PROJETO

AVALIAÇÃO NACIONAL DAS COMISSÕES INTERGESTORES BIPARTITE (CIBs)

AS CIBs E OS MODELOS DE INDUÇÃO DA REGIONALIZAÇÃO NO SUS

Dezembro de 2007

EQUIPE RESPONSÁVEL

Coordenação geral

Ana Luiza d'Ávila Viana– Departamento de Medicina Preventiva/Faculdade de Medicina/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 FIOCRUZ (DAPS/ENSP/FIOCRUZ))

1. INTRODUÇÃO

A implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) foi conduzida, em um primeiro período, de forma a privilegiar a estratégia da descentralização, visando à incorporação, pelos municípios, da responsabilidade pela provisão de serviços em seus territórios e pela organização de sistemas municipais de saúde. Este período, grosso modo, se inicia nos anos 90 do século XX e se prolonga até o final dessa mesma década. Somente com o aprofundamento do processo de descentralização e após a edição de novas normas pelo Ministério da Saúde (MS), já nos anos 2000, é que se inicia uma nova fase caracterizada pela diretriz da regionalização.

O movimento pela regionalização se traduz na necessidade de formar redes assistenciais que extrapolem os limites territoriais municipais e, de certo modo, apresenta inúmeras tensões com a diretriz da descentralização. Sistema e descentralização, apesar de estarem incorporados conjuntamente às diretrizes operacionais do SUS, apresentam vários pontos de conflito e, muitas vezes, operam em sentidos opostos. O primeiro tem natureza complementar, isto é, se forma a partir de elementos de diversidade, sendo que a regionalização pode ser um instrumento, dentre outros, para a junção dessas mesmas diversidades; o segundo, tem natureza finalística, não complementar, e se forma pela redistribuição de recursos para um ente específico.

Essa tensão entre sistema e descentralização é mais aguda em países federativos, onde o processo de descentralização passa a ser assumido por um ente federativo e a regionalização passa a ser responsabilidade das instâncias superiores (como são os estados federais e a União).

Por outro lado, o conceito de região, oriundo da geografia clássica, definida com um espaço que apresenta pelo menos um elemento de homogeneidade e que serviu de base para as divisões regionais intraestados em todo o Brasil, é de pouca serventia para a definição de região de saúde, pois o que define essa última é a heterogeneidade, isto é, a capacidade de ser complementar para justamente fazer valer a idéia de redes assistenciais compostas por serviços de diferentes complexidades.

Essa grande dificuldade histórico/conceitual talvez explique por que foi bem mais fácil explorar os caminhos da descentralização do que o da regionalização, no âmbito da política nacional de saúde no Brasil.

Para que as diretrizes de sistema e descentralização se combinem são necessários algumas iniciativas-chave como:

1. A constituição de um sólido pacto nacional;
2. O combate às desigualdades regionais;
3. A montagem de boas estruturas administrativas no plano subnacional;
4. A democratização dos governos locais;
5. A criação de um ambiente intergovernamental positivo.

Esse rol de iniciativas somente aparece de forma combinada, como uma diretriz sintética, com a edição do Pacto pela Saúde, no ano de 2006, quando pela primeira vez aparece a idéia de pacto como instrumento de negociação das diversidades territoriais. A Portaria nº. 399/GM de 22 de fevereiro de 2006 divulgou o Pacto pela Saúde 2006 e aprovou as Diretrizes Operacionais do referido Pacto, com três componentes principais: o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). Esse último componente constata a iniqüidade regional do Brasil e afirma que *"mais do que definir diretrizes nacionais é necessário avançar na regionalização e descentralização do SUS, a partir de uma unidade de princípios e uma diversidade operativa que respeite as singularidades regionais"* (Portaria nº. 399/GM).

Neste documento, a regionalização do Sistema Único de Saúde é considerada a estratégia prioritária para se conseguir avanços em direção à descentralização da gestão da saúde, à conformação do próprio sistema e à diminuição das desigualdades no acesso aos serviços de saúde que se expressam no território e entre grupos sociais. Os avanços para a regionalização efetiva do SUS, segundo o Pacto, dependem: da constituição de desenhos regionais que respeitem as realidades locais; do estabelecimento dos Colegiados de Gestão Regional (CGR); e do estímulo a estados e municípios para potencializar seus trabalhos.

Nesse sentido, a regionalização precisa estar respaldada por um arranjo institucional que possibilite a negociação política dos diversos atores que atuam no processo de regionalização, a apropriação da diversidade do próprio SUS e sua relação com as desigualdades sócio-econômicas e territoriais. Entre as instâncias de negociação governamental de apoio a este processo destacam-se as Comissões Intergestores Bipartite – CIBs.

2. DEFINIÇÃO DO ESTUDO

A avaliação nacional da atuação das Comissões Intergestores Bipartite (CIBs) conforma um projeto de pesquisa de natureza qualitativa e *policy-oriented*, que atende a tripla motivação:

a) A produção de conhecimentos científicos referidos às instâncias de negociação e decisão envolvendo diferentes esferas de governo e às relações intergovernamentais que sustentam os processos de regionalização em saúde;
b) A produção de recomendações de políticas, destinadas a estimular correções de rotas e procedimentos;
c) A disseminação de resultados.

3. JUSTIFICATIVA

As razões que justificam o desenvolvimento desse estudo são expostas a seguir.

Em primeiro lugar, a importância de avaliação de políticas públicas reside no fato da mesma propiciar um reforço da *accountability* das ações públicas, à medida que fornece elementos para uma prestação de contas à sociedade e ao próprio Governo do que vem sendo feito pelos entes e órgãos governamentais.

Em segundo lugar, a avaliação permite a disseminação dos pontos a serem reforçados pelas ações públicas e aquelas em que é necessária uma mudança de rumos, contribuindo ainda para o reforço da cultura de avaliação pelos demais entes gestores do sistema de saúde e possibilitando aprendizado institucional.

Propicia, ainda, a melhora da *performance* das estratégias e pode apontar para possíveis revisões no desenho e a elaboração de proposições de médio e longo prazo.

No campo específico desse estudo, a ausência de estudos de avaliação da atuação das CIBs no plano nacional, além de inibir correções de rotas no processo de negociação e gestão intergovernamental voltados para a regionalização em saúde, impede a disseminação de procedimentos, experiências e iniciativas exitosas no que concerne a implantação do SUS.

4. MARCO TEÓRICO CONCEITUAL

Ao mesmo tempo em que aspira a ser nacional na garantia do direito à saúde, o SUS preconiza que a responsabilidade pela prestação da atenção à saúde deve ser predominantemente assumida pelos municípios. Entretanto, a experiência brasileira revela a complexidade de consolidar nacionalmente os princípios e diretrizes da política de saúde em um país federativo, de dimensões continentais, marcado pela multiplicidade e desigualdades sócio-econômicas entre seus entes governamentais. Entre os desafios suscitados pelo processo de descentralização, destaca-se a regionalização em saúde.

Visto que os problemas de saúde não se distribuem uniformemente na população, no espaço e no tempo, e envolvem tecnologias de diferentes níveis de especialização, complexidade e custo, faz-se necessário organizar uma rede de serviços que ofereça a atenção adequada sem ociosidade. Para isso, é preciso definir o perfil dos serviços, sua distribuição e abrangência geográfica, garantindo a melhor articulação e integração das ações oferecidas no âmbito do SUS e a configuração do próprio sistema de saúde em diferentes espaços geográficos do país.

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 as diferentes esferas de governo sem que existam padrões de autoridade e responsabilidade claramente delimitados. A Constituição de 1988, por exemplo, considera “cuidar da saúde” uma tarefa da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios e, como um dever do Estado, a saúde deve ser garantida por todos os entes da federação. 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 diferentes níveis gestores do sistema precisa admitir arranjos adequados às realidades dos municípios e estados brasileiros, nos diversos campos da atenção à saúde.

Segundo Almeida (2001), o compartilhamento de funções governamentais é típico dos sistemas federativos contemporâneos. Ele permite certa flexibilidade na distribuição de responsabilidades em situações de importantes desigualdades nas capacidades administrativas e financeiras das unidades subnacionais, e indica a

necessidade de conformação de diferentes acordos entre os governos envolvidos no processo de negociação.

Em segundo lugar, é preciso considerar que os processos de descentralização atrelados à conformação de sistemas são bem mais complexos nos países de organização federativa, pois eles não se resumem à simples delegação ou redefinição de poder do nível central. 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 descentralizados 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, segundo Abrucio (2005), esses processos necessitam do fortalecimento de mecanismos de coordenação que resultem na instauração de parcerias aprovadas pelos entes federativos. A *coordenação federativa* (também denominada coordenação intergovernamental), 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, que favoreçam a busca pela inovação e pelo melhor desempenho das gestões locais, Abrucio (2005) considera ser importante contornar os problemas advindos de competições desmedidas, fortalecendo-se os mecanismos de cooperação.

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 (na saúde, 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 *et al.* (2002), 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. 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 iniqüidade nesses planos (Viana *et al*., 2003).

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 níveis gestores no âmbito do SUS, considera-se importante averiguar, no âmbito dessa pesquisa: em que medida as Comissões Intergestores Bipartite (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 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 da investigação aqui proposta.

5. AS COMISSÕES INTERGESTORES BIPARTITE

5.1. Definição e importância

O modelo institucional proposto para o SUS é ousado no que concerne à tentativa de concretizar o acordo entre as diferentes esferas gestoras do sistema e fortalecer o controle social sobre as políticas de saúde. Tal arranjo permite que vários atores sociais participem do processo decisório sobre a política de saúde. Particularmente, as Comissões Intergestores - Comissão Intergestores Tripartite (CIT), em âmbito nacional; e Comissões Intergestores Bipartite (CIBs), em âmbito estadual - foram criadas na área da saúde, face à necessidade de conciliar as características do sistema federativo brasileiro e as diretrizes do SUS.

As CIBs foram instituídas gradativamente nos estados brasileiros, entre os anos de 1993/94, conforme deliberação da NOB SUS 01/93 (Brasil, Ministério da Saúde, GED, 1993), que as estabelecem como “instâncias privilegiadas de negociação e decisão quanto aos aspectos operacionais do SUS”. Segundo relatório do próprio Ministério da Saúde, todos os estados apresentavam, em dezembro de 1994, suas CIBs constituídas e em funcionamento.

Essa nova estrutura colegiada, acrescentado à estrutura de gestão do SUS no plano estadual, visava mudar a estratégia política de descentralização das ações e serviços de saúde, de forma a fortalecer o papel regulador dos estados e a criação de sistemas supramunicipais. Assim, às CIB foi atribuído o papel de adequar as normas nacionais às condições específicas de cada estado e propor medidas reguladoras das relações estado/municípios e município/município na implementação do SUS.

Cabe salientar, que as CIBs são formadas paritariamente por dirigentes da Secretaria Estadual de Saúde (SES) e do órgão de representação estadual dos Secretários Municipais de Saúde (COSEMS), tendo como diretriz de atuação a prática do planejamento integrado em cada esfera de governo.

Por isso podemos afirmar que as CIBs são uma inovação gerencial, pois segundo Lima (2001) baseiam-se:

- Na criação de um centro de negociação, planejamento e decisão intergovernamental paritário e permanente para os aspectos operacionais da descentralização;
- Na possibilidade de construção de parcerias para a estruturação dos sistemas estaduais, regionais, municipais, referentes aos aspectos regulatórios, financeiros e administrativos destes sistemas.

Essas instâncias, cujas reuniões em geral apresentam periodicidade mensal, discutem tanto questões relacionadas aos desdobramentos de políticas nacionais nos sistemas estaduais de saúde (a questão da distribuição de recursos federais do SUS é um tema freqüente) quanto referentes a agendas e políticas definidas no âmbito de cada estado. Atualmente, percebe-se uma ampliação gradativa da abrangência da pauta dessas reuniões, envolvendo temas relacionados à regionalização e hierarquização da assistência, mas também da organização de políticas de promoção e prevenção – plano de combate ao dengue, vigilância sanitária, entre outros (Serapioni, 2005; Ministério da Saúde, 2005; Ministério da Saúde, 2006). As discussões, cada vez mais freqüentes, sobre os elementos próprios, constitutivos dos sistemas estaduais e locais de saúde, fazem com que as CIBs se estabeleçam também como espaços de formulação da política estadual e planejamento de ações.

O processo decisório nas CIBs se dá por consenso, visto que é vedada a utilização do mecanismo do voto, visando estimular o debate e a negociação entre as partes. A participação nas reuniões geralmente é aberta a todos os secretários municipais e às equipes técnicas das secretarias, embora o poder de decisão se limite

aos membros formais da Comissão. Dessa forma, muitas vezes as reuniões da CIB são momentos de intenso debate e interação entre as equipes municipais e destas com a estadual. As CIBs vêm se tornando para os municípios a garantia de informação e atualização dos instrumentos técnico-operativos da política de saúde, de implementação dos avanços na descentralização do sistema de saúde e de fiscalização das ações do estado na defesa de seus interesses, principalmente com relação à distribuição dos recursos transferidos pelo nível federal.

As CIBs também permitem uma adaptação das diretrizes nacionais do processo de descentralização em nível estadual, propiciando a formação de acordos sobre a partilha da gestão dos sistemas e serviços de saúde entre os diferentes níveis de governo. Estes arranjos – relativamente descentralizantes, mais ou menos organizativos para os sistemas – refletem não só a capacidade gestora, a qualificação gerencial das Secretarias Estaduais de Saúde (SES) e das Secretarias Municipais de Saúde (SMS), como também o grau de amadurecimento das discussões e as particularidades locais e regionais do relacionamento entre as diferentes instâncias de governo.

A definição dos representantes no âmbito das Comissões Intergestores segue critérios variados definidos nos respectivos conselhos de secretários municipais de saúde, e não guardam, necessariamente, proporcionalidade com o tamanho da população e o papel do município na rede de serviços.

Estudos também demonstram uma diversidade bastante grande no funcionamento dessas instâncias (Serapioni, 2005). Dispositivos e fluxos mais ou menos formalizados, e inovações do ponto de vista organizacional (como, por exemplo, a existência de Secretaria Executiva e Câmara Técnica, e a constituição de fóruns regionais e microrregionais), diferenciam o processo decisório e as relações intergovernamentais existentes nas CIBs.

Mais recentemente, tem-se discutido em que medida as decisões das CIBs tendem a colidir ou ultrapassar as decisões dos Conselhos de Saúde, pois se percebe que, gradativamente, devido ao seu caráter mais especializado e restrito, as Comissões Intergestores passam a influenciar a agenda de discussão no âmbito dos Conselhos e a tomada de decisão nestas instâncias.

5.2. As diferentes fases de atuação das CIBs segundo sua capacidade indutora da regionalização

Podemos identificar quatro momentos-chave no processo de atuação das CIBs segundo sua capacidade de induzir a regionalização (Quadro 1):

Quadro 1 – Momentos de atuação das CIBs, características e papel indutor na regionalização

FASE 1 **1993/1996**	**FASE 2** **1996/2000**	**FASE 3** **2000/2006**	**Fase 4** **2006/2007**
CIBS e a NOB 93	CIBS E A NOB 96	CIB E A NOAS	CIBS E O PACTO
Características: instância de negociação e decisão intergovernamental em âmbito estadual **Estrutura:** paritária em âmbito estadual com diversidade de critérios de escolha da representação municipal **Processo decisório:** decisão por consenso; formalização dos acordos intergovernamentais por meio do processo de habilitação às condições de gestão do SUS **Assuntos:** operacionalização dos dispositivos normativos federais; tetos financeiros	**Características:** instância de negociação e decisão intergovernamental em âmbito estadual **Estrutura:** paritária em âmbito estadual com diversidade de critérios de escolha da representação municipal; experiências de negociação regional isoladas (ex: CIBs regionais). **Processo decisório:** decisão por consenso; formalização dos acordos intergovernamentais por meio do processo de habilitação às condições de gestão do SUS e da PPI **Assuntos:** operacionalização dos dispositivos normativos federais; tetos financeiros	**Características:** instância de negociação e decisão intergovernamental em âmbito estadual e regional em muitos estados **Estrutura:** paritária em âmbito estadual com diversidade de critérios de escolha da representação municipal diversificada em âmbito regional e microrregional (ex: CIBs regionais e microrregionais) **Processo decisório:** decisão por consenso em âmbito estadual; formalização dos acordos intergovernamentais por meio do processo de habilitação às condições de gestão do SUS, da PPI e de experiências de contrato de gestão isoladas; implantação de mecanismos de avaliação de resultados (Agenda da Saúde, Pacto da Atenção Básica) **Assuntos:** operacionalização dos dispositivos normativos federais; tetos financeiros; plano de regionalização	**Características:** instância de negociação e decisão intergovernamental em âmbito estadual e regional em muitos estados **Estrutura:** paritária em âmbito estadual com diversidade de critérios de escolha da representação municipal diversificada em âmbito regional e microrregional (ex: CIBs regionais e microrregionais) **Processo decisório:** decisão por consenso em âmbito estadual; formalização dos acordos entre gestores por meio da PPI, da assinatura de termos de compromissos entre os gestores no âmbito do Pacto de Gestão e do Pacto pela Vida; implantação de mecanismos de monitoramento e avaliação dos compromissos pactuados **Assuntos:** operacionalização dos dispositivos normativos federais; tetos financeiros; plano de regionalização; pactuação de metas, conformação dos Colegiados de Gestão Regional
Papel na regionalização: incipiente	Papel na regionalização: incipiente	Papel na regionalização: moderado	Papel na regionalização: elevado

Esses diferentes momentos seguem os dispositivos de regulação nacional do processo de descentralização. Percebem-se cada vez mais proeminentes as contradições geradas entre processo de descentralização voltado para os municípios e a necessidade de integração das ações e serviços situados em distintos espaços geográficos e territórios político-administrativos (a racionalidade sistêmica). Por outro lado, a divisão de funções e a formalização de compromissos entre as esferas de governo (o acordo federativo) são fundamentais para dar materialidade ao processo de planejamento, organização e gestão dos sistemas regionais de saúde. São justamente essas contradições que provocam mudanças no papel das CIBs, tornando-as cada vez mais importantes para a coordenação e cooperação intergovernamental e indução da regionalização em saúde.

5.3. As CIBs e o complexo regional da saúde

Estamos denominando de complexo regional as diferentes instituições e atores públicos e privados que participam do processo de planejamento, organização e gestão intergovernamental dos sistemas regionais de saúde.

As CIBs são peça importante dentro do complexo regional, pois fornecem as condições necessárias para: (1) levantamento de problemas e diagnóstico das necessidades de saúde loco-regionais; (2) articulação e formulação de diretrizes estratégicas para o combate dos problemas identificados; (3) divisão de responsabilidades e formalização de compromissos entre os governos envolvidos no processo de regionalização da saúde.

A atuação das CIBs, no entanto, requer sua articulação com os demais componentes do complexo de modo a gerar a institucionalidade requerida à configuração dos sistemas regionais de saúde (Quadro 2).

Quadro 2- Instâncias regionais a serem consideradas dentro do processo de regionalização do Sistema Único de Saúde

Instâncias	Caracterização	Atores
Conselhos Municipal e Estadual de Saúde	Colegiados, deliberativos, consultivos, normativos, fiscalizadores e de caráter permanente.	Constituídos por representantes do poder público, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários do serviço de saúde.
Comissões Intergestoras Bipartite (CIB)	Espaço de articulação e pactuação entre os entes, que objetiva orientar, regulamentar e avaliar os aspectos operacionais da descentralização da saúde.	Integrada por representantes do governo estadual e municipal.
Comissão Intergestora Regional/Microregional (CIR)	Espaço de articulação e pactuação entre os entes, que objetiva orientar, regulamentar e avaliar os	Constituída pelos secretários municipais de saúde de uma dada região de saúde do estado

	aspectos operacionais da descentralização da saúde.	e pela direção estadual da região.
Colegiado de Gestão Regional (CGR)	Espaço de decisão através da identificação, definição de prioridades e de pactuação de soluções para a organização de uma rede regional de ações e serviços de atenção à saúde, integrada e resolutiva.	Constituído por gestores municipais de saúde do conjunto de municípios da região de saúde, que o colegiado representa, e por representantes do(s) gestor(es) estadual(ais).
Coordenadoria Regional de Saúde (coordenação das instâncias regionais)	Responsável pela coordenação, articulação e organização do sistema de saúde loco-regional, pela compatibilização dos planos, programas e projetos dos DRS em função das políticas e diretrizes estaduais e dos recursos disponíveis.	Constituída por gestores e técnicos estaduais de saúde, representada pelo Coordenador.
Departamentos/Escritórios, Diretorias/Regionais de Saúde (instância regional das secretarias estaduais)	Divisão administrativa regional. São responsáveis pelas atividades das SES no âmbito regional e por promover a articulação intersetorial, com os municípios e organismos da sociedade civil.	Constituídos por gestores e técnicos estaduais, representados pelos chefes dos departamentos.
Consórcios de saúde	Entes federativos se conformam em consórcios para solucionar demandas específicas ou problemas que não podem ser resolvidos de forma isolada por cada município. A gestão associada, além do planejamento, regulação e fiscalização, também pode ser ajustada para prestação de serviços públicos. Há três tipos de consórcios: 1- Administrativo de direito privado; 2- Público de direito privado; e 3- Público de direito público (Lei nº.11.107 de 06/04/05).	Podem ser constituídos por municípios, por estado e municípios, por estados e por estado, municípios e União (no caso dos municípios ou estados estarem localizados na área de fronteira internacional).

6. DESENHO DO ESTUDO

6.1. Objetivos gerais e específicos

São objetivos gerais da investigação: avaliar a atuação das CIBs e identificar modelos de regionalização em 26 estados da federação. Para isso a pesquisa irá:

- Identificar o modo de funcionamento das CIBs tendo em vista: a) sua composição; b) formas de representação; c) processo decisório; d) pauta temática e e) grau de efetividade das decisões.
- Avaliar a atuação das CIBs segundo sua capacidade de induzir: a) mudanças de comportamento e relacionamento entre os gestores, b) novas iniciativas e experiências de regionalização e gestão intergovernamental em saúde; c)

formalização de compromissos intergovernamentais voltados para a solução de problemas loco-regionais.

- Estimar as potencialidades e a capacidade de extensão e multiplicação das experiências exitosas encontradas;
- Elaborar recomendações e sugestões de medidas e procedimentos para corrigir e melhorar a atuação das CIBs.
- Elaborar recomendações e sugestões de medidas e procedimentos para corrigir e/ou incentivar os processos de regionalização em curso e o funcionamento dos Colegiados de Gestão Regional e sua integração com as instâncias regionais estaduais e com as CIBs.

São objetivos específicos da investigação:

- Conhecer de modo sistemático o funcionamento das CIBs e seu papel na indução à regionalização em saúde.
- Comparar os modos de funcionamento das CIBs.
- Identificar os modelos de indução da regionalização segundo as diferentes formas de atuação das CIBs;
- Conhecer e sistematizar os fatores institucionais e sociais que afetam positiva e negativamente os processos de negociação intergovernamental das CIBs e a indução à regionalização.
- Identificar padrões recentes de relacionamento intergovernamental na gestão dos sistemas loco-regionais de saúde.
- Avaliar os processos de regionalização com base no PDR e na constituição dos Colegiados de Gestão Regional.
- Avaliar os processos de regionalização e identificar modelos regionais segundo a conformação dos Colegiados de Gestão Regional, seu modo de funcionamento e suas formas de integração com as instâncias estaduais regionais e as CIBs.
- Identificar facilitadores e entraves ao processo de regionalização.

6.2. Natureza da investigação e eixos de análise

A pesquisa é de natureza qualitativa, voltada para a avaliação do processo de implantação das CIBs, isto é, para avaliação do seu modo de funcionamento de forma a compreender o seu papel no processo de regionalização. O foco da investigação estará

dirigido para os condicionantes institucionais do desempenho das CIBs, tratando de destacar os fatores e situações que facilitam ou dificultam a consecução dos objetivos pretendidos – a indução da regionalização em saúde. Serão também avaliados os desenhos de regionalização em implementação pelos estados brasileiros, o papel dos Colegiados de Gestão Regional e a integração entre as diferentes instâncias regionais.

Eixos da análise: o contexto (natureza do processo de regionalização nos estados federais); os complexos regionais intraestados (principais características e dinâmica de relacionamento); os modelos de regionalização em implementação, segundo a conformação dos Colegiados de Gestão Regional; os atores participantes das CIBS; os conteúdos das discussões travadas nas CIBs; os procedimentos utilizados; os processos decisórios; os tipos de conflitos identificados; a criação de novas experiências e iniciativas de gestão e os padrões de relacionamento intergovernamental; identificação de modelos de indução da regionalização segundo o papel das CIBs.

6.3 Módulos da pesquisa: sistemas de seleção e técnicas de coletas de dados

A investigação apoiar-se-á em métodos quantitativos e qualitativos, desenvolvendo-se através de quatro módulos:

- No Módulo 1, as CIBs serão avaliadas nacionalmente segundo indicadores criados pela pesquisa e que sejam estatisticamente significativos.
- No Módulo 2, serão avaliados os modelos de regionalização segundo a conformação e distribuição dos Colegiados de Gestão Regional e suas formas de integração com as demais instâncias regionais.
- No Módulo 3, serão realizados estudos de caso, tendo em vista que a avaliação de processo implica na realização de entrevistas com atores-chave, necessárias ao conhecimento mais detalhado tanto dos procedimentos e modos de operação das CIBs, quanto dos processos e modelos de regionalização.
- No Módulo 4, serão capacitados os técnicos do DAD em oficinas de discussão dos procedimentos metodológicos da pesquisa, bem como dos seus instrumentos (Questionários) e serão estabelecidos indicadores e parâmetros de avaliação da pesquisa de campo nos 26 estados brasileiros.

Módulo 1: Avaliação nacional das CIBs (Identificação dos eixos analíticos)

Neste módulo serão utilizados como base de informação dados secundários - as atas das reuniões das CIBs e os demais documentos produzidos pelas instâncias estaduais que tratem do funcionamento dessa estrutura gestora e do processo de regionalização – e dados primários captados através de *surveys* realizados junto aos dois segmentos formadores dessa estrutura gestora (representantes dos municípios e do estado) nos 26 estados do país.

São produtos desse módulo: tipologia nacional das CIBs; papel das estruturas, instituições e atores públicos e privados na conformação dos sistemas regionais; identificação dos padrões de relacionamento intergovernamental; identificação dos pontos positivos e dos entraves ao funcionamento das CIBs e avaliação da atuação das CIBs segundo suas capacidades de indução à mudança/inovação.

Módulo 2: Modelos de regionalização (identificação de indicadores)

Os modelos de regionalização serão elaborados com base nos PDR estaduais e na conformação dos Colegiados de Gestão Regional em cada estado segundo sua distribuição espacial tendo como indicadores: número de municípios e população por Colegiado de Gestão Regional; complexidade tecnológica dos serviços instalados; mecanismos de pactuação existentes; formas de integração com as demais instâncias regionais existentes, relação público-privado, entre outros elementos.

Módulo 3: Estudos de caso

Neste módulo serão efetuados estudos de caso nas cinco regiões do país (através de critérios previamente elaborados), com base em entrevistas com atores-chave do sistema estadual e do órgão de representação dos Secretários Municipais de Saúde. Pretende-se apreender como operam os condicionantes dessas novas estruturas gestoras.

Serão também entrevistados participantes de uma amostra de Colegiados de Gestão Regional, com intuito de apreender os mecanismos facilitadores e os entraves presentes no processo de regionalização.

São produtos desse módulo: identificação das formas como operam os entraves à construção da intergestão base do processo de regionalização; estimação da capacidade de extensão e multiplicação de iniciativas e experiências êxitosas e elaboração de recomendações.

Os critérios e procedimentos para a seleção dos casos serão futuramente desenvolvidos.

Módulo 4: Capacitação e interação

Serão realizadas 5 oficinas com os técnicos do Departamento de Apoio à Descentralização do MS para discussão dos instrumentos da pesquisa e a elaboração de parâmetros e indicadores de avaliação do trabalho de campo em 26 unidades da federação.

7. PRODUTOS

A pesquisa terá como produtos:

1. Mapa de situação das CIBS segundo indicadores selecionados;
2. Relatório do processo de regionalização e identificação dos modelos de regionalização em curso;
3. Relatório dos estudos de caso e apresentação das recomendações gerais e específicas do estudo;
4. Mapa dos tipos de indução da regionalização segundo as formas de integração das instâncias regionais e o modo de funcionamentos das CIBs.

Os produtos serão transformados em artigos de forma a compor uma publicação sobre a pesquisa.

8. SITUAÇÃO ESPERADA AO FINAL DO PROJETO

Ao final do projeto de investigação, duas são as principais situações esperadas:

- O maior e mais sistemático conhecimento sobre o processo de negociação intergovernamental em saúde, e em específico, dos resultados e impactos implantados pelas CIBs e dos entraves à constituição da regionalização em saúde e dos modos como esses entraves operam, isto é, através de quais atores e de quais mecanismos e procedimentos;
- A posse de um conjunto de recomendações de políticas destinadas à melhora da atuação das CIBs.

9. BENEFICIÁRIOS

É possível identificar os seguintes grupos como beneficiários *estakeholders* que deverão se apropriar dos resultados da investigação:

- os participantes das CIBs, à medida em que a pesquisa pode auxiliá-los numa participação pautada por uma melhor qualidade técnica;
- os formuladores de política nos níveis federal, estadual e municipal;
- os avaliadores de políticas das instituições de pesquisa e ensino, através das disseminação de um conjunto de evidências e de metodologias de avaliação de processos de implantação de novas estruturas de pactuação de interesses.

10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRUCIO, Fernando Luiz. *Descentralização e coordenação federativa no Brasil: lições dos anos FHC*. Texto-base apresentado no Seminário Políticas Públicas e Pacto Federativo: a descentralização no Brasil. Curso de Aperfeiçoamento para a carreira de Especialista em Políticas Públicas e Gestão Governamental da Escola Nacional de Administração Pública, novembro de 2004. (Mimeografado, 107 p.)

ALMEIDA, Maria Hermínia Tavares. Federalismo, democracia e governo no Brasil: idéias, hipóteses e evidências. *Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais (BIB)*, São Paulo, n. 51, p. 13-34, 2001.

BRASIL, Ministério da Saúde. Relatório do Encontro Nacional das Comissões Intergestores Bipartite. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL, Ministério da Saúde. Relatório do II Encontro Nacional das Comissões Intergestores Bipartite e Encontro Nacional dos Secretários Executivos dos Conselhos Estaduais de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Descentralização das ações e serviços de saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei. Brasília: Ministério da Saúde, 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Gestão Descentralizada. *Pacto pela Saúde*. Brasília: MS/SES/DAD, 2006.

LIMA, Luciana Dias. As Comissões Intergestores Bipartite: a CIB do Rio de Janeiro. *PHYSIS-Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 199-252, 2001.

RIBEIRO, Wladimir António. Cooperação Federativa e a Lei de Consórcios Públicos. – Brasília DF: CNM, 2007.

SERAPIONI, Mauro. Avaliação das Comissões Intergestores Bipartite. Relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

SILVEIRA, M. L. "A Região e a Invenção da Viabilidade do Território". In: SOUZA, M. A. A. de (org.). *Território Brasileiro: usos e abusos*. Campinas: Ed. Territorial, 2003. pp.408-416

VIANA, Ana Luiza D`Ávila; LIMA, Luciana Dias; OLIVEIRA, Roberta Gondim. 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.

VIANA, Ana Luiza D'Ávila; FAUSTO, Márcia Cristina; LIMA, Luciana Dias. Política de saúde e eqüidade. *São Paulo em Perspectiva*, São Paulo, v. 17, n.1, p. 58-68, 2003.