

Projeto de Pesquisa

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

RELATÓRIO TEÓRICO-METODOLÓGICO

Maio de 2010

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 articulou-se à regionalização por meio da organização de redes de serviços, associadas à criação e fortalecimento de autoridades sanitárias regionais¹. 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 2006¹.

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

¹ 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 Bifulco², 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 Almeida³, 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 frequentemente antagônicos na disputa política.

Por isso, esses processos necessitam do fortalecimento de mecanismos de coordenação que resultem na instauração de parcerias aprovadas pelos entes federativos⁴. 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, Abrucio⁴ 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 Oliveira⁵, 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 brasileiro⁶. 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 planos⁷.

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 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. Mapear os processos de regionalização em saúde nos estados, identificando-se o contexto e seus 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

Dois eixos de análise foram priorizados na pesquisa. Um primeiro eixo diz respeito ao contexto e 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 o grau, ritmo e desempenho da implementação dessa estratégia nos espaços/esferas estaduais, bem como identificar os condicionantes político-institucionais e os impactos nos sistemas estaduais, nas estruturas e papel das secretarias e instâncias regionais de saúde 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 política² –, bem como é influenciado pelas características específicas da implementação no nível estadual (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 regionalização³. 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 da capacidade arrecadatória própria⁴ e das transferências federais do SUS para os estados e municípios⁵.

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 apropriados⁶.

² 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.

³ 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.

⁴ Observa-se que evolução do ICMS alinha-se positivamente com os fluxos da atividade econômica.

⁵ 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.

⁶ 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.

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

É necessário também considerar que esses processos 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) específicas e que variam 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 direcionados por instituições, compreendendo construções cognitivas e regras normativas integrantes de 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 (legitimidade legalmente sancionada), o normativo (obrigação social, certificação, credenciamento e governança moral) e o cognitivo (correção conceitual e reconhecimento cultural)⁸.

A noção de institucionalidade também está relacionada à própria história ou trajetória da regionalização no estado. Para Pierson⁹, a noção 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 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, instituições, 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



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.

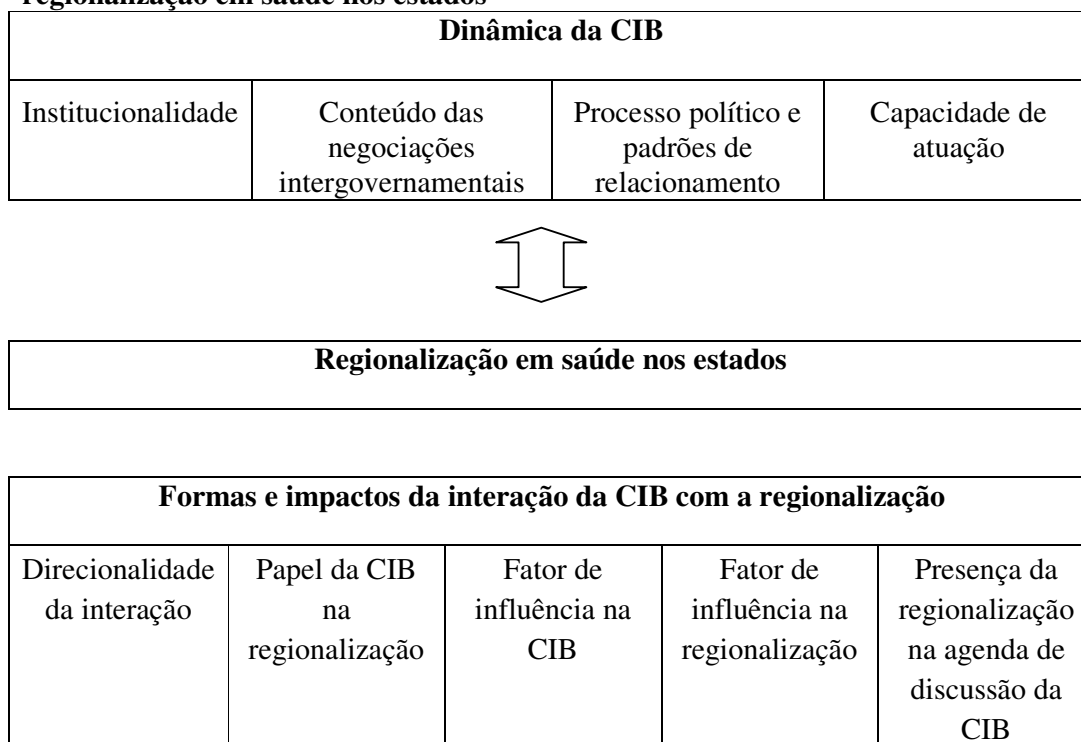
Um segundo eixo de análise diz respeito às dinâmicas de funcionamento das CIBs e às inter-relações existentes entre estas instâncias e os processos de regionalização nos estados.

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



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 2009⁷, apoiando-se em métodos quantitativos e qualitativos e desenvolvendo-se através de três módulos inter-relacionados:

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.

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

⁷ 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.

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 Plurianual, 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 o grau 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).

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 predominante	Detalhamento <i>(principais aspectos considerados)</i>
Histórico-estrutural	- Favorável - Desfavorável - Indefinido	- Histórico de conformação do estado e de suas regiões (antiguidade do processo, presença de identidade regional) - Dinâmica sócio-econômica e características geo-políticas do estado (extensão territorial, importância na federação, características dos municípios)
Político-institucional	- Favorável - Desfavorável - Indefinido	- Trajetória da política de saúde no estado - Modo de funcionamento das instituições 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 - Desfavorável - Indefinido	- Prioridade da regionalização na agenda do governo e da SES - Situação político-econômica do estado - 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 saúde¹⁰ 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.

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.

Quadro 2. Direcionalidade da regionalização em saúde nos estados

Dimensões	Detalhamento <i>(elementos predominantes)</i>
Orientação	<ul style="list-style-type: none"> - Gerencial: melhoria das condições/capacidade institucional do Estado para atuação na área da saúde - Democrática-participativa: ampliação da participação dos atores envolvidos na regionalização (institucionais e outros) Equidade: melhoria das condições de saúde, ampliação do acesso e integralidade - Determinantes sociais: articulação de políticas sociais voltadas para a promoção da saúde - 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
Objeto	<ul style="list-style-type: none"> - Definição de região: delimitação territorial para o planejamento e organização do sistema de saúde. - Organização de redes e fluxos: definição de pólos, integração e articulação de ações e serviços de saúde, montagem do sistema de referência e contra-referência e dos fluxos de encaminhamento entre municípios - Ampliação da capacidade instalada: por meio de investimentos ou credenciamento de serviços
Atores	<ul style="list-style-type: none"> - Institucionais: governamentais (estado, municípios, União), instâncias colegiadas do SUS (CIB, CES, COSEMS) - Prestadores privados - Associações profissionais e cidadãos (ex: organizações não governamentais, associações de portadores de patologias).
Estratégias	<ul style="list-style-type: none"> - Criação e/ou fortalecimento de instâncias de pactuação e coordenação regional: instâncias regionais da SES, CGRs, CIBs regionais - Criação e revisão de instrumentos - Reformas administrativas das Secretarias de Saúde - Ampliação de recursos financeiros - Ampliação de atores (governamentais ou não governamentais)
Instrumentos	<ul style="list-style-type: none"> - Legislação - Normas - Incentivos e/ou sanções financeiras - Investimentos - Planos - Mudanças de estruturas administrativas - Contratualização (entre gestores, com prestadores) - Processos participativos - Capacitação - Regulação da assistência (protocolos, critérios de incorporação tecnológica, complexos reguladores, cartão saúde, etc.) - Consórcios

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

Uma determinada institucionalidade da regionalização no plano estadual é conformada pela existência de estratégias, políticas e projetos direcionados por instituições, 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

pode ser guiada a ação coletiva¹¹. 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.

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.

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

Dimensões	Detalhamento <i>(variáveis/indicadores-chave)</i>	Tipos
Institucionalidade da regionalização	<ul style="list-style-type: none"> - Histórico da regionalização e robustez/conteúdo do desenho da regionalização (territorialidade) - Definição/implantação de estratégias de planejamento e regulação voltadas para coordenação de ações, serviços e intervenções sanitárias em âmbito regional - Definição/implantação de mecanismos de financiamento/investimentos voltados para a regionalização - Papel da SES na condução da regionalização: estruturas de coordenação definidas, existência de estratégias políticas, importância da regionalização na agenda governamental 	<ul style="list-style-type: none"> -Avançada -Intermediária -Incipiente
Governança da regionalização	<ul style="list-style-type: none"> - 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 	<ul style="list-style-type: none"> - Coordenada/cooperativa - Cooperativa - Coordenada/conflictiva - Conflictiva - Indefinida
Impactos/ inovações institucionais	<ul style="list-style-type: none"> - Existência de mudanças no sistema estadual, na coordenação intergovernamental, nas estruturas e no papel do Estado 	<ul style="list-style-type: none"> - 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/conflictiva			
Conflictiva			
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 <i>(variáveis/indicadores-chave)</i>	Tipos
Institucionalidade da CIB	<ul style="list-style-type: none">- Presença de instâncias de integração e processamento técnico-político dos temas tratados (ex: Câmara Técnica, Grupos de Trabalho ou outras estruturas similares)- Regularidade de funcionamento da plenária da CIB e suas estruturas de organização interna (Câmara Técnica, etc.)- Existência de 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)	<ul style="list-style-type: none">-Avançada-Intermediária-Incipiente
Conteúdo das negociações intergovernamentais na CIB	<ul style="list-style-type: none">- Diversidade da temática- Presença de assuntos/questões relacionados ao estado (próprios do estado, das suas regiões e seus municípios); capacidade de adaptação à realidade estadual- Construção conjunta da agenda com relativo equilíbrio de poderes entre os municípios e o governo estadual (compartilhada)	<ul style="list-style-type: none">- Diversificada ou restrita- Aderente ou não aderente- Compartilhada ou não compartilhada

Dimensões	Detalhamento (variáveis/indicadores-chave)	Tipos
Processo político e padrões de relacionamento	<p>- Padrão e intensidade das relações intergovernamentais: 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), associadas a procedimentos formais (formalistas), dinâmicas, intensas e abrangentes (interativas).</p> <p>- 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).</p>	<p>- Relações intergovernamentais (RIGs): cooperativas, conflitivas, cooperativas/conflitivas; restritas, formalistas ou interativas.</p> <p>- Relações entre a CIB e o CE (CIB-CES): cooperativas, conflitivas, cooperativas/conflitivas; restritas, formalistas ou interativas.</p>
Capacidade de atuação da CIB	<p>- Capacidade de formulação e implementação de políticas</p> <p>- Capacidade de gerar coordenação intergovernamental (parcerias, formalização de compromissos, superação de impasses e conflitos)</p> <p>- 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.)</p>	<p>- Elevada</p> <p>- Moderada</p> <p>-Baixa</p>

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 <i>(variáveis/indicadores-chave)</i>	Tipos
Direcionalidade da interação	- Direção e influência predominante	-CIB-regionalização -Regionalização-CIB -Mão-dupla -Indefinido
Papel da CIB na regionalização	- Definição de rumos e diretrizes para o processo - Definição de novas regras, estratégias e instrumentos - 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)	- Indutor - Orientador/facilitador - Consolidador - Indefinido
Fator de influência na CIB	- Dimensões e variáveis de influência da regionalização na CIB	- Formas de organização e operação - Representatividade - Conteúdo das negociações intergovernamentais - Processo político e padrões de relacionamento - Não identificado
Fator de influência na regionalização	- Dimensões e variáveis de influência da CIB na regionalização	- Desenho da regionalização - Estratégias e instrumentos da regionalização - Estruturas de pactuação e coordenação regional - Relações intergovernamentais - Não identificado
Presença da regionalização na agenda de discussão da CIB	- Frequência e regularidade das discussões relativas ao processo de regionalização	- Elevada - Moderada -Frac

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

- ¹ 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.
- ² 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.
- ³ 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.
- ⁴ 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.
- ⁵ 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.
- ⁶ 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.
- ⁷ Viana ALD, Fausto MC, Lima LD. Política de saúde e equidade. *São Paulo em Perspectiva* 2003, 17 (1): 58-68.
- ⁸ Scott RW. *Institutions and Organizations*. Sage Publ Series. Thousand Oaks; 1995: 178 pp. *Passim*.
- ⁹ Pierson P. *Politics in time*. Princeton: Princeton University Press; 2004.
- ¹⁰ 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 gouvernance*. Montréal: Les Presses de L'Université Laval; s/d.
- ¹¹ 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 – mapeamento e configuração dos modelos de regionalização em saúde nos estados		
DIMENSÕES	VARIÁVEIS	INDICADORES
Institucionalidade da regionalização	<ul style="list-style-type: none"> – Histórico da regionalização – Desenho da regionalização – Finalidades e escopo da regionalização 	<ul style="list-style-type: none"> – Origens e evolução do processo de regionalização – Determinantes e condicionantes políticos da trajetória da regionalização – Relações existentes com o processo de descentralização – Relações existentes com outras políticas públicas – Continuidades e rupturas ao longo do tempo – Mudanças relacionadas ao pacto pela saúde, incluindo aquelas relacionadas ao processo de descentralização – Número e tipos de recortes utilizados na regionalização (macro, micro; abrangência territorial e populacional) – 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) – Fatores determinantes ou estratégicos para o desenho regional – Consideração de dinâmicas particulares (regiões metropolitanas, áreas de divisas, fronteiras, áreas de preservação ambiental, reservas indígenas) – Existência de outras políticas de corte regional e interfaces com a saúde – Finalidades da regionalização: ampliação do acesso às ações e serviços de saúde; combate às desigualdades sociais regionais; desenvolvimento regional – 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 – Interfaces entre a definição de regiões de saúde e conformação de espaços de negociação e decisão regional com a organização de redes

	<ul style="list-style-type: none"> – Estratégias políticas da regionalização – Planejamento e regulação da regionalização – Financiamento regional 	<ul style="list-style-type: none"> – Inserção e interfaces da regionalização da saúde em outras políticas governamentais no âmbito do estado – Lugar da regionalização na agenda principal da política estadual de saúde – Participantes do processo de regionalização – Relacionamento entre a SES e o MS no processo de regionalização – Relação entre o processo de regionalização no estado com outras políticas federais com enfoque territorial – Estratégias e participantes do processo de planejamento regional da saúde no estado – Existência, atualização e situação de implantação dos planos que orientam o processo de 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, materiais coletados para exames) – Existência de estratégias voltadas para a contratação, distribuição ou lotação de profissionais de saúde para atendimento de necessidades regionais – Problemas e conflitos relacionados ao planejamento e a regulação no estado – Existência de investimentos regionais (origem, tipos e finalidades) – Existência de recursos financeiros voltados para a qualificação profissional (origem, tipos e finalidades) – Existência e tipos de mecanismos de distribuição de recursos financeiros compatíveis com a regionalização (critérios e finalidades) (ex: PPI) – Alocação de recursos destinados à compensação de desigualdades regionais (origem e critérios utilizados) – Existência de fundos regionais de recursos (consórcios de saúde, fundos estaduais compensatórios, outros fundos) Existência de incentivos à regionalização
--	---	---

<p>Governança regionalização</p>	<p>da</p> <ul style="list-style-type: none"> – Estruturas de integração e gestão regional – Papel da CIB na regionalização – Relações intergovernamentais – Relações público-privadas 	<ul style="list-style-type: none"> – 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) – 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 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) – 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)
<p>Impactos regionalização</p>	<p>da</p> <ul style="list-style-type: none"> – Mudanças institucionais 	<ul style="list-style-type: none"> – 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

<p>Conteúdo das negociações intergovernamentais na CIB</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Principais influências sobre a agenda de discussão - Temática predominante nas reuniões 	<ul style="list-style-type: none"> - Formas de definição da pauta (quem define a pauta; critérios utilizados e principais influências na definição da pauta) - Atuação do COSEMS junto à CIB - Atuação da SES junto à CIB - 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.) - 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) - Prioridade dada aos temas/metasp do Pacto pela Vida - Abrangência territorial dos temas tratados (nacional, macrorregional, estadual, regional, municipal, intramunicipal)
--	--	---

<p>Processo político e padrões de relacionamento na CIB</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Natureza da interação intergovernamental na CIB – Natureza de interação da CIB com o CES 	<ul style="list-style-type: none"> – Regras e lógica do processo decisório (como se dá a tomada de decisão: voto, consenso) – 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) – Caráter predominante das relações intergovernamentais (conflitiva, cooperativa; marcada por divergências e desacordos ou por estratégias de negociação, pactuação, convergência e parceria) – Tipos de relações entre os membros da CIB (regionais, técnico-políticas, político-partidárias, pessoais, corporativas) – Tipos de conflitos presentes na CIB (entre estado e municípios; entre municípios; entre gestores e prestadores de serviços; entre o segmento público e privado) – Principais motivos dos conflitos entre estado e municípios e entre os municípios (divergências políticas, econômico-financeiro, técnicas, etc.) – Principais temas de consenso (entre estado e municípios, entre municípios) – Existência e tipos de estratégias de articulação entre CIB e CES – 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)
---	---	---

Resultados da atuação da CIB	<ul style="list-style-type: none"> – Capacidade de formulação de políticas – Capacidade de implantação de políticas – Efeitos na coordenação intergovernamental 	<ul style="list-style-type: none"> – Caráter das reuniões (informativo, consultivo, deliberativo) – Existência de agenda “própria” estadual e regional – Tipos de definições e propostas da CIB (principais temas) – Existência de documentos legais e normativos que formalizem as definições e propostas das CIB – Existência de estratégias e mecanismos para divulgação e implantação das definições e propostas da CIB – Desdobramentos concretos (efetivos) das definições e propostas da CIB – Interferência da CIB na definição do número e localização dos CIES no Estado – Estabelecimento no âmbito da CIB de acordos formais de cooperação entre gestores (inclui acordos do Pacto e outros) – Estabelecimento de parcerias para o enfrentamento de problemas do sistema de saúde – <u>Superação de conflitos previamente existentes</u>
CIB e regionalização	<ul style="list-style-type: none"> – Papel da CIB na regionalização – Natureza da interação da CIB com as estruturas regionais 	<ul style="list-style-type: none"> – Atribuições e influências da CIB no processo de regionalização – Participação dos responsáveis pela regionalização nas reuniões da CIB – Influências do processo de regionalização sobre a CIB – Papel da CIB na formulação e implementação de políticas de caráter regional – Lacunas relacionadas à regionalização da saúde no estado – Tipos de relações existentes entre a CIB e as instâncias regionais (CIBs regionais, CGR, estruturas regionais da SES, consórcios de saúde, CIES) – Relações existentes entre a CIB e outros atores de relevância regional no estado

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 (profissão):

Cargo atual no estado

a. Instituição	
b. Nome do cargo	
c. No cargo desde quando	

Experiência profissional anterior:

Endereço profissional (logradouro, número, complemento, CEP, cidade, UF):

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, faça 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: ____h____min

Hora final da entrevista: ____h____min

IDENTIFICAÇÃO E PERFIL DO(A) ENTREVISTADO(A)

Nome:

Sexo:

- feminino
 masculino

Data do nascimento: ____/____/____

Formação profissional (profissão):

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 anterior:

Endereço profissional (logradouro, número, complemento, CEP, cidade, UF):

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, faça 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: ____h ____min

Hora final da entrevista: ____h ____min

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 (profissão):

Cargo atual

a. Instituição	
b. Nome do cargo	
c. No cargo desde quando	

Experiência profissional anterior:

Endereço profissional (logradouro, número, complemento, CEP, cidade, UF):

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 (início 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.

36. Houve mudanças recentes na regionalização relacionadas ao pacto pela saúde? Quais? *(considerar mudanças na condução política, na configuração das regiões, na estrutura de gestão regional, entre outras)*

37. Nesse momento de implantação do Pacto, como se articulam os processos de descentralização e regionalização no estado? Houve mudanças?

DESENHO DA REGIONALIZAÇÃO

[Solicitar mapa da regionalização; PDR]



38. Quais e quantos são os recortes territoriais utilizados atualmente 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?

42. No atual desenho regional da saúde, são consideradas dinâmicas territoriais particulares? Quais as iniciativas adotadas nesse sentido? *(Exs: iniciativas que considerem regiões metropolitanas, áreas de divisas, fronteiras, áreas de preservação ambiental, reservas indígenas)*

43. Existem no estado outras políticas que extrapolem o setor saúde conduzidas sob a lógica regional? Quais?

44. O desenho regional adotado é próprio da saúde ou coincide com o adotado em outras políticas públicas?

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?**

- 49. 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)*

55. Existe relação entre o processo de regionalização da saúde em curso no estado com políticas federais com enfoque territorial?

(considerar iniciativas de diferentes áreas do governo federal. Ex: planos regionais, grandes projetos de infra-estrutura, territórios da cidadania, políticas de integração regional na América Latina e para regiões de fronteiras, demarcação de território indígena 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:

Outros (Ex: PPA)

Especifique:

Última atualização: ____/____/____.

Situação de implantação:

- 58. O processo de regionalização da saúde envolve estratégias de regulação? Quais estratégias e com que finalidades?**
- 59. Existem centrais de agendamento de consultas, leitos e regulação implantados no estado? Quais e como funcionam?** *(abordar qual a abrangência, os tipos e como funcionam)*
- 60. Existe cartão de saúde ou outros instrumentos de identificação e acompanhamento dos pacientes implantados no estado? Quais e como funcionam?** *(abordar qual a abrangência, os tipos e como funcionam)*

- 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.)*

67. No processo de regionalização em curso foram destinados recursos financeiros voltados para a qualificação profissional nas regiões de saúde? Especifique a origem dos recursos, os tipos e as finalidades.

- 68. No processo de regionalização em curso, foram implantados incentivos financeiros com recursos estaduais específicos? Especifique as formas de repasse, os tipos de incentivos e as finalidades.**
- 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]



Estruturas de representação regional da SES

Especifique a denominação adotada:

Ano de implantação:

Possui instrumento legal ou normativo: 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: 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 (formalização): sim não

Especifique instrumento:

Atribuições e modo de funcionamento:

Papel no processo de regionalização:

Outros (Ex: Comissão de Integração Ensino-Serviço)

Especifique:

Ano de implantação:

Possui instrumento legal ou normativo (formalização): 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?

- 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?**

- 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: ____h ____min

Hora do final da entrevista: ____h ____min

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:

Sexo: feminino

masculino

Data do nascimento: ____ / ____ / ____

Formação profissional (profissão):

Cargo atual

a. Instituição	
b. Nome do cargo	
c. No cargo desde quando	

Experiência profissional anterior:

Endereço profissional (logradouro, número, complemento, CEP, cidade, UF):

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 CIB no estado? Qual? (solicitar instrumento)

- 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 similar? (Assinale quantas opções forem necessárias)

- 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)

Sim (especifique data da última atualização)

Não

97. A CIB conta com câmaras técnicas, grupos de trabalho ou similares? (Ex.: pareceristas, técnicos sobre temas específicos) Quantos? Quais?

Sim (especifique número, tipo, temas, caráter permanente ou temporário)

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-Serviço (CIES ou similar)? Desde quando?

Sim (especifique a data da criação)

Não

100. Qual o papel da Comissão de Integração Ensino-Serviço (ou similar) vinculada à CIB?

101. A CIB conta com espaço próprio de funcionamento?

Sim (Especifique sede administrativa, espaço para reuniões)

Não

102. A CIB conta com recursos próprios?

a. Financeiros.

Sim (especifique)

Não

b. Recursos humanos.

Sim (especifique contratado, estatutário, vínculo a SES ou SMS)

Não

c. Materiais.

Sim (especifique, por ex: computador, arquivos, etc.)

Não

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

	Sim	Não
Página na Internet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E-mail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I - Para os representantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
II - Para todos os municípios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Correio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I - Para os representantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
II - Para todos os municípios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outros (especifique)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

104. Quais os instrumentos de registro das reuniões?

	Sim	Não
Sumários executivos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gravações	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outros (especifique)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

105. Como é feita a divulgação dos registros (ex: atas, sumários) das reuniões da CIB?

	Sim	Não
Página na Internet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E-mail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I - Para os representantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
II - Para todos os municípios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Correio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I - Para os representantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
II - Para todos os municípios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outros (especifique)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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.: Assembleia 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?

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

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 a 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 das reuniões da CIB no período de 2007 a 2008? Com que assiduidade?

117. Além dos representantes formais do estado e municípios, quem 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 reuniões da CIB?

Qual a regra vigente? (*Registrar se a regra exige paridade de representação entre estado e municípios*)

Sim

Não

Especifique:

119. Existe previsão de *ad referendum*? Em que situações isso é aplicado? Esse procedimento foi freqüente no período de 2007 a 2008?

Sim

Não

Especifique:

Dimensão 2

Conteúdo nas negociações intergovernamentais na CIB

PRINCIPAIS INFLUÊNCIAS SOBRE A AGENDA DE DISCUSSÃO

120. Quem participou da definição da pauta da CIB no período de 2007 a 2008?

	Sim	Não
Membros da Secretaria de Estado de Saúde (especifique):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Membros do COSEMS (especifique):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Secretaria Executiva da CIB (especifique):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outros (especifique):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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)

- 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

124. Quais foram os principais temas abordados nas reuniões da CIB no período de 2007 a 2008?

125. Em sua opinião, os temas do Pacto pela Saúde foram priorizados na CIB no período de 2007 a 2008? Quais?

126. Na sua opinião, os temas discutidos na CIB dizem respeito a problemas de natureza predominantemente estadual, regional ou 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)*

Regionais.

Especifique:

Técnico-políticas (baseada nas políticas públicas/princípios do SUS).

Especifique:

Político-partidárias.

Especifique:

Pessoais (clientelísticas)

Especifique:

Corporativas/grupos de interesses

Especifique:

Outros

Especifique:

131. Quais os principais conflitos que se expressaram na CIB no período de 2007 a 2008?

(Assinale quantas opções forem necessárias)

Entre estado e municípios. Especifique:

Entre municípios Especifique:

Entre gestores do SUS e prestadores de serviços. Especifique:

Entre o segmento público e o privado. Especifique:

Outros. Especifique:

132. Quais os principais motivos de conflitos intergovernamentais na CIB no período 2007 a 2008? *(Assinale quantas opções forem necessárias)*

Econômico-financeiras. Especifique:

Técnico-políticas. Especifique:

Político-partidárias. Especifique:

Interesses regionais. Especifique:

Interesses corporativos. Especifique:

Interesses privados. Especifique:

Outros. Especifique:

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 CIB no período de 2007 a 2008?

- Informativo (especifique):
- Consultivo (especifique):
- Deliberativo (especifique):
- Avaliativo (especifique):
- Outros (especifique):

137. Quais foram as principais definições e propostas da CIB no período de 2007 a 2008? *(registrar temas e principais decisões)*

138. Há documentos legais e normativos que formalizaram as definições e propostas da CIB no período de 2007 a 2008? Quais?

- Sim (especifique):
- Não

CAPACIDADE DE IMPLANTAÇÃO DE POLÍTICAS

139. Como foi feita a divulgação das decisões da CIB no período de 2007 a 2008?

	Sim	Não
Imprensa Oficial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Página na Internet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E-mail		
I - Para os representantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
II - Para todos os municípios..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Correio		
I - Para os representantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
II - Para todos os municípios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outros (especifique abaixo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A divulgação é sistemática?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

140. Quais as estratégias e instrumentos utilizados para a implantação das definições e propostas da CIB no período de 2007 a 2008?

141. Quais os desdobramentos das definições e propostas da CIB no período de 2007 a 2008? (*resoluções, instrumentos, efeitos das definições e propostas*)

142. A CIB influenciou na definição do número e localização das Comissões de Integração Ensino-Serviço (CIES) no estado? De que forma?

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)*

149. Em sua opinião, o processo de regionalização em curso alterou a atuação da CIB no estado? De que forma?

150. Quais as principais lacunas que identifica no processo de regionalização da saúde?

NATUREZA DA INTERAÇÃO DA CIB COM AS ESTRUTURAS REGIONAIS

151. Quais são as relações existentes entre a CIB e as instâncias governamentais nas regiões de saúde no estado? (Ex: CIBs regionais, CGRs, CIES, estruturas regionais do estado)

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

Instrumento de apoio para coleta de dados da CIB

(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)*

2. Número de reuniões da CIB registradas em atas no período de 2007 a 2008. *(denominador para análise da participação e da temática das reuniões)*

Nº de reuniões ordinárias: _____

Nº de reuniões extraordinárias: _____

3. Número de reuniões da CIB com registro de participação do Secretário de Estado de Saúde período de 2007 a 2008.

Nº de reuniões: _____

4. Registro de participação de outros atores (além dos representantes formais do estado e municípios) nas reuniões da CIB no período de 2007 a 2008.

	Sim	Não	Número de vezes
Secretários de outros municípios do estado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Técnicos dos municípios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Outros dirigentes do estado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Técnicos do estado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Dirigentes e técnicos do MS.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Conselheiros de Saúde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Representantes do Legislativo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Prestadores privados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Membros das Instituições de Ensino e Pesquisa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Outros (especifique)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

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	
4	Dengue	
	Hanseníase	
	Tuberculose	
	Malária	
	Influenza	
	<i>Hepatite</i>	
	<i>AIDS</i>	
5	Promoção da saúde	
6	Fortalecimento da Atenção Básica	
7	<i>Saúde do trabalhador</i>	
8	<i>Saúde mental</i>	
9	<i>Atenção às pessoas com deficiência</i>	
10	<i>Pessoas sit. ou risco de violência</i>	
11	<i>Saúde do homem</i>	

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

7. Registro de campos de atenção à saúde envolvidos nas discussões da CIB no período de 2007 a 2008. *(contagem dos quadros anexos, preenchidos a partir das atas das CIBs)*

	Nº de vezes
Assistência à saúde (rede de serviços, organização da atenção à saúde, assistência farmacêutica)	_____
Vigilância epidemiológica e controle de doenças (ex: dengue, tuberculose):	_____
Vigilância sanitária	_____
Produção e regulação de insumos	_____
Formação e gestão de RH	_____
Promoção da saúde e articulação intersetorial	_____
Outros:	_____

8. Registro de escala territorial dos temas discutidos na CIB no período de 2007 a 2008. *(contagem dos quadros anexos, preenchidos a partir das atas das CIBs)*

	Nº de vezes
Nacional	_____
Macrorregional (Interestados)	_____
Estadual	_____
Regional	_____
Municipal	_____
Intramunicipal	_____

Quadro auxiliar para consolidação de informações das atas da CIB

Questão 2	Datas das reuniões da CIB (2007)																		
	Ordinária																		
	Extrordinárias																		
Questão 3	Participação do SES	Secretário de Estado de Saúde																	
Questão 4	Participação de outros atores (além dos representantes)	Secretários outros municíp./ 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 Inst. Ensino e Pesquisa																	
		Outros (especifique)																	

Datas das reuniões (2007)																	
Questão 5 Temas abordados nas reuniões da CIB em 2007-2008	Distribuição de recursos financeiros																
	Qualificaç dos municíp aos prog. federais																
	Adesão ao pacto pela saúde																
	Referências e fluxos intermunicipais																
	Políticas e estratégias de regionalização																
	Transf. de responsabilidades para municípios																
	Transf. de serviços para municípios																
	Educação permanente																
	Relações público-privadas																
	Solicitação de credenciamentos																
	Pactuação de indicadores de saúde																
	Prioridades da at. à saúde- Prog. específ																
	Outros:																
Questão 6 Temas do Pacto pela Vida abordados na CIB (2007-2008)	1	Saúde do idoso															
	2	CA colo de útero															
		CA mama															
	3	↓ mortalidade infantil e materna															
	4	dengue															
		hanseníase															
		tuberculose															
		malária															
		influenza															
		Hepatite															
	4	AIDS															
		5	Promoção da saúde														
	6	Fortalecimento da Atenção Básica															
	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 (2007)																		
Questão 7 Campos dos temas discutidos na CIB (2007-2008)	Assistência à saúde (rede de serviços, organização da atenção à saúde, assistência farmacêutica)																	
	Vigilância epidemiológica e controle de doenças (ex: dengue, tuberculose)																	
	Vigilância sanitária																	
	Produção e regulação de insumos																	
	Formação e gestão de RH																	
	Promoção da saúde e articulação intersetorial																	
Questão 8 Escala territorial dos temas discutidos na CIB (2007-2008)	Nacional																	
	Macrorregional (Interestados)																	
	Estadual																	
	Regional																	
	Municipal																	
	Intramunicipal																	

Quadro auxiliar para consolidação de informações das atas da CIB

Questão 2	Datas das reuniões da CIB (2008)																		
	Ordinária																		
	Extrordinárias																		
Questão 3	Participação do SES	Secretário de Estado de Saúde																	
Questão 4	Participação de outros atores (além dos representantes)	Secretários outros municíp./ 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 Inst. Ensino e Pesquisa																	
		Outros (especifique)																	

Datas das reuniões (2008)															
Questão 5 Temas abordados nas reuniões da CIB em 2007-2008	Distribuição de recursos financeiros														
	Qualificaç dos municíp aos prog. federais														
	Adesão ao pacto pela saúde														
	Referências e fluxos intermunicipais														
	Políticas e estratégias de regionalização														
	Transf. de responsabilidades para municípios														
	Transf. de serviços para municípios														
	Educação permanente														
	Relações público-privadas														
	Solicitação de credenciamentos														
	Pactuação de indicadores de saúde														
	Prioridades da at. à saúde- Prog. específ														
	Outros:														
Questão 6 Temas do Pacto pela Vida abordados naCIB (2007-2008)	1	Saúde do idoso													
	2	CA colo de útero													
		CA mama													
	3	↓ mortalidade infantil e materna													
	4	dengue													
		hanseníase													
		tuberculose													
		malária													
		influenza													
		Hepatite													
	5	AIDS													
		6	Promoção da saúde												
		7	Fortalecimento da Atenção Básica												
8		Saúde do trabalhador													
9		Saúde mental													
		Atenção pessoas com deficiência													

	10	Pessoas sit. ou risco de violência																
	11	Saúde do homem																

Datas das reuniões (2008)																		
Questão 7 Campos dos temas discutidos na CIB (2007-2008)	Assistência à saúde (rede de serviços, organização da atenção à saúde, assistência farmacêutica)																	
	Vigilância epidemiológica e controle de doenças (ex: dengue, tuberculose)																	
	Vigilância sanitária																	
	Produção e regulação de insumos																	
	Formação e gestão de RH																	
	Promoção da saúde e articulação intersetorial																	
Questão 8 Escala territorial dos temas discutidos na CIB (2007-2008)	Nacional																	
	Macrorregional (Interestados)																	
	Estadual																	
	Regional																	
	Municipal																	
	Intramunicipal																	