionalização	_		
Coordenada/cooperativa	Governança com governo		
Cooperativa			
Coordenada/conflitiva			
Conflitiva			
Indefinida			Governo sem governança

Fonte: Pesquisa "Avaliação Nacional das Comissões Intergestores Bipartites (CIBs): As CIBs e Os Modelos de Indução da Regionalização no SUS" – ENSP/FIOCRUZ e FM/USP.

# 6. DINÂMICA E INTERAÇÃO DAS CIBS COM OS PROCESSOS DE REGIONALIZAÇÃO EM SAÚDE NOS ESTADOS

#### 6.1. Dinâmica das CIB

Os modos de operação das CIBs e sua importância para a regionalização foram apreendidos por meio de quatro dimensões principais: institucionalidade, conteúdo das negociações intergovernamentais, processo político e padrões de relacionamento, e capacidade de atuação da CIB. As variáveis mais relevantes e os tipos propostos para classificação das CIBs em cada dimensão são descritos a seguir.

#### Institucionalidade da CIB

A institucionalidade da CIB é fruto de um determinado modo de organização e funcionamento em que é possível verificar a existência de estruturas permanentes para processamento técnico-político dos temas e assuntos que são objeto da negociação intergovernamental (Câmaras Técnicas, Grupos de Trabalho, ou estruturas similares). Também é decorrente de um padrão regular de funcionamento de sua plenária e estruturas de organização interna, bem como da existência de representatividade regional (por meio da escolha de representantes ou do funcionamento regular de instâncias regionais). Reflete, ainda, sua legitimidade como instância de negociação e decisão técnico-política para os governos estaduais e municipais.

Na pesquisa foi possível classificar as CIBs como tendo uma institucionalidade avançada, intermediária ou incipiente considerando as variáveis acima descritas.

#### Conteúdo das negociações intergovernamentais na CIB

No que se refere ao conteúdo das negociações na CIB foram observados diferentes padrões relacionados à: (1) diversidade dos temas tratados nas reuniões (padrão diversificado ou restrito); (2) presença de assuntos próprios ao estado, isto é, que envolvem questões inerentes à política estadual, às regiões e seus municípios ou capacidade de adaptação das políticas definidas nacionalmente à realidade estadual (temática aderente ou não aderente à realidade estadual); (3) construção conjunta da agenda com relativo equilíbrio de poderes entre os municípios e o governo estadual (agenda compartilhada ou não compartilhada).

#### Processo político e padrões de relacionamento da CIB

O processo político e padrões de relacionamento foram apreendidos considerando tanto as relações intergovernamentais (governos estaduais e municipais) na CIB e as relações estabelecidas entre a CIB e o CES, dada a importância prevista para ambas as instâncias na política de saúde em âmbito estadual.

Considerou-se tanto o padrão como a intensidade dos relacionamentos (intergovernamentais, entre a CIB e o CE), ressaltando-se a predominância de convergência ou divergência de visões e interesses (padrão predominantemente cooperativo ou conflitivo; cooperativo/conflitivo) e a regularidade ou formalidade com que são estabelecidos os relacionamentos (restritos, formalistas e interativos).

#### Capacidade de atuação da CIB

Por fim, foi ponderada a capacidade da CIB de propiciar processos de formulação e implementação de políticas mais articulados e voltados para a realidade estadual, bem como de estabelecer processos de parcerias entre os governos estaduais e municipais para a solução de problemas loco-regionais. A capacidade de atuação da CIB foi avaliada como elevada, moderada ou baixa.

O Quadro 5 sistematiza as principais dimensões e elementos que caracterizam a dinâmicas das CIBs nos estados.

Quadro 5. Dinâmica das CIBs nos estados

Dimensões	Detalhamento	Tipos
	(variáveis/indicadores-chave)	•
Institucionalidade da CIB	- Presença de instâncias de	-Avançada
	integração e processamento técnico-	-Intermediária
	político dos temas tratados (ex:	-Incipiente
	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 representatividade	
	regional (por meio da escolha 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)	
Conteúdo das negociações	- Diversidade da temática	- Diversificada ou restrita
intergovernamentais na	- Presença de assuntos/questões	- Aderente ou não aderente
CIB	relacionados ao estado (próprios do	- Compartilhada ou não
	estado, das suas regiões e seus	compartilhada
	municípios); capacidade de	
	adaptação à realidade estadual	
	- Construção conjunta da agenda com	
	relativo equilíbrio de poderes entre	
	os municípios e o governo estadual	
	(compartilhada)	

Dimensões	Detalhamento	Tipos
	(variáveis/indicadores-chave)	_
Processo político e	- Padrão e intensidade das relações	- Relações
padrões de	intergovernamentais:	intergovernamentais
relacionamento	predominância de convergência ou	(RIGs): cooperativas,
	divergência de visões e interesses	conflitivas,
	(predominantemente cooperativas ou	cooperativas/conflitivas;
	conflitivas) ou não existência de	restritas, formalistas ou
	padrão preponderante com presença	interativas.
	de conflito e cooperação	- Relações entre a CIB e o
	(cooperativas/conflitivas);	CE (CIB-CES):
	irregulares ou pouco frequentes	cooperativas, conflitivas,
	(restritas), associadas a	cooperativas/conflitivas;
	procedimentos formais (formalistas),	restritas, formalistas ou
	dinâmicas, intensas e abrangentes	interativas.
	(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 frequentes	
	(restritas), relacionadas a temas de	
	interesses específicos ou exigências	
	legais e normativas (formalistas),	
	regulares e abrangentes (interativas).	
Capacidade de atuação da	- Capacidade de formulação e	- Elevada
CIB	implementação de políticas	- Moderada
	- Capacidade de gerar coordenação	-Baixa
	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.)	

Fonte: Pesquisa "Avaliação Nacional das Comissões Intergestores Bipartites (CIBs): As CIBs e Os Modelos de Indução da Regionalização no SUS" – ENSP/FIOCRUZ e FM/USP.

#### 6.2. Interação da CIB com o processo de regionalização em saúde nos estados

Pode-se aferir as inter-relações existentes entre a CIB e o processo de regionalização por meio de cinco dimensões: direcionalidade da interação, papel desempenhado pela CIB no processo de regionalização, influências recíprocas (perceptíveis na CIB e na regionalização), e presença da regionalização na agenda de discussão da CIB.

A direcionalidade da interação é de mão-dupla quando tanto a CIB quanto o processo de regionalização influenciam-se mutuamente. Por outro lado, a direcionalidade pode ser predominantemente CIB-regionalização ou regionalização-CIB frente às diferenças nos graus de institucionalidade dos mesmos.

A CIB pode desempenhar um papel orientador/facilitador da regionalização quando traça rumos e diretrizes para o processo, sendo o mesmo conduzido de forma mais ou menos articulada por estados e municípios nos espaços regionais. O papel é consolidador quando permite a sistematização e a pactuação técnico-política final de determinadas negociações estabelecidas em âmbito regional.

Uma função mais avançada da CIB é perceptível quando esta adquire um caráter claramente indutor da regionalização, definindo novas regras, estratégias e instrumentos, ampliando e mobilizando atores regionais e dando maior sustentabilidade ao processo. O papel indutor é também observado quando a CIB permite a consolidação de uma determinada cultura de negociação intergovernamental e a criação de um ambiente institucional mais estável nos espaços regionais. Observa-se que a constituição e a antiguidade das estruturas regionais das CIBs nos estados tendem a favorecer um papel mais avançado destas instâncias na regionalização.

Os fatores de influência da interação podem ser verificados tanto na CIB como no processo de regionalização. Na CIB, a regionalização tende a provocar mudanças nas formas de organização e operação, na representatividade, no conteúdo das negociações intergovernamentais, no processo político e nos padrões de relacionamento (predominantemente intergovernamentais). Na regionalização, a CIB pode interferir no desenho da regionalização, nas estratégias e instrumentos da regionalização, nas estruturas de pactuação e coordenação regional, no padrão de relações intergovernamentais.

Por último, a interação também pode ser verificada na maior ou menor presença das estratégias e instrumentos que envolvem a regionalização na agenda de discussão das CIBs.

O Quadro 6 resume as dimensões e variáveis identificadas na pesquisa.

Quadro 6. Formas e resultados da interação da CIB com o processo de regionalização em saúde nos estados

Dimensões	Detalhamento	Tipos
D: : 111 : :	(variáveis/indicadores-chave)	CID : 1: ~
Direcionalidade da - Direção e influência predominante		-CIB-regionalização
interação		-Regionalização-CIB
		-Mão-dupla
D. 1.1 CID	D C' : ~ 1	-Indefinido
Papel da CIB na	- Definição de rumos e diretrizes	- Indutor
regionalização	para o processo	- Orientador/facilitador - Consolidador
	- Definição de novas regras,	- Consolidador - Indefinido
	estratégias e instrumentos	- Indefinido
	- Ampliação e mobilização de atores	
	regionais	
	- Criação de ambiente institucional estável no espaço regional	
	- Fortalecimento de cultura de	
	negociação intergovernamental nos	
	espaços regionais (presença e	
	antiguidade das CIBs regionais)	
Fator de influência na	- Dimensões e variáveis de influência	- Formas de organização e
CIB	da regionalização na CIB	operação
CID	da regionanzação na CIB	- Representatividade
		- Conteúdo das negociações
		intergovernamentais
		- Processo político e
		padrões de relacionamento
		- Não identificado
Fator de influência na	- Dimensões e variáveis de influência	- Desenho da
regionalização	da CIB na regionalização	regionalização
,		- Estratégias e instrumentos
		da regionalização
		- Estruturas de pactuação e
		coordenação regional
		- Relações
		intergovernamentais
		- Não identificado
Presença da	- Freqüência e regularidade das	- Elevada
regionalização na agenda	discussões relativas ao processo de	- Moderada
de discussão da CIB	regionalização	-Fraca

Fonte: Pesquisa "Avaliação Nacional das Comissões Intergestores Bipartites (CIBs): As CIBs e Os Modelos de Indução da Regionalização no SUS" – ENSP/FIOCRUZ e FM/USP.

#### 7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- <sup>1</sup> Bankauskaite V, Dubois HFW, Saltman RB. Patterns of decentralization across European health systems. In: Saltman RB, Bankauskaite V, Vrangbaek K, organizadores. *Decentralization in health care: strategies and outcomes*. England: Open University Press; 2007. p. 22-43.
- <sup>2</sup> Bifulco L. Strumenti in bilico: il Welfare locale in Italia tra frammentazione e innovazione. In: Lacoumes P. e Galés P. *Gli strumenti per governare*. Italia: Bruno Mondadori; 2009. p. 283-305.
- <sup>3</sup>Almeida MHT. Federalismo, democracia e governo no Brasil: idéias, hipóteses e evidências. *Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais (BIB)*, 2001; 51: 13-34.
- <sup>4</sup>Abrucio FL. A coordenação federativa no Brasil: a experiência do período FHC e os desafios do governo Lula. *Revista de Sociologia Política* 2005; 24:41-67.
- <sup>5</sup> Viana ALD, Lima LD, Oliveira RG. Descentralização e federalismo: a política de saúde em novo contexto lições do caso brasileiro. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 493-507, 2002.
- <sup>6</sup> Viana ALD *et al*. Sistema de saúde universal e território: desafios de uma política regional para a Amazônia Legal. *Cad. Saúde Pública* 2007; 23 (Suppl.2): S117-S131.
- <sup>7</sup> Viana ALD, Fausto MC, Lima LD. Política de saúde e equidade. *São Paulo em Perspectiva* 2003, 17 (1): 58-68.
- <sup>8</sup> Ham C, Hill M. *The Policy Process in the Modern Capitalist State*. Hertfordshire: Haverster Wheatsheaf; 1993.
- <sup>9</sup> Pierson P. *Politics in time*. Princeton: Princeton University Press; 2004.
- <sup>10</sup> Thelen K, Steinmo S, editors. *Structuring Politics. Historical Institucionalism in Comparative Analysis*. Cambridge: Cambridge University Press; 1992.
- <sup>11</sup> Scott RW. Institutions and Organizations. Sage Publ Series. Thousand Oaks; 1995: 178 pp. *Passim*.
- <sup>12</sup> Denis J-L *et al.* Reforme et gouvernance en santé: L'attrait pour un managérialization de l'action publique. In: Labourier P. *Reforme en santé et en justice: Le droit et la governance*. Montréal: Les Presses de L'Université Laval; s/d.
- <sup>13</sup> Defarges PM. La Gouvernance. Paris: PUF; 2008.

8. ANEXOS

Anexo 1: Matriz de referência para elaboração de instrumentos de coleta e análise de informações (módulos 1 e 2 da pesquisa)

Módulo 1 – map	Módulo 1 – mapeamento e configuração dos modelos de regionalização em saúde nos estados			
DIMENSÕES	VARIÁVEIS	INDICADORES		
Institucionalidade regionalização	da – Histórico da regionalização	<ul> <li>Origens e evolução do processo de regionalização</li> <li>Determinantes e condicionantes políticos da trajetória da regionalização</li> <li>Relações existentes com o processo de descentralização</li> <li>Relações existentes com outras políticas públicas</li> <li>Continuidades e rupturas ao longo do tempo</li> <li>Mudanças relacionadas ao pacto pela saúde, incluindo aquelas relacionadas ao processo de descentralização</li> </ul>		
	<ul> <li>Desenho da regionalização</li> </ul>	<ul> <li>Número e tipos de recortes utilizados na regionalização (macro, micro; abrangência territorial e populacional)</li> <li>Critérios para a definição das regiões de saúde (porte populacional, oferta e complexidade de serviços de saúde, fluxos populacionais, rede viária, parcerias entre municípios, geográfico, epidemiológico, identidades regionais, dinâmica econômica e social)</li> <li>Fatores determinantes ou estratégicos para o desenho regional</li> <li>Consideração de dinâmicas particulares (regiões metropolitanas, áreas de divisas, fronteiras, áreas de preservação ambiental, reservas indígenas)</li> <li>Existência de outras políticas de corte regional e interfaces com a saúde</li> </ul>		
	<ul> <li>Finalidades e escopo da regionalização</li> </ul>	<ul> <li>Finalidades da regionalização: ampliação do acesso às ações e serviços de saúde; combate às desigualdades sociais regionais; desenvolvimento regional</li> <li>Escopo da regionalização - voltada para a organização da rede de serviços de saúde; para o conjunto das políticas de saúde (vigilâncias, formação); envolvimento de outras redes ou equipamentos sociais</li> <li>Interfaces entre a definição de regiões de saúde e conformação de espaços de negociação e decisão regional com a organização de redes</li> </ul>		

- Es	stratégias políticas da regionalização	<ul> <li>Inserção e interfaces da regionalização da saúde em outras políticas governamentais no âmbito do estado</li> </ul>
		<ul> <li>Lugar da regionalização na agenda principal da política estadual de saúde</li> <li>Participantes do processo de regionalização</li> <li>Relacionamento entre a SES e o MS no processo de regionalização</li> <li>Relação entre o processo de regionalização no estado com outras políticas federais com enfoque territorial</li> </ul>
	lanejamento e regulação da egionalização	regionalização da saúde no estado  Interfaces da regionalização com estratégias de regulação  Existência de instrumentos de organização e acompanhamento de fluxos de pessoas (centrais de agendamento, leitos e regulação; cartão de saúde, tratamento fora de domicílio)  Existência de estratégias de contratualização de prestadores públicos e privados  Existência de sistema de logística para a regionalização (compras, transporte de insumos,
– Fi	inanciamento regional	<ul> <li>materiais coletados para exames)</li> <li>Existência de estratégias voltadas para a contratação, distribuição ou lotação de profissionais de saúde para atendimento de necessidades regionais</li> <li>Problemas e conflitos relacionados ao planejamento e a regulação no estado</li> <li>Existência de investimentos regionais (origem, tipos e finalidades)</li> <li>Existência de recursos financeiros voltados para a qualificação profissional (origem, tipos e finalidades)</li> <li>Existência e tipos de mecanismos de distribuição de recursos financeiros compatíveis com a regionalização (critérios e finalidades) (ex: PPI)</li> <li>Alocação de recursos destinados à compensação de desigualdades regionais (origem e critérios utilizados)</li> <li>Existência de fundos regionais de recursos (consórcios de saúde, fundos estaduais compensatórios, outros fundos)</li> <li>Existência de incentivos à regionalização</li> </ul>

Governança da regionalização	_	Estruturas de integração e ge regional	estão	Tipos de instâncias de planejamento e gestão governamental presentes nas regiões de saúde (ex: CIBs regionais, CGR, consórcios intermunicipais, estruturas de representação regional da SES, CIES)  Formalização, atribuições e modos de funcionamento das instâncias regionais  Papel das instâncias regionais no processo de regionalização  Processo de implantação e funcionamento dos Colegiados de Gestão Regional no estado  Presença e características dos consórcios de saúde no estado  Papel da SES junto aos consórcios  Papel dos consórcios na regionalização em curso (incluindo mudanças observadas)
	_	Papel da CIB na regionalização	- - -	Atribuições e influências da CIB no processo de regionalização Influências do processo de regionalização sobre a CIB Relações existentes entre a CIB e as instâncias regionais (CIBs regionais, CGR, estruturas regionais da SES, consórcios de saúde, CIES)
	_	Relações intergovernamentais	- -	Relações entre a SES e o COSEMS (conflitos e convergências) Relações intergovernamentais predominantes nas regiões de saúde (mecanismos de cooperação, parcerias, conflitos) Relações entre as instâncias governamentais nas regiões de saúde (articulação, sobreposições ou complementaridade de atribuições)
	_	Relações público-privadas	_	Influência do setor privado no processo de regionalização e nos planos regionais  Participação de representantes do setor privado no processo de regionalização (ex: participação nas instâncias regionais, influências sobre o processo decisório)
Impactos da regionalização	_	Mudanças institucionais		Mudanças observadas na gestão da política de saúde, na organização e na prestação da atenção à saúde, na atuação do estado, em relação aos poderes regionais existentes

Fonte: Pesquisa "Avaliação Nacional das Comissões Intergestores Bipartites (CIBs): As CIBs e Os Modelos de Indução da Regionalização no SUS" – ENSP/FIOCRUZ e FM/USP

Módulo 2 – Avaliação Nacional das CIBs					
DIMENSÕES	VARIÁVEIS	INDICADORES			
Institucionalidade da CIB	<ul> <li>Formas de organização interna operação da CIB</li> </ul>	<ul> <li>Tempo de existência da CIB no estado (a partir da data de implantação)</li> <li>Formalização da Secretaria Executiva da CIB</li> <li>Atribuições da Secretaria Executiva</li> <li>Vinculação administrativa da Secretaria Executiva da CIB</li> <li>Existência e data da última atualização do Regimento Interno vigente</li> <li>Existência, número e papel das câmaras técnicas/grupos de trabalho</li> <li>Existência e papel de Comissão de Integração Ensino-Serviços (CIES).</li> <li>Existência de sede própria (espaço físico definido para a Secretaria Executiva e realização de reuniões)</li> <li>Tipos de recursos disponíveis (financeiros, RH, materiais, etc.)</li> <li>Mecanismos utilizados para divulgação do calendário, convocações e pautas das reuniões (no estado e COSEMS)</li> <li>Tipos de instrumentos utilizados para registro das reuniões</li> <li>Mecanismos utilizados para divulgação dos registros das reuniões</li> </ul>			
	- Representatividade da CIB	<ul> <li>Modos e critérios utilizados para escolha dos representantes da SES e dos municípios</li> <li>Vigência dos mandatos dos representantes da CIB</li> <li>Critérios utilizados para escolha do Presidente da CIB e exercício efetivo da Presidência</li> <li>Composição predominante (estadual e municipal) no período</li> <li>Existência de mudanças na representação dos municípios e do estado no período</li> <li>Perfil dos representantes da CIB</li> <li>Atores participantes nas reuniões (além dos representantes da CIB)</li> <li>Presença do SES nas reuniões</li> <li>Assiduidade dos representantes do estado e municípios nas reuniões realizadas no período</li> <li>Número, periodicidade e regularidade das reuniões</li> <li>Existência de quórum para realização das reuniões</li> <li>Existência de ad referendum e situações em que é utilizado</li> </ul>			

Conteúdo das negociações intergovernamentais na CIB	<ul> <li>Principais influências sobre a agenda de discussão</li> </ul>	<ul> <li>Formas de definição da pauta (quem define a pauta; critérios utilizados e principais influências na definição da pauta)</li> <li>Atuação do COSEMS junto à CIB</li> <li>Atuação da SES junto à CIB</li> </ul>
	Temática predominante nas reuniões	<ul> <li>Principais temas abordados (exs: distribuição de recursos financeiros, qualificação dos municípios aos programas federais, adesão ao pacto pela saúde, regionalização, educação permanente, relação público-privado, sistemas de informação, etc.)</li> <li>Campos da atenção à saúde envolvidos na discussão (assistência à saúde; vigilância epidemiológica e controle de doenças; vigilância sanitária; desenvolvimento, produção e regulação de insumos para a saúde; formação e gestão de recursos humanos para a saúde, promoção da saúde e articulação intersetorial)</li> <li>Prioridade dada aos temas/metas do Pacto pela Vida</li> <li>Abrangência territorial dos temas tratados (nacional, macrorregional, estadual, regional, municipal, intramunicipal)</li> </ul>

Processo político e padrões de relacionamento na CIB	Natureza da interação intergovernamental na CIB	<ul> <li>Regras e lógica do processo decisório (como se dá a tomada de decisão: voto, consenso)</li> <li>Existência e tipos de estratégias de articulação/coordenação federativa (ex: mecanismos e instrumentos para preparação das reuniões, para repartição de responsabilidades, para processamento de impasses, para negociação política e estabelecimentos de acordos)</li> <li>Caráter predominante das relações intergovernamentais (conflitiva, cooperativa; marcada por divergências e desacordos ou por estratégias de negociação, pactuação, convergência e parceria)</li> <li>Tipos de relações entre os membros da CIB (regionais, técnico-políticas, político-partidárias, pessoais, corporativas)</li> <li>Tipos de conflitos presentes na CIB (entre estado e municípios; entre municípios; entre gestores e prestadores de serviços; entre o segmento público e privado)</li> <li>Principais motivos dos conflitos entre estado e municípios e entre os municípios (divergências políticas, econômico-financeiro, técnicas, etc.)</li> <li>Principais temas de consenso (entre estado e municípios, entre municípios)</li> </ul>
	<ul> <li>Natureza de interação da CIB com o CES</li> </ul>	<ul> <li>Existência e tipos de estratégias de articulação entre CIB e CES</li> <li>Relações predominantes entre a CIB e o CES (conflitiva, cooperativa; marcada por divergências e desacordos ou por estratégias de negociação, convergência e parcerias, tipos de conflitos predominantes)</li> </ul>

		Caráter das reuniões (informativo, consultivo, deliberativo)
Resultados da atuação	<ul> <li>Capacidade de formulação de políticas</li> </ul>	<ul> <li>Existência de agenda "própria" estadual e regional</li> </ul>
da CIB		<ul> <li>Existencia de agenda propria estaduar e regionar</li> <li>Tipos de definições e propostas da CIB (principais temas)</li> </ul>
		<ul> <li>Existência de documentos legais e normativos que formalizem as definições e propostas da</li> </ul>
		CIB
	<ul> <li>Capacidade de implantação de</li> </ul>	
	políticas	propostas da CIB
		Desdobramentos concretos (efetivos) das definições e propostas da CIB  Leta fações in da CIPS na definição da mémora a la calinação das CIPS na Fatada.
		<ul> <li>Interferência da CIB na definição do número e localização dos CIES no Estado</li> </ul>
	<ul> <li>Efeitos na coordenaçã intergovernamental</li> </ul>	- Estabelecimento no âmbito da CIB de acordos formais de cooperação entre gestores (inclu
		acordos do Pacto e outros)
	6	<ul> <li>Estabelecimento de parcerias para o enfrentamento de problemas do sistema de saúde</li> </ul>
		<ul> <li>Superação de conflitos previamente existentes</li> </ul>
CIB e regionalização	<ul> <li>Papel da CIB na regionalização</li> </ul>	<ul> <li>Atribuições e influências da CIB no processo de regionalização</li> </ul>
	r upor un CID nu regionanzação	<ul> <li>Participação dos responsáveis pela regionalização nas reuniões da CIB</li> </ul>
		<ul> <li>Influências do processo de regionalização sobre a CIB</li> </ul>
		<ul> <li>Papel da CIB na formulação e implementação de políticas de caráter regional</li> </ul>
		Lacunas relacionadas à regionalização da saúde no estado
	<ul> <li>Natureza da interação da CIB com as estruturas regionais</li> </ul>	<ul> <li>Tipos de relações existentes entre a CIB e as instâncias regionais (CIBs regionais, CGR estruturas regionais da SES, consórcios de saúde, CIES)</li> </ul>
E ( D : "		Relações existentes entre a CIB e outros atores de relevância regional no estado      artites (CIBs): As CIBs e Os Modelos de Indução da Regionalização no SUS" – ENSP/FIOCRUZ e

Fonte: Pesquisa "Avaliação Nacional das Comissões Intergestores Bipartites (CIBs): As CIBs e Os Modelos de Indução da Regionalização no SUS" – ENSP/FIOCRUZ e FM/USP

Anexos 2: Roteiros de entrevista e instrumento de coleta e análise de informações documentais das CIBs	





# Avaliação Nacional das Comissões Intergestores Bipartites (CIBs): as CIBs e os Modelos de Indução da Regionalização no SUS

Questionário voltado para o(a) Secretário(a) de Estado de Saúde

# IDENTIFICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO

Estado:	
Pesquisadores responsáveis:	
Data da entrevista://	2009.
Hora do início entrevista:h	min
Hora final da entrevista:h	min

## IDENTIFICAÇÃO E PERFIL DO(A) ENTREVISTADO(A)

Nome:	
Sexo:	
☐ feminino ☐ masculino	
Data do nascimento:	
Formação profissional (pro	fissão):
Cargo atual no estado	
a. Instituição	
b. Nome do cargo	
c. No cargo desde quando	
Experiência profissional an	terior:
Endereço profissional (lo cidade, UF):	ogradouro, número, complemento, CEP,
Telefone(s):	
E-mail:	

# ROTEIRO DE PERGUNTAS SOBRE A CIB E O PROCESSO DE REGIONALIZAÇÃO NO ESTADO

- 1. Qual a sua visão sobre o papel e atuação da CIB no estado?
- 2. Como tem sido a atuação da Secretaria de Estado de Saúde junto à CIB?

(verificar as influências da SES sobre a agenda e as discussões travadas na CIB; como a organização e funcionamento da SES repercute na CIB; etc.)

- 3. A CIB repercute na atuação da Secretaria de Estado de Saúde? De que forma?
- 4. Na sua opinião, os temas estratégicos para a política de saúde no estado são efetivamente negociados entre a Secretaria de Estado de Saúde e o COSEMS no âmbito da CIB? Por quê?
- 5. Que fatores têm favorecido ou dificultado o funcionamento da CIB como instância de negociação e pactuação intergovernamental no estado?
- 6. Como o Sr.(a) vê o atual processo de regionalização no estado?
- 7. Qual tem sido o papel da Secretaria de Estado de Saúde no processo de regionalização?
- 8. Qual a sua visão sobre a atuação do COSEMS no processo de regionalização?
- 9. Qual tem sido o papel da CIB na regionalização?
- 10. O processo de regionalização tem transformado o papel da CIB no estado? De que forma?

11. Como tem se dado o processo de conformação dos Colegiados de Gestão Regionais (CGRs)?

(para estados que não têm CGRs: como tem se dado o debate sobre a conformação dos CGRs no estado?)

12. Qual a relação dos CGRs com as demais instâncias regionais existentes (instâncias regionais da SES, CIBs regionais, consórcios intergovernamentais, etc)?

(para estados que não têm CGRs: como as instâncias regionais existentes têm visto a possibilidade de constituição dos CGRs?)

- 13. Como têm se dado as relações entre o COSEMS e a Secretaria de Estado de Saúde no processo de regionalização em curso? O(A) Sr.(a) observa mudanças nessas relações em função do atual processo? Por quê?
- 14. Como tem sido a participação dos profissionais de saúde e de suas organizações (conselhos de profissionais, cooperativas de profissionais) no processo de regionalização em curso?
- 15. Como tem sido a participação do setor privado (prestadores ao SUS, operadoras de planos privados e outros serviços privados) no processo de regionalização em curso?
- 16. Quais são os principais avanços, dificuldades e desafios do processo de regionalização da saúde em curso no estado?
- 17. Por favor, faca as considerações adicionais que o(a) Sr.(a) considera importante sobre o assunto.

Obrigado por sua participação!





# Avaliação Nacional das Comissões Intergestores Bipartites (CIBs): as CIBs e os Modelos de Indução da Regionalização no SUS

Questionário voltado para o(a) Presidente do COSEMS no estado (ou membro(a) da Diretoria do COSEMS participante da CIB).

# IDENTIFICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO

Estado:	
Pesquisadores Responsáveis: _	
Data da entrevista:/_	/ 2009.
Hora do início entrevista:	hmin
Hora final da entrevista:	_hmin

## IDENTIFICAÇÃO E PERFIL DO(A) ENTREVISTADO(A)

Nome:	
Sexo:	
☐ feminino ☐ masculino	
Data do nascimento:	_//_
Formação profissional (pro	ofissão):
Cargo atual no município	
a. Instituição	
b. Nome do cargo	
c. No cargo desde quando	
Cargo atual no COSEMS	
b. Nome do cargo	
c. No cargo desde quando	
Experiência profissional an	nterior:
Endereço profissional (lo cidade, UF):	ogradouro, número, complemento, CEP,
Telefone(s):	
E-mail:	

# ROTEIRO DE PERGUNTAS SOBRE A CIB E O PROCESSO DE REGIONALIZAÇÃO NO ESTADO

- 18. Qual a sua visão sobre o papel e funcionamento da CIB no estado?
- 19. Como tem sido a atuação do COSEMS junto à CIB?

(verificar as influências do COSEMS sobre a agenda e as discussões travadas na CIB; como a organização e funcionamento do COSEMS repercute na CIB; etc.)

- 20. A CIB repercute na atuação do COSEMS? De que forma?
- 21. Na sua opinião, os temas estratégicos para a política de saúde no estado são efetivamente negociados entre a Secretaria de Estado de Saúde e o COSEMS no âmbito da CIB? Por quê?
- 22. Que fatores têm favorecido ou dificultado o funcionamento da CIB como instância de negociação e pactuação intergovernamental no estado?
- 23. Como o Sr.(a) vê o atual processo de regionalização no estado?
- 24. Qual a sua visão sobre a atuação da Secretaria de Estado de Saúde no processo de regionalização?
- 25. Como tem se dado a atuação do COSEMS no processo de regionalização?
- 26. Qual tem sido o papel da CIB na regionalização?
- 27. O processo de regionalização tem transformado o papel da CIB no estado? De que forma?

28. Como tem se dado o processo de conformação dos Colegiados de Gestão Regionais (CGRs)?

(para estados que não têm CGRs: como tem se dado o debate sobre a conformação dos CGRs no estado?)

29. Qual a relação dos CGRs com as demais instâncias regionais existentes (instâncias regionais da SES, CIBs regionais, consórcios intergovernamentais, etc)?

(para estados que não têm CGRs: como as instâncias regionais existentes têm visto a possibilidade de constituição dos CGRs?)

- 30. Como têm se dado as relações entre o COSEMS e a Secretaria de Estado de Saúde no processo de regionalização em curso? O(A) Sr.(a) observa mudanças nessas relações em função do atual processo? Por quê?
- 31. Como tem sido a participação dos profissionais de saúde e de suas organizações (conselhos de profissionais, cooperativas de profissionais) no processo de regionalização em curso?
- 32. Como tem sido a participação do setor privado (prestadores ao SUS, operadoras de planos privados e outros serviços privados) no processo de regionalização em curso?
- 33. Quais são os principais avanços, dificuldades e desafios do processo de regionalização da saúde em curso no estado?
- 34. Por favor, faca as considerações adicionais que o(a) Sr.(a) considera importante sobre o assunto.

Obrigado por sua participação!





# Avaliação Nacional das Comissões Intergestores Bipartites (CIBs): as CIBs e os Modelos de Indução da Regionalização no SUS

Questionário específico para o(a) responsável atual pela regionalização no estado.

# IDENTIFICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO

Estado:		
Pesquisadores responsáveis:		
Data da entrevista:/ 2009.		
Hora do início da entrevista:hmin		
Hora final da entrevista:hmin		
Documentos a serem solicitados:		
☐ Plano Diretor de Regionalização (última atualização)		
☐ Plano Diretor de Investimentos (última atualização)		
☐ Programação Pactuada e Integrada (última atualização)		
☐ Plano Estadual de Saúde (última atualização)		
☐ Relatório de funcionamento dos CGRs		
☐ Regimento dos CGRs		

# IDENTIFICAÇÃO E PERFIL DO(A) ENTREVISTADO(A)

Nome:	
Sexo:  ☐ feminino ☐ masculino	
Data do nascimento:	
Formação profissional (pro	fissão):
Cargo atual	
a. Instituição	
b. Nome do cargo	
c. No cargo desde quando	
Experiência profissional an	terior:
Endereço profissional (lo cidade, UF):	ogradouro, número, complemento, CEP,
Telefone(s):	
E-mail:	

#### Estrutura do questionário (principais eixos temáticos)

#### Dimensão 1- Institucionalidade da regionalização

Histórico da regionalização Desenho da Regionalização Finalidades e escopo da regionalização Estratégias políticas da regionalização Planejamento e regulação da regionalização Financiamento regional

#### Dimensão 2- Governança da regionalização

Estruturas de integração e gestão regional Papel da CIB na regionalização Relações intergovernamentais Relações público-privadas

#### Dimensão 3- Impactos da regionalização

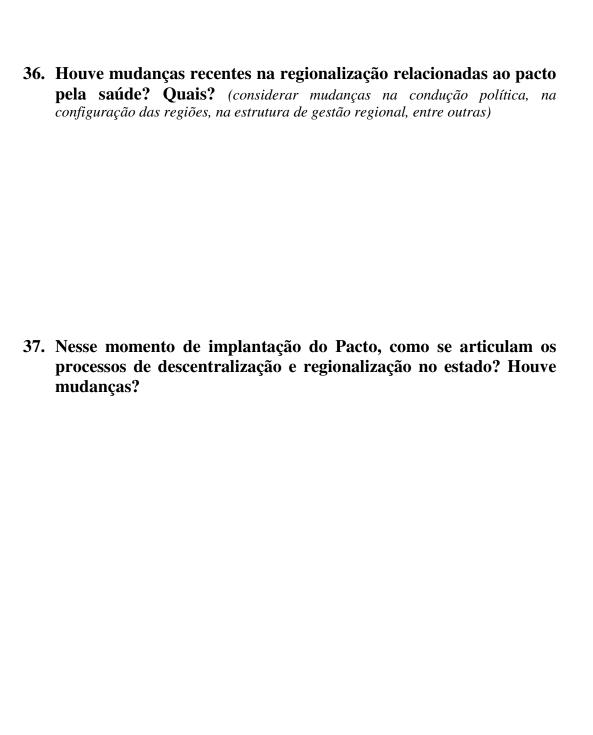
Mudanças institucionais

#### Dimensão 1 - Institucionalidade da regionalização

#### HISTÓRICO DA REGIONALIZAÇÃO

# 35. Fale sobre o histórico da regionalização da saúde no estado, considerando o período anterior ao pacto. Por favor, aborde:

- Origens do processo, incluindo experiências anteriores ao SUS (inicio e trajetória da configuração de regiões de saúde).
- Determinantes e condicionantes políticos da trajetória da regionalização (diretrizes nacionais, políticas estaduais, experiências locais, etc).
- Relações existentes com o processo de descentralização no estado.
- Relações existentes com outras políticas públicas.
- Continuidades e rupturas ao longo do tempo.

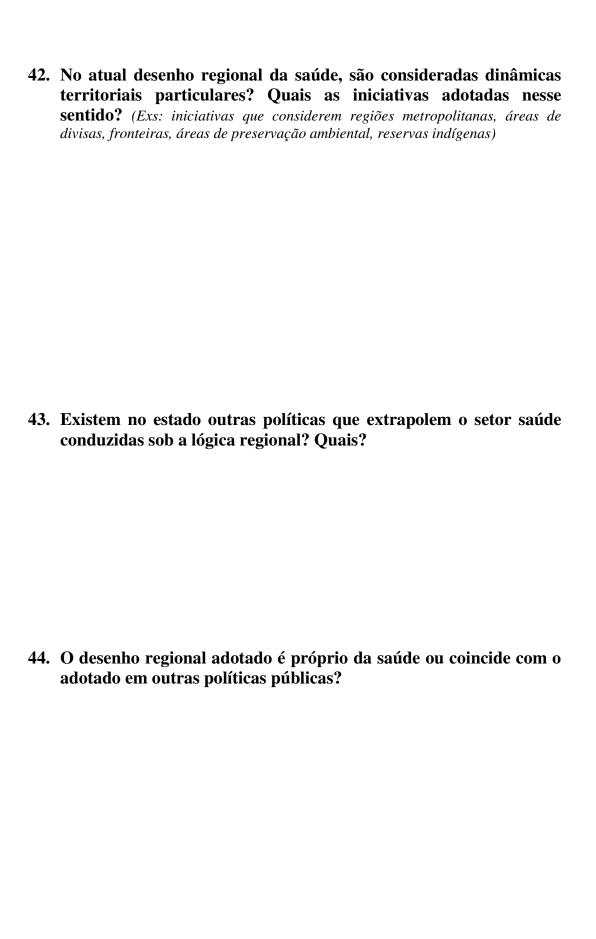


#### DESENHO DA REGIONALIZAÇÃO

[Solicitar mapa da regionalização; PDR]

38. Quais e quantos são os recortes territoriais utilizados adalmente na regionalização da saúde no estado?

39.	Quais os principais critérios adotados para a definição das regiões de saúde atuais no estado?
40.	Que elementos importantes da dinâmica estadual não foram considerados na definição das regiões de saúde?
41.	Existem fatores históricos e políticos que influenciaram o desenho dos recortes regionais atuais? Quais?



## FINALIDADES E ESCOPO DA REGIONALIZAÇÃO

45.	Quais as finalidades do atual processo de regionalização da saúde no estado?
46.	Que áreas da política da saúde têm sido contempladas no processo de regionalização em curso? (Exs: assistência à saúde, vigilâncias, formação de recursos humanos em saúde, contratações e gestão do trabalho, desenvolvimento e provisão de insumos)
47.	O processo de regionalização em curso contempla a organização de redes de ações e serviços de saúde? Quais? (conjunto da rede, níveis de complexidade, redes de serviços específicas, consideração de linhas de cuidados específicas, etc.)
48.	Existem iniciativas de construção de redes de atenção à saúde anteriores ou independentes do processo de regionalização em curso? Em caso positivo, quais e quem participa e financia essas redes?

<b>49.</b>	O processo atual de definição de regiões de saúde e conformação				
	de espaços de negociação e decisão de caráter regional tem sido				
	convergente ou apresenta tensões com as iniciativas de				
	organização de redes de atenção à saúde? Por quê?				

#### ESTRATÉGIAS POLÍTICAS DA REGIONALIZAÇÃO

50. O atual processo de regionalização da saúde se insere em uma política mais ampla do governo estadual? Qual e de que forma? (priorização de políticas regionais pelo estado; existência de planos de desenvolvimento regionais; destaque da regionalização da saúde em documentos ou planos estaduais)

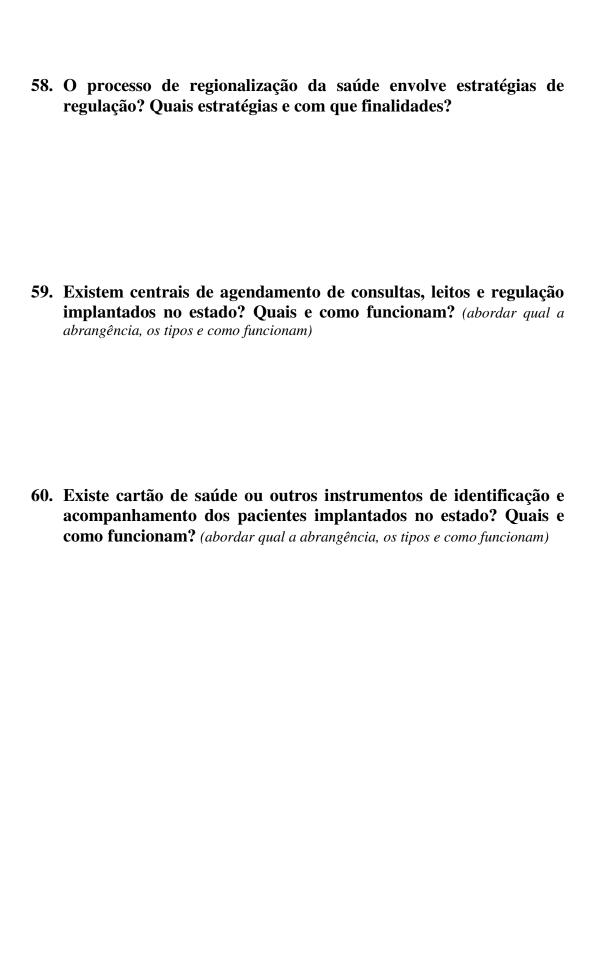
51. Que lugar a regionalização ocupa na agenda principal da política estadual da saúde? É uma estratégia prioritária ou ocupa um papel secundário se comparada a outras políticas estaduais? (considerar as prioridades da cúpula dirigente da SES e do governo estadual para a saúde)

52.	Como tem se dado a atuação da Secretaria de Estado de Saúde (SES) no processo de regionalização em curso? (condução do processo, áreas responsáveis e envolvidas, organização interna, articulação entre áreas)
53.	Além da SES, quem participa do atual processo de regionalização da saúde no estado? De que forma? (especificar dirigentes e técnicos das SMS, representantes de outras secretarias estaduais, conselhos de saúde, políticos, universidades e outras instituições de ensino e pesquisa, organizações profissionais, associações de prestadores)
54.	Como tem se dado o relacionamento entre a SES e o Ministério da Saúde (MS) no processo de regionalização? (participação do MS por meio de indução ou apoio, mecanismos de cooperação, incentivos e recursos mobilizados)
(con gran regio	Existe relação entre o processo de regionalização da saúde em curso no estado com políticas federais com enfoque territorial?  siderar iniciativas de diferentes áreas do governo federal. Ex: planos regionais, ades projetos de infra-estrutura, territórios da cidadania, políticas de integração conal na América Latina e para regiões de fronteiras, demarcação de território gena ou áreas de reserva ambiental, entre outros)

#### PLANEJAMENTO E REGULAÇÃO DA REGIONALIZAÇÃO

56. Como tem se dado o processo de planejamento regional da saúde no estado? Quais foram as principais estratégias e participantes desse processo? (considerar áreas/setores da SES, das SMS, outros atores)

57. Que instrumentos de planejamento atualmente orientam o
processo de regionalização da saúde no estado?
Plano Estadual de Saúde
Última atualização:/
Situação de implantação:
☐ Plano de Regionalização
Especifique:
Última atualização:/
Situação de implantação:
☐ Planos ou Projetos de Investimentos
Especifique:
Última atualização:/
Situação de implantação:
☐ Programação em Saúde
Especifique:
Última atualização:/
Situação de implantação:
Ontro (E., DDA)
Outros (Ex: PPA)
Especifique:
Última atualização:/
Situação de implantação:



61.	Existem estratégias relacionadas ao planejamento e regulação do tratamento fora de domicílio implantadas no estado? Quais e como funcionam? (abordar qual a abrangência, os tipos e como funcionam)
62.	Existem estratégias de contratualização de prestadores (públicos e privados) implantadas no estado que explicitem seu papel na rede? Quais e como funcionam?
63.	Existem estratégias de apoio logístico voltadas para a regionalização implantadas no estado? Quais e como funcionam? (Ex.: processos de compras em escala, transporte de insumos, materiais coletados para exames)
64.	Existem estratégias voltadas para contratação, distribuição ou lotação de profissionais de saúde para atendimento de necessidades regionais? Quais e como funcionam?

65.	Quais os problemas e conflitos relacionados ao planejamento e à regulação da saúde no estado? (nas relações público-privadas; nas relações intergovernamentais)
	FINANCIAMENTO REGIONAL
66.	No processo de regionalização em curso foram realizados investimentos voltados para as regiões de saúde? Especifique a origem dos recursos, os tipos e as finalidades (Ex.: construção de unidades, reformas, aquisição de equipamentos etc.)

incentivos	financeiros	com recu	rsos estadua	m implantados is específicos? incentivos e as

69. No processo de regionalização em curso foram implantados mecanismos de distribuição de recursos financeiros federais em função de critérios regionais/territoriais? Especifique os critérios utilizados e as finalidades. (Ex: revisão de tetos financeiros)

70. No processo de regionalização em curso foram alocados recursos destinados à compensação de desigualdades regionais? Especifique a origem dos recursos e quais foram os critérios adotados.

71. No processo de regionalização foram discutidos ou implantados fundos regionais? Especifique a origem dos recursos, os tipos e as finalidades. (Ex.: vinculados a consórcios de saúde, fundos estaduais compensatórios, outros fundos)

#### Dimensão 2 – Governança da Regionalização

#### ESTRUTURAS DE INTEGRAÇÃO E GESTÃO REGIONAL

72. Que instâncias de planejamento e gestão governamental estão presentes nas atuais regiões de saúde? Quais são suas atribuições e seu papel na regionalização?

[obter mapas com a localização das estruturas regionais]

			72
☐ <b>Estruturas de representação regiona</b> Especifique a denominação adotada:	al da SES		4
Ano de implantação:			
Possui instrumento legal ou normativo:	$\square$ sim	□ não	
Especifique instrumento: Atribuições e modo de funcionamento:			
Papel no processo de regionalização:			
☐ CIBS regionais			
Especifique a denominação adotada:  Ano de implantação:			
Possui instrumento legal ou normativo:	$\square$ sim	□ não	
Especifique instrumento:			
Atribuições e modo de funcionamento:			
Papel no processo de regionalização:			
☐ Colegiados de gestão regional			
Ano de implantação:			_
Possui instrumento legal ou normativo (f Especifique instrumento:	ormalização):	$\square$ sim	□ não
Atribuições e modo de funcionamento:			
Papel no processo de regionalização:			
☐ Outros (Ex: Comissão de Integração	o Ensino-Servi	ço)	
Especifique: Ano de implantação:			
Possui instrumento legal ou normativo (f	ormalização):	$\square$ sim	□ não
Especifique instrumento:			
Atribuições e modo de funcionamento:			
Papel no processo de regionalização:			

73.	Como tem sido o processo de implantação e funcionamento dos Colegiados de Gestão Regional no estado? (onde não há CGRs, perguntar como tem se dado o debate sobre a conformação dos mesmos no estado) (destaque a condução do processo, as estratégias utilizadas, fatores facilitadores e dificultadores)
74.	Existem consórcios de saúde no estado em funcionamento? Especifique quantos e quais são as suas principais características. (considerar natureza jurídica do consórcio: direito privado ou público; entes governamentais envolvidos, adaptação a nova legislação dos consórcios; abrangência territorial; finalidades da atuação).
75.	Qual o papel da Secretaria de Estado de Saúde junto aos consórcios? (Ex.: indução, financiamento, coordenação, monitoramento/avaliação, apoio)
76.	Qual o papel dos consórcios no atual processo de regionalização da saúde no estado? Houve mudanças?

## PAPEL DA CIB NA REGIONALIZAÇÃO

77.	Que papel a CIB tem desempenhado no processo atual de regionalização?
78.	O processo atual de regionalização tem modificado a forma de atuação da CIB no estado? De que maneira?
79.	A CIB tem favorecido ou dificultado o processo de regionalização em curso? Por quê?
80.	Como tem se dado a relação da CIB com as instâncias regionais existentes no estado (Ex.: representações regionais da SES, CIBs regionais, CGRs, CIES). Essas relações foram modificadas no processo de regionalização em curso? De que forma?

## RELAÇÕES INTERGOVERNAMENTAIS

81.	Como tem se dado a relação entre a SES e o COSEMS no processo de regionalização? Quais os principais conflitos e convergências?
82.	Em geral, como têm se dado as relações intergovernamentais no âmbito das várias regiões de saúde? Existem exemplos de parcerias? Quais são os principais conflitos e em que instâncias são resolvidos? (considerar aspectos políticos e/ou técnicos que influenciam essas relações, considerar os conflitos e exemplos de cooperação e parcerias)
83.	Como têm se dado as relações entre as diversas instâncias governamentais nas regiões de saúde (regionais da SES, CGRs, CIBs regionais, CIES)? Existem articulações, sobreposições ou complementaridade de atribuições?

#### RELAÇÕES PÚBLICO-PRIVADAS

84. O setor privado tem influenciado o processo de regionalização em curso? De que forma? (considerar prestadores privados credenciados ao SUS, setor filantrópico, operadoras de planos de saúde, cooperativas profissionais)

85. O *mix* público-privado das regiões de saúde se expressa no planejamento regional e na programação de serviços? De que forma?

#### Dimensão 3 – Impactos da Regionalização

#### MUDANÇAS INSTITUCIONAIS

86.	O processo atual de regionalização tem propiciado mudanças na
	política de saúde? Quais? (considerar as mudanças relacionadas à gestão,
	organização e prestação da atenção à saúde)

87. De que forma a regionalização em curso altera a atuação da Secretaria de Estado de Saúde?

88. O processo de regionalização em curso possibilita a emergência de novos poderes regionais ou contribui para o fortalecimento dos poderes regionais existentes?

# CONSIDERAÇÕES FINAIS DO ENTREVISTADO

89.	Fazendo um balanço final, na sua visão, quais os principais avanços da regionalização em curso e quais as lacunas e os entraves desse processo no estado?
90.	Por favor, faça os comentários adicionais que considerar importantes sobre o assunto.
	Obrigado por sua participação!





# Avaliação Nacional das Comissões Intergestores Bipartites (CIBs): as CIBs e os Modelos de Indução da Regionalização no SUS

Questionário específico para o(a) Secretário(a) Executivo(a) da CIB ou cargo equivalente.

# IDENTIFICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO

Estado:
Pesquisadores responsáveis:
Data da entrevista:/ 2009.
Hora do início da entrevista:hmin
Hora do final da entrevista:hmin
Documentos a serem solicitados:
☐ Regimento Interno da CIB (última atualização)
☐ Composição da CIB (2007 a 2008)
☐ Pautas da CIB (2007 a 2008)
☐ Atas da CIB (2007 a 2008)
☐ Resoluções e outros instrumentos normativos da CIB (2007 a 2008)

# IDENTIFICAÇÃO E PERFIL DO(A) ENTREVISTADO(A)

Nome:	
<b>Sexo:</b> □ feminino	□ masculino
Data do nascimento:	
Formação profissional (pro	fissão):
Cargo atual	
a. Instituição	
b. Nome do cargo	
c. No cargo desde quando	
Experiência profissional an	terior:
Endereço profissional (lo cidade, UF):	ogradouro, número, complemento, CEP,
Telefone(s):	
E-mail:	

## Estrutura do questionário (principais eixos temáticos)

#### Dimensão 1- Institucionalidade da CIB

Formas de organização interna e operação da CIB Representatividade da CIB

## Dimensão 2- Conteúdo das negociações intergovernamentais na CIB

Principais influências sobre a agenda de discussão Temática predominante nas reuniões

## Dimensão 3- Processo político e padrões de relacionamento na CIB

Natureza da interação intergovernamental na CIB Natureza de interação da CIB com o CES

## Dimensão 4- Resultados da atuação da CIB

Capacidade de formulação de políticas Capacidade de implantação de políticas Efeitos na coordenação intergovernamental

## Dimensão 5- CIB e regionalização

Papel da CIB na regionalização Natureza da interação da CIB com as estruturas regionais

## Dimensão 1 Institucionalidade da CIB

# FORMAS DE ORGANIZAÇÃO INTERNA E OPERAÇÃO DA CIB

91.	Existe instrumento legal ou normativo de implantação da estado? Qual? (solicitar instrumento)	CIB no
	☐ Instrumento normativo (especifique tipo, nº e ano).	□ Não
	☐ Instrumento legal. (especifique tipo, nº e ano).	□ Não
92.	Ano de implantação da CIB no estado:	
93.	A Secretaria Executiva da CIB (ou similar) é formalizada?	
	☐ Sim. (especifique data de criação)	□ Não
94.	Quais as atribuições da Secretaria Executiva ou estrutura s (Assinale quantas opções forem necessárias)	imilar?
	☐ Elaboração e divulgação da pauta das reuniões	
	☐ Convocação dos participantes	
	☐ Preparação do material para subsidiar as reuniões	
	☐ Processamento e análise técnica dos temas a serem discutidos	
	☐ Preparação dos registros das reuniões (Ex. sumários, atas, outros)	
	☐ Divulgação dos registros das reuniões	
	☐ Divulgação das propostas e decisões da CIB	
	☐ Coordenação de grupos de trabalho (especifique)	
	☐ Outros. (especifique)	

95.	A Secretaria Executiva da CIB está ligada à estrutura administrativa da SES? De que forma?
	☐ Sim (especifique o modo de vinculação formal ou informal) ☐ Não
96.	Existe um regimento interno da CIB? Qual a última atualização
	feita no regimento? (solicitar regimento em vigor)
	$\square$ Sim (especifique data da última atualização) $\square$ Não
97.	A CIB conta com câmaras técnicas, grupos de trabalho ou similares? (Ex.: pareceristas, técnicos sobre temas específicos) Quantos?
	Quais?
	$\square$ Sim (especifique número, tipo, temas, caráter permanente ou temporário) $\square$ Não
98.	Qual o papel das câmaras técnicas, grupos de trabalho ou similares na CIB? Especifique individualmente.

99.	A CIB conta com uma Comissão de Integração Ensino-S (CIES ou similar)? Desde quando? □ Sim (especifique a data da criação)	<b>Serviço</b> □ Não
100	Qual o papel da Comissão de Integração Ensino-Serviç similar) vinculada à CIB?	ço (ou
101	.A CIB conta com espaço próprio de funcionamento?  ☐ Sim (Especifique sede administrativa, espaço para reuniões)	□ Não
102	a. A CIB conta com recursos próprios?  a. Financeiros.  □ Sim (especifique)	□ Não
	<ul> <li>b. Recursos humanos.</li> <li>□ Sim (especifique contratado, estatutário, vínculo a SES ou SMS)</li> </ul>	□ Não
	<ul><li>c. Materiais.</li><li>☐ Sim (especifique, por ex: computador, arquivos, etc.)</li></ul>	□ Não

reuniões?			
	Sim	Não	
Página na Internet			
E-mail			
I - Para os representantes			
II - Para todos os municípios			
Correio			
I - Para os representantes			
II - Para todos os municípios			
Outros (especifique)			
104. Quais os instrumentos de registro das reuniõe	es?		
	Sim	Não	
Sumários executivos			
Atas			
Gravações			
Outros (especifique)			
105.Como é feita a divulgação dos registros (ex reuniões da CIB?	: atas, s	sumários)	das
	Sim	Não	
Página na Internet			
E-mail			
I - Para os representantes			
II - Para todos os municípios			
Correio			
I - Para os representantes			
II - Para todos os municípios			
Outros (especifique )			

103. Como é feita a divulgação do calendário, convocações e pautas das

#### REPRESENTATIVIDADE DA CIB

- 106. Como foram escolhidos os representantes do estado na CIB no período de 2007 a 2008? (Ex.: critérios, ocupantes de cargos específicos, "membros-natos")
- 107. Como foram escolhidos os representantes dos municípios na CIB no período 2007 a 2008? (Ex.: Assembléia de municípios, definição por diretoria do COSEMS, indicação ou apoio direto do Secretário de Estado de Saúde)

108. Quais foram os critérios utilizados para definição dos representantes dos municípios na CIB no período 2007 a 2008?

Distribuição em função do porte populacional dos municípios. Especifique:	Sim	Não □
Distribuição em função do estágio dos municípios no processo de descentralização (Ex.: habilitação diferenciada dos municípios, adesão ao pacto). Especifique:		
Distribuição em função da localização regional (incluindo representação regional do COSEMS quando houver). Especifique:		
Distribuição em função da capacidade instalada dos municípios. (Ex: municípios pólo ou não. Especifique:		
Presença da capital		
Distribuição em função de critério político-partidário. Especifique:		
Distribuição em função do engajamento técnico-político dos Secretários. Especifique:		
Outros. Especifique:		

# 109. Qual a vigência dos mandatos dos representantes da CIB?

110.Quem é o presidente (titular) formalmente definido da CIB?
☐ Secretário de Estado de Saúde
☐ Subsecretário de Estado de Saúde
☐ Outro membro do estado indicado pelo Secretário de Estado de Saúde
(Especifique):
☐ Presidente do COSEMS.
☐ Outros (Especifique):
111.De forma geral, quem efetivamente coordenou as reuniões da CIB no período de 2007 a 2008?
☐ Secretário de Estado de Saúde.
☐ Subsecretário de Estado de Saúde.
☐ Outro membro do estado indicado pelo SES (especifique):
☐ Presidente do COSEMS.
☐ Outros (especifique):
112.Qual o número de assentos de cada esfera de governo na CIB no período de 2007 a 2008?
113. Houve mudanças na representação do estado e municípios na CIB no período de 2007 a 2008? Quais e por quê?

114.Quantas reuniões da CIB foram realizadas no período de 2007 2008?
Nº de reuniões ordinárias:
Nº de reuniões extraordinárias:
115.A CIB funcionou regularmente no período de 2007 a 2008?
Periodicidade:
Interrupções (especificar motivos)
116.O Secretário de Estado de Saúde participou regularmente da reuniões da CIB no período de 2007 a 2008? Com quassiduidade?
117. Além dos representantes formais do estado e municípios, quer mais participou das reuniões da CIB no período de 2007 a 2008?  (Assinale quantas opções forem necessárias)
☐ Secretários de outros municípios do estado.
☐ Técnicos dos municípios
□Outros dirigentes do estado
☐Técnicos do estado
□Dirigentes e técnicos do MS
□Conselheiros de Saúde
☐Representantes do Legislativo
□Prestadores privados
☐Membros das Instituições de Ensino e Pesquisa
□Outros (especifique).

118. Há exigência de quórum para realização de re Qual a regra vigente? (Registrar se a regra exige parida entre estado e municípios)		
□Sim Especifique:		□ Não
119. Existe previsão de <i>ad referendum</i> ? Em que aplicado? Esse procedimento foi frequente no per 2008?	_	
□Sim Especifique:		□ Não
Dimensão 2 Conteúdo nas negociações intergovernamenta	ais na (	CIB
PRINCIPAIS INFLUÊNCIAS SOBRE A AGENDA DE D	)ISCUS	SÃO
120.Quem participou da definição da pauta da CIB no período de 2007 a 2008?		
Membros da Secretaria de Estado de Saúde (especifique):	Sim	Não □
Membros do COSEMS (especifique):		
Secretaria Executiva da CIB (especifique):		
Outros (especifique):		

# 121. Como é o processo de definição da pauta da CIB?

(Registrar o modo de definição, as formas de discussão, os fluxos)

122.Em sua opinião, o que mais influenciou a pauta de discussão da CIB no período de 2007 a 2008? (Assinale quantas forem necessárias)
$\square$ Políticas específicas e demandas do Ministério da Saúde. (especifique):
☐ Demandas da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) (especifique):
☐ Demandas do CONASS(especifique):
☐ Demandas do CONASEMS (especifique):
☐ Agendas específicas da macrorregião "supraestadual" (especifique):
☐ Políticas específicas e demandas da SES (especifique):
☐ Políticas específicas e demandas de instâncias regionais do estado (especifique):
☐ Demandas específicas dos municípios (especifique):
☐ Demandas do Conselho Estadual de Saúde (especifique):
□Demandas dos prestadores privados de serviços (especifique):
☐ Demandas dos profissionais de saúde (especifique):
☐ Outros (especifique):
123.Na sua visão, como tem sido a atuação do COSEMS junto à CIB? O Sr.(a) considera que o COSEMS é politicamente e/ou tecnicamente forte no estado? Por quê?

# TEMÁTICA PREDOMINANTE NAS REUNIÕES

24.Quais foram os principais temas abordados nas reuniões da CI no período de 2007 a 2008?	В
25.Em sua opinião, os temas do Pacto pela Saúde foram priorizado	0S
na CIB no período de 2007 a 2008? Quais?	
26.Na sua opinião, os temas discutidos na CIB dizem respeito problemas de natureza predominantemente estadual, regional o municipal?	

## Dimensão 3 Processo político e padrões de relacionamento na CIB

## NATUREZA DA INTERAÇÃO INTERGOVERNAMENTAL NA CIB

127. Como se deu o processo decisório na CIB no período 2007 a 2008? (consenso, conflito, impasses, cooperação, negociação, cooptação)

# 128. Quais as estratégias adotadas para facilitar a interação intergovernamental na CIB no período 2007 a 2008?

(Assinale quantas opções forem necessárias)

☐ Discussão prévia dos temas entre os gestores (entre municípios, entre estado e municípios). Especifique:
☐ Processamento prévio dos temas por equipes técnicas. Especifique:
☐ Conformação de comissões especiais/grupos de trabalho específicos.
Especifique:
☐ Discussão prévia dos temas nas instâncias regionais (CIBs regionais, CGRs,
etc). Especifique:
☐ Interveniência de atores políticos relevantes. Especifique:
☐ Interveniência da SES. Especifique:
☐ Outros. Especifique:

129. Qual foi o caráter predominante das relações intergovernamentais na CIB no período de 2007 a 2008? (cooperativo, conflitivo)

130. Que relações foram predominantes entre os membros da CIB no período 2007 a 2008? (Assinale quantas opções forem necessárias)
<ul> <li>□ Regionais.</li> <li>Especifique:</li> <li>□ Técnico-políticas (baseada nas políticas públicas/princípios do SUS).</li> <li>Especifique:</li> <li>□ Político-partidárias.</li> <li>Especifique:</li> <li>□ Pessoais (clientelísticas)</li> <li>Especifique:</li> <li>□ Corporativas/grupos de interesses</li> <li>Especifique:</li> <li>□ Outros</li> <li>Especifique:</li> </ul>
131.Quais os principais conflitos que se expressaram na CIB no período de 2007 a 2008?
(Assinale quantas opções forem necessárias)
<ul> <li>□ Entre estado e municípios. Especifique:</li> <li>□ Entre municípios Especifique:</li> <li>□ Entre gestores do SUS e prestadores de serviços. Especifique:</li> <li>□ Entre o segmento público e o privado. Especifique:</li> <li>□ Outros. Especifique:</li> </ul>
132. Quais os principais motivos de conflitos intergovernamentais na CIB no período 2007 a 2008? (Assinale quantas opções forem necessárias)
<ul> <li>□ Econômico-financeiras. Especifique:</li> <li>□ Técnico-políticas. Especifique:</li> <li>□ Político-partidárias. Especifique:</li> <li>□ Interesses regionais. Especifique:</li> <li>□ Interesses coorporativos. Especifique:</li> <li>□ Interesses privados. Especifique:</li> <li>□ Outros. Especifique:</li> </ul>
133. Quais foram os principais temas de consenso no período 2007 a 2008?
Entre estado e municípios:
Entre municípios:

# NATUREZA DA INTERAÇÃO DA CIB COM O CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE (CES)

134. Como foram as relações entre a CIB e o CES no período de 2007 a 2008? (registrar as formas de cooperação e os conflitos; os fatores que propiciaram convergências e divergências; peso na definição da política, caráter consultivo ou deliberativo)

135. Que tipos de estratégias de articulação existiram entre a CIB e o CES no período de 2007 a 2008? (atendimento das demandas e deliberações do CES pela CIB, discussão das definições e propostas da CIB no CES, participação de membros do conselho na CIB ou de membros da CIB no conselho)

# Dimensão 4 – Resultados da atuação da CIB

# CAPACIDADE DE FORMULAÇÃO DE POLÍTICAS

136. Qual o caráter predominante das reuniões da 2007 a 2008?	CIB no período de
<ul> <li>☐ Informativo (especifique):</li> <li>☐ Consultivo (especifique):</li> <li>☐ Deliberativo (especifique):</li> <li>☐ Avaliativo (especifique):</li> <li>☐ Outros (especifique):</li> </ul>	
137. Quais foram as principais definições e pro período de 2007 a 2008? (registrar temas e principais	

# CAPACIDADE DE IMPLANTAÇÃO DE POLÍTICAS

139. Como foi feita a divulgação das deci 2007 a 2008?	sões da CIB n	o período	de
2007 11 20005	Sim	Não	
Imprensa Oficial			
Página na Internet			
E-mail			
I - Para os representantes			
II - Para todos os municípios			
Correio			
I - Para os representantes			
II - Para todos os municípios			
Outros (especifique abaixo)			
A divulgação é sistemática?			
140. Quais as estratégias e instrumentos ut das definições e propostas da CIB no p	_	_	ção
141. Quais os desdobramentos das definiç			
período de 2007 a 2008? (resoluções, ins propostas)	irumenios, ejeiios		ões e

## EFEITOS NA COORDENAÇÃO INTERGOVERNAMENTAL

- 143. Que tipos de acordos formais entre os gestores foram estabelecidos na CIB no período de 2007 a 2008? (Registrar mecanismos de contratualização; pactos por meio da assinatura dos termos de compromisso, etc.)
- 144.A CIB favoreceu o estabelecimento de parcerias intergovernamentais para o enfrentamento de problemas de saúde no período de 2007 a 2008? Quais?

145. A CIB favoreceu a superação de conflitos intergovernamentais no período de 2007 a 2008? Quais?

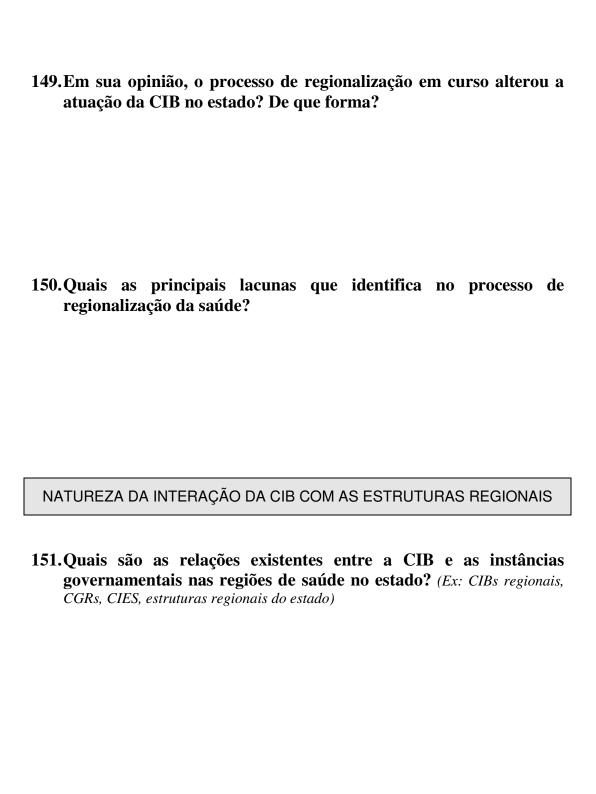
# Dimensão 5 - CIB e regionalização

## PAPEL DA CIB NA REGIONALIZAÇÃO

146.Em sua opinião, qual tem sido o papel da CIB no processo de regionalização no seu estado?

147. Quais aspectos da regionalização têm sido tratados na CIB? Quem geralmente traz a discussão da regionalização na CIB? (considerar como têm sido tratadas as estratégias e instrumentos da regionalização e como a CIB participa das definições relevantes relativas à regionalização – ex. conformação e papel dos CGRs e outras instâncias regionais)

148.Os dirigentes da SES responsáveis pela regionalização no estado tiveram assento na CIB no período de 2007 a 2008? Quais? (ex.: coordenação da regionalização no estado; coordenação geral das regionais; membros das regionais da SES)



152.Como tem se dado a relação da CIB com outros atores de relevância regional no estado? (Ex: hospitais regionais, operadoras de planos de saúde, organizações profissionais, consórcios de saúde, instituições de ensino e pesquisa)
153.De que forma essas relações (da CIB com as instâncias governamentais e com outros atores de relevância regional) interferem no processo de regionalização?
CONSIDERAÇÕES FINAIS DO ENTREVISTADO
154.Fazendo um balanço final, na sua visão, quais os principais avanços da CIB no período 2007 a 2008 e quais são as lacunas e os entraves a sua atuação?
155.Por favor, faça os comentários adicionais que você considera importantes sobre o assunto.
Obrigado por sua participação!





# Avaliação Nacional das Comissões Intergestores Bipartites (CIBs): as CIBs e os Modelos de Indução da Regionalização no SUS

# <u>Instrumento de apoio para coleta</u> <u>de dados da CIB</u>

(Composição da CIB e Temática das Reuniões)

#### Instrumentos a serem consultados:

- Portaria, outro instrumento normativo ou documentos internos com composição da CIB (lista representantes de estados e municípios) referente ao período 2007-2008.
- Complementação de informações por documentos oficiais ou pela internet (ex: perfil profissional, porte dos municípios dos representantes).
- Pautas e atas da CIB de 2007 e 2008 (para análise da temática).

## Dimensão I Institucionalidade da CIB

### REPRESENTATIVIDADE DA CIB

1. Composição da CIB no período de 2007 a 2008 (Consultar portarias e outros documentos para preencher quadros seguintes; registrar eventuais mudanças no período)

1.a. Representantes do estado (titulares e suplentes)

Nome	Cargo	Perfil profissional*
	Titulares	
	Suplentes	
	Cupientes	

<sup>\*</sup> Considerar formação básica e, se possível, trajetória no setor público e privado.

1.b. Representantes dos municípios (titulares)

Nome Nome	Perfil Profissional*	Município	Tamanho da. População	Localização da Região de saúde	Coalização que governa o município

<sup>\*</sup> Considerar formação básica e, se possível, trajetória no setor público e privado.

1.c. Representantes dos municípios (suplentes)

Nome	Perfil Profissional*	Município	Tamanho da. População	Localização da Região de saúde	Coalização que governa o município

<sup>\*</sup> Considerar formação básica e, se possível, trajetória no setor público e privado.

Nº de reuniões ordinárias:			
Nº de reuniões extraordinárias:			
Número de reuniões da CIB com re cretário de Estado de Saúde período de 20	_	_	ticipaç
de reuniões:			
rmais do estado e municípios) nas reuni	iões da (	CIB n	o perío
rmais do estado e municípios) nas reuni 07 a 2008.			-
07 a 2008.	iões da ( Sim	CIB no	Número
07 a 2008.  Secretários de outros municípios do estado			Número
07 a 2008.	Sim	Não —	Número
07 a 2008.  Secretários de outros municípios do estado	Sim	Não □	Número
O7 a 2008.  Secretários de outros municípios do estado Técnicos dos municípios	Sim	Não	Número
O7 a 2008.  Secretários de outros municípios do estado Técnicos dos municípios Outros dirigentes do estado	Sim	Não	Número
O7 a 2008.  Secretários de outros municípios do estado Técnicos dos municípios Outros dirigentes do estado Técnicos do estado	Sim	Não	Número
Secretários de outros municípios do estado Técnicos dos municípios Outros dirigentes do estado Técnicos do estado Dirigentes e técnicos do MS.	Sim	Não	Número
Secretários de outros municípios do estado Técnicos dos municípios Outros dirigentes do estado Técnicos do estado Técnicos do estado Dirigentes e técnicos do MS. Conselheiros de Saúde	Sim	Não	Número de vezes
Secretários de outros municípios do estado Técnicos dos municípios Outros dirigentes do estado Técnicos do estado Técnicos do estado Dirigentes e técnicos do MS. Conselheiros de Saúde Representantes do Legislativo	Sim	Não	Número

## Dimensão 2 Conteúdo nas negociações intergovernamentais da CIB

## TEMÁTICA PREDOMINANTE NAS REUNIÕES

5. Registro dos principais temas abordados nas reuniões da CIB no período de 2007 a 2008. (contagem dos quadros anexos, preenchidos a partir das atas das CIBs)

Temas	Nº de vezes
Programação e distribuição de recursos financeiros	
Qualificação dos municípios aos programas federais	
Adesão ao pacto pela saúde	
Referências e fluxos intermunicipais	
Políticas e estratégias de regionalização	
Transferência de responsabilidades para municípios	
Transferência de serviços para municípios	
Educação permanente	
Gestão do trabalho	
Relações público-privadas	
Solicitação de credenciamentos	
Pactuação de indicadores de saúde	
Prioridades da atenção à saúde- Programas específicos	
Outros:	

## 6. Registro de debate nas reuniões da CIB de temas do Pacto pela Vida no período de 2007 a 2008. (contagem dos quadros anexos, preenchidos a partir das atas das CIBs)

	Prioridades do Pacto pela Vida (de 2007 e 2008)	Nº de vezes
1	Saúde do idoso	
2	CA colo de útero	
	CA mama	
3	Redução da mortalidade infantil e materna	
	Dengue	
	Hanseníase	
	Tuberculose	
4	Malária	
	Influenza	
	Hepatite	
	AIDS	
5	Promoção da saúde	
6	Fortalecimento da Atenção Básica	
7	Saúde do trabalhador	
8	Saúde mental	
9	Atenção às pessoas com deficiência	
10	Pessoas sit. ou risco de violência	
11	Saúde do homem	

<sup>\*06</sup> prioridades/2007 (Mais Saúde, 2006); 11 prioridades/ 2008 (Portaria nº. 325/GM, de 21/02/2008):

			Nº de vezes
Assistência à saúc assistência farmace	de (rede de serviços, organizaçã êutica)	o da atenção à saúde,	
Vigilância epidem	iológica e controle de doenças (ex	dengue, tuberculose):	
Vigilância sanitári	a	-	
Produção e regulaç	ção de insumos	-	
Formação e gestão	de RH	-	
Promoção da saúd	e e articulação intersetorial	-	
Outros:  Registro de es	scala territorial dos temas d	iscutidos na CIR na	nerío
3. Registro de es le 2007 a 2008.	scala territorial dos temas d . (contagem dos quadros anexos,		-
8. Registro de es de 2007 a 2008. CIBs)	(contagem dos quadros anexos,		-
3. Registro de es le 2007 a 2008. CIBs)		preenchidos a partir do	-
<b>3. Registro de e</b> o <b>le 2007 a 2008.</b> CIBs) Nac	(contagem dos quadros anexos,	preenchidos a partir do	-
<b>3. Registro de e</b> ol <b>le 2007 a 2008.</b> CIBs) Nac Ma	(contagem dos quadros anexos,	preenchidos a partir do	-
3. Registro de este 2007 a 2008.  CIBs)  Nac  Ma	cional (Interestados)	preenchidos a partir do	-
8. Registro de es de 2007 a 2008. CIBs) Nac Ma Esta Reg	cional crorregional (Interestados)	preenchidos a partir do	-

Quadro auxiliar para consolidação de informações das atas da CIB

ão 2	Datas das reuniões da CIB (2007)	3					
Questão 2	Ordinária						
5	Extrardinárias						
Questão 3 Participação do SES	Secretário de Estado de Saúde						
	Secretários outros municíp./ estado						
	Técnicos dos municípios						
ores es)	Outros dirigentes do estado						
os at itant	Técnicos do estado						
ão 4 outr reser	Dirigentes e técnicos do MS						
Questão 4 ção de outi os represei	Conselheiros de Saúde						
Questão 4 Participação de outros atores (além dos representantes)	Representantes do Legislativo						
Partic (aléi	Prestadores privados						
	Membros Inst. Ensino e Pesquisa						
	Outros (especifique)						

	Datas	das reuniões (2007)							
	Distr	ribuição de recursos financeiros							
Questão 5 Temas abordados nas reuniões da CIB em 2007-2008	Qual feder	ificaç dos municíp aos prog.							
		ão ao pacto pela saúde							
	Referências e fluxos intermunicipais								
	Polít	icas e estratégias de regionalização							
	Tran	sf. de responsabilidades para							
Questão 5 reuniões		sf. de serviços para municípios							
Qu as ret	Educ	eação permanente							
u sop	Rela	ções público-privadas							
orda	Solic	ritação de credenciamentos							
as ab	Pacti	uação de indicadores de saúde							
Tem	Prior	idades da at. à saúde- Prog. específ							
	Outros:								
	1	Saúde do idoso							
	2	CA colo de útero							
(80		CA mama							
07-20	3	↓ mortalidade infantil e materna							
B (20		dengue							
naCI		hanseníase							
o 6 rdados naCIB (2007-2008)		tuberculose							
Questão 6 da aborda	4	malária							
Quee ida a		influenza							
ela V		Hepatite							
cto p		AIDS							
do Pa	5	Promoção da saúde							
Questã Temas do Pacto pela Vida abo	6	Fortalecimento da Atenção Básica							
Te	7	Saúde do trabalhador							
	8	Saúde mental							
	9	Atenção pessoas com deficiência							

	10	Pessoas sit. ou risco de violência							
	11	Saúde do homem							
			1	1	1				
Datas das reuniões (2007)									
а СВ	orga	stência à saúde (rede de serviços, nização da atenção à saúde, tência farmacêutica)							
ntidos n	Vigil doen	lância epidemiológica e controle de ças (ex: dengue, tuberculose)							
Questão 7 temas discu (2007-2008)	Vigi	lância sanitária							
Questão 7 Campos dos temas discutidos na CIB (2007-2008)	Prod	ução e regulação de insumos							
p sodu	Forn	nação e gestão de RH							
Ca		noção da saúde e articulação setorial							
utidos	Naci	onal							
as disc 108)	Mac	rorregional (Interestados)							
Questão 8 rial dos tem IB (2007-20	Esta	dual							
Questão 8 Escala territorial dos temas discutidos na CIB (2007-2008)	Regi	onal							
ıla terri na	Mun	icipal							
Esca	Intra	municipal							

Quadro auxiliar para consolidação de informações das atas da CIB

	Datas das reuniões da CIB	3					
ĭo 2	(2008)						
Questão 2	Ordinária						
	Extrardinárias						
Questão 3 Participação do SES	Secretário de Estado de Saúde						
	Secretários outros municíp./ estado						
	Técnicos dos municípios						
ores es)	Outros dirigentes do estado						
os at itant	Técnicos do estado						
ão 4 outr resen	Dirigentes e técnicos do MS						
Questão 4 articipação de outros atore (além dos representantes)	Conselheiros de Saúde						
zipaçî m do	Representantes do Legislativo						
Questão 4 Participação de outros atores (além dos representantes)	Prestadores privados						
H	Membros Inst. Ensino e Pesquisa					 	
	Outros (especifique)						

I	Datas	das reuniões (2008)						
	Distr	ribuição de recursos financeiros						
800	Qual feder	ificaç dos municíp aos prog.						
Questão 5 Temas abordados nas reuniões da CIB em 2007-2008		ão ao pacto pela saúde						
	Refe	rências e fluxos intermunicipais						
CB	Polít	icas e estratégias de regionalização						
5 es da	Tran	sf. de responsabilidades para						
Questão 5 reuniões		sf. de serviços para municípios						
Qu las re	Educ	cação permanente						
ı sopı	Rela	ções público-privadas						
oorda	Solic	citação de credenciamentos						
ıas al	Pacti	uação de indicadores de saúde						
Ten	Prior	ridades da at. à saúde- Prog. específ						
	Outr	os:						
	1	Saúde do idoso						
	2	CA colo de útero						
(806		CA mama				 		
07-20	3	↓ mortalidade infantil e materna						
B (20		dengue						
naCI		hanseníase						
5 ados		tuberculose						
Questão 6 da aborda	4	malária						
Que ida a		influenza						
ela V		Hepatite						
icto p		AIDS						
Questão 6 Temas do Pacto pela Vida abordados naCIB (2007-2008)	5	Promoção da saúde						
smas	6	Fortalecimento da Atenção Básica						
Te	7	Saúde do trabalhador						
	8	Saúde mental						
	9	Atenção pessoas com deficiência						

	10	Pessoas sit. ou risco de violência						
	11	Saúde do homem						
Datas das reuniões (2008)								
a CIB	organ	tência à saúde (rede de serviços, nização da atenção à saúde, ência farmacêutica)						
Questão 7 Campos dos temas discutidos na CIB (2007-2008)	Vigil doen	ância epidemiológica e controle de ças (ex: dengue, tuberculose)						
Questão 7 temas discu: (2007-2008)	Vigil	ância sanitária						
Que os tems (200	Produ	ıção e regulação de insumos						
p sodw	Form	ação e gestão de RH						
Са		oção da saúde e articulação etorial						
utidos	Nacio	onal						
as disc 108)	Macr	orregional (Interestados)						
Questão 8 rial dos tem IB (2007-20	Estad	lual						
Questão 8 Escala territorial dos temas discutidos na CIB (2007-2008)	Regio	onal						
lla terri na	Muni	cipal						
Esca	Intrai	nunicipal						