



ALINE CERQUEIRA CRUZ

**COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE
MICRORREGIONAL EM MINAS GERAIS: PROCESSO
DECISÓRIO E RESPONSABILIDADES DA GESTÃO
MUNICIPAL EM SAÚDE**

BELO HORIZONTE
ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UFMG
2011

ALINE CERQUEIRA CRUZ

**COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE
MICRORREGIONAL EM MINAS GERAIS: PROCESSO
DECISÓRIO E RESPONSABILIDADES DA GESTÃO
MUNICIPAL EM SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Saúde e Enfermagem

Linha de pesquisa: Planejamento, organização e gestão de serviços de saúde e de enfermagem

Orientadora: Prof^a Doutora Marília Alves

BELO HORIZONTE
2011

Cruz, Aline Cerqueira.
C957c Comissão intergestores bipartite microrregional em Minas Gerais
[manuscrito]: processo decisório e responsabilidades da Gestão Municipal
em Saúde. / Aline Cerqueira Cruz. - - Belo Horizonte: 2011.
116f.: il.
Orientadora: Marília Alves.
Área de concentração: Saúde e Enfermagem.
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola
de Enfermagem.

1. Políticas, Planejamento e Administração em Saúde. 2. Gestor da
Saúde. 3. Política de Saúde. 4. Conselhos de Planejamento em Saúde. 5.
Saúde Pública. 6. Dissertações Acadêmicas. I. Alves, Marília. II.
Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. III. Título.
NLM: WA 525

Folha de Aprovação

Universidade Federal de Minas Gerais
Escola de Enfermagem
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Dissertação intitulada: “*Comissão Intergestores Bipartite Microrregional em Minas Gerais: Processo Decisório e Responsabilidades da Gestão Municipal em Saúde*”, de autoria da mestranda Aline Cerqueira Cruz, aprovada pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:

Prof^ª. Dr^ª. Marília Alves – UFMG/EE – Orientador

Prof^ª Dr^ª Sônia Maria Soares – UFMG/EE

Prof^ª Dr^ª Maria Rizeide Negreiros Araújo

Prof. Dra. Tânia Chianca
Coordenadora do Programa de Pós-graduação em
Enfermagem: Saúde em Enfermagem. EE/UFMG

Belo Horizonte, de de 2011

Dedico este trabalho a minha família e a todos os gestores e profissionais de saúde que acreditam em novos modos de agir em saúde, na construção de um Sistema Único de Saúde efetivo, que estimule mudanças, e no exercício da cidadania e da democracia.

AGRADECIMENTOS

A Deus por me amparar nos momentos difíceis, me dar força interior para superar as dificuldades, mostrar o caminho nas horas incertas e me suprir em todas as minhas necessidades.

A minha orientadora, Marília Alves, pela convivência e amizade, por acreditar em mim e ter sido minha parceira acompanhando meu processo de formação.

A meus pais, pelo exemplo de vida e porque sempre me ensinaram a lutar por meus sonhos.

A minhas irmãs, Grá pelo incentivo mesmo estando de longe sempre esteve muito presente em minha vida e Cami por compreender meus momentos de estudo e construção desta pesquisa.

Amo vocês!

A toda minha família, a qual amo muito, pelo carinho e incentivo. Em especial as primas Déia, Kau e Van.

Às professoras da Enfermagem UFMG, em especial as professoras Maria José Brito, Cláudia Pena, Eliana Vila, Solange, Teresa Cristina, Paula Cambraia, Kênia que sempre tinham uma palavra de força e de carinho quando nos encontrávamos.

À professora e amiga, Sônia Viana, pela amizade, apoio e confiança em meu trabalho.

Aos colegas do Mestrado, pelas trocas de experiências.

À colega de mestrado e amiga, Palloma pela parceria e amizade.

À Secretaria de Estado de Saúde, à Gerência Regional de Saúde de Belo Horizonte e aos Secretários Municipais de Saúde que participaram da pesquisa e proporcionaram a realização deste trabalho.

Aos colegas de trabalho e amigos da “GRS-BH” da “AGR” e da Auditoria da SES, pelo apoio.

Aos amigos Breno, Lenira, Darlan, Bruno, Selminha, Cássia, Camila Mamede e Nogueira, Renatinha, Gabriela, Thaís, Ana Paula, Ariadne e Dani Veloso por dividir comigo as angústias.

Aos amigos que tive o privilégio de conhecer nesta caminhada - meu carinho e amizade sinceros.

Se, de alguma forma, não mencionei ou deixei de lembrar algum nome, meu pedido de perdão.

Sei que todos são importantíssimos. Meu apreço e meu “obrigada”.

“Uma sociedade onde caibam todos, só será possível num mundo onde caibam muitos mundos. A educação se confronta com essa apaixonante tarefa: formar seres humanos para os quais a criatividade e a ternura sejam necessidades vivenciais e elementos definidores dos sonhos, de felicidade individual e social”.

Hugo Assmann (1998)

RESUMO

As instâncias colegiadas dos SUS apresentam elevado grau de importância, posto que é nesses espaços que os embates e as escolhas políticas e técnicas acontecem. As situações reais discutidas nas Comissões Intergestores Bipartites (CIBs), atualmente, requerem múltiplas análises, visando à compreensão do papel dos gestores e técnicos na construção de estratégias para melhoria da qualidade de saúde da população. A criação das CIBs Macro e Microrregionais em Minas Gerais mostram a complexidade da organização dos serviços de saúde para a garantia da integralidade das ações. Assim, realizar a gestão de um município neste contexto consiste em uma ação também complexa, considerando os desafios e especificidades existentes na dinâmica de trabalho de uma Secretaria Municipal de Saúde. Por isso, aprofundar as discussões sobre o processo decisório nas CIBs tornou-se pertinente para ampliar os saberes necessários para a melhoria da gestão colegiada e governança. Esta pesquisa buscou compreender o processo decisório em uma Comissão Intergestores Bipartite Microrregional do Estado de Minas Gerais e a adequação das decisões às responsabilidades da gestão municipal em saúde. Optou-se por realizar um Estudo de caso qualitativo, como abordagem metodológica, que possibilitou a imersão no contexto de uma Comissão Intergestores Bipartite Microrregional do Estado de Minas, como centro de decisão das políticas de saúde, rico em diversidade, complexidade e especificidades das relações existentes na gestão. Os sujeitos da pesquisa foram seis gestores municipais de saúde e três sujeitos representantes estaduais membros da CIB Micro, totalizando em nove sujeitos. Os dados foram coletados por meio de observação das reuniões e entrevistas semiestruturadas que foram submetidas à análise de conteúdo. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Minas Gerais (COEP/UFMG) e os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os resultados mostram que os processos decisórios na CIB Micro analisada nos levam a um contexto complexo, no qual as decisões devem ser por consenso, conforme a legislação. Em situações nas quais não haja pactuação entre os gestores sobre determinados temas esses devem ser remetidos à CIB /SUS MG. As decisões são influenciadas pelo conhecimento, interesses diversos, capacidade de articulação e de convencimento dos atores envolvidos, o que gera diferentes sentimentos em relação à efetiva participação nas decisões. A CIB micro, considerada pelos entrevistados como importante espaço democrático de gestão colegiada, exerce um papel mais informativo que deliberativo, necessitando se consolidar como Colegiado de Gestão Regional (CGR), como arena política com suficiente poder decisório para promover a gestão da rede e a governança regional. Na CIB Micro estudada percebe-se que, em seu atual estágio, ainda não reflete totalmente a dinâmica e a qualidade do processo de integração esperados para uma gestão compartilhada, mas há um esforço para discussão conjunta, da forma mais coletiva e participativa possível. Verifica-se, ainda, que a mesma apresenta autossuficiência em atenção secundária e serviços de atenção terciária e se torna uma microrregião diferenciada em relação a outras do Estado. Porém, ainda necessita de melhorias em seu planejamento, monitoramento, avaliação e utilização dos instrumentos do planejamento do SUS em todos os aspectos considerados.

Palavras-chave: Saúde Pública; Política de Saúde; Gestor de Saúde; Políticas, Planejamento e Administração em Saúde; Conselhos de Planejamento em Saúde; Dissertações Acadêmicas.

ABSTRACT

The collegiate instances of Unique Health System (SUS) are of great importance, since it is in those spaces that the political and technical choices and confrontations take place. The real situations are discussed in the Bipartite Inter-managerial Commissions (CIBs) and require multiple analyses, seeking to understand the role of managers and technicians in the construction of strategies to improve the health of population. Creation of Macro and Micro regional CIBs in the state of Minas Gerais, Brazil show the complexity of health systems organization, in order to guarantee the integrality of the actions. Ergo, to manage a city in this context is also a complex task, considering the specificities and the challenges of the work dynamics of a Municipal Health Secretariat. For that reason, it is pertinent to study the decision making process of the CIBs, to broaden the necessary knowledge to improve management and governance. This study aimed to understand the decision making process of a Micro regional CIB in the state of Minas Gerais, Brazil, and the adequacy of the decisions for the municipal health management's responsibilities. This is a qualitative case study, and this methodological approach made it possible to immerse in the micro regional CIB of Minas Gerais, the centre of political decisions, diverse, complex and with specificities in the managerial relations. The subjects of the research were six municipal health managers and three state representative subjects, members of the CIB, coming to a total of nine subjects. Data was collected by observing the meetings and by semi-structured interviews, submitted to content analysis. The project was submitted to the Human Beings Research Ethics Committee of University of Minas Gerais (COEP/UFMG) and the participants signed a waiver. Results show that the decision making process in the CIB analyzed takes us to a complex context, in which decisions must be consensual, according to the legislation. In situations in which there is not an agreement between the managers, the case must be sent to the CIB / SUS MG. Decisions are influenced by knowledge, interests, articulation ability and convincing of the involved personnel, what generates different feelings related to the effective participation in the decisions. The micro CIB, considered, by the subjects, an important democratic space for collegiate decision, has an important role, which is more for informing than deliberating. The micro CIB needs to be reinforced as Regional Management Collegiate (CGR), as political arena with enough decision making power to promote the management of regional governance and network. In the micro CIB studied, it is possible to perceive that, in the current state, it still does not have the dynamics and quality of integration process expected to a shared management, but there is an effort to make joint discussions, in the most collective and participative way possible. It is also possible to perceive self-sufficiency in the secondary attention and services of tertiary attention. It is a differentiated micro region comparing to others of the State. However, there is still need of improvement in the monitoring, evaluation, and usage of SUS instruments planning in all aspects considered.

Key words: Public Health; Health Policy; Health Manager; Health Policy, Planning and Management; Health Planning Councils; Academic Dissertations.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Mapa de Minas Gerais considerando as Macrorregiões assistenciais.....	40
Figura 2	Mapa da Macrorregião Centro com suas respectivas microrregiões	41
Figura 3	Mapa da Microrregião Betim com seus respectivos municípios	42
Figura 4	Fluxograma do Processo Decisório	47
Quadro 1	Síntese no Plano Diretor de Regionalização 2003 a 2006	31
Quadro 2	Atribuições das Comissões Intergestores Bipartite Macro e Microrregionais em Minas Gerais.....	37
Quadro 3	Distribuição do indicador de resolubilidade da CIB Micro Betim - 2003 a 2009	77

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CGR – Colegiado de Gestão Regional

CIB – Comissão Intergestores Bipartite

CIT - Comissão Intergestores Tripartite

COSEMS – Conselho dos Secretários Municipais de Saúde

GRS – Gerência Regional de Saúde

MAC – Média e Alta Complexidade

NOB – Norma Operacional Básica

NOAS – Norma Operacional de Assistência à Saúde

PDR – Plano Diretor de Regionalização

PDI - Plano Diretor de Investimento

PMDI – Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado

PPI – Programação Pactuada Integrada

SES – Secretaria Estadual de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	OBJETIVOS	19
2.1	Objetivo Geral	19
2.2	Objetivos Específicos	19
3	REFERENCIAL TEÓRICO	20
3.1	O Federalismo no Brasil, a Descentralização e a Regionalização no SUS	20
3.2	Descentralização e Regionalização do SUS contextos e condicionantes	26
3.3	A Regionalização do SUS em Minas Gerais	30
3.4	O Processo Decisório e as Comissões Intergestores Bipartite	32
4	TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	38
4.1	Natureza da pesquisa	38
4.2	Cenário de estudo	40
4.3	Sujeitos da pesquisa	42
4.4	Coleta de dados	43
4.5	Análise dos dados	44
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	45
5.1	Organização e Funcionamento da CIB Micro e a Tomada de Decisão	45
5.2	Fatores que influenciam o Processo Decisório na CIB Micro	62
5.3	Políticas de Saúde: Aplicação das Decisões da CIB micro frente às responsabilidades municipais	74
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	88
	REFERÊNCIAS	92

APÊNDICES	104
Apêndice A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	105
Apêndice B - Roteiro de entrevista	106
ANEXOS	107
Anexo A – Parecer do COEP	108
Anexo B – Deliberação CIB-SUS/MG nº 095	
Anexo C – Deliberação CIB-SUS/MG nº 338	

1 INTRODUÇÃO

A estratégia de descentralização da saúde na década de 1990 que visou à incorporação, pelos Municípios, da responsabilidade pelo fornecimento de serviços em seus territórios e pela organização de sistemas municipais, permanece em 2000 e ainda se depara, atualmente, com problemas relativos à iniquidade na oferta e no acesso, intensa fragmentação e desorganização dos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS).

Conforme Pereira (2009), a permanência desses problemas se deve, entre outros fatores, ao fato de extrapolarem os limites administrativos e a governabilidade das instâncias municipais e requererem a participação dos gestores estaduais no planejamento e consolidação de *sistemas regionais* de saúde. Sistemas regionais que, em geral, ultrapassam as fronteiras dos Municípios e, por isso, necessitam da implantação de estratégias voltadas para a coordenação das ações e serviços de saúde nos territórios intra e intermunicipais.

A regionalização se destacou por meio dos instrumentos e mecanismos contidos nas Normas Operacionais de Assistência à Saúde -NOAS - SUS 01/01 e 01/02 (BRASIL, 2001a, BRASIL 2002a) e no Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006a). Em Minas Gerais, o Plano Diretor de Regionalização (PDR), caracterizado como a regionalização hierárquica da assistência à saúde, instrumento essencial para a reorganização do modelo de atenção e da gestão do SUS e para a discussão das macro e microestruturas da oferta de serviços, ou de necessidades e espaços de saúde a serem desenhados.

O PDR, em Minas Gerais, foi elaborado em 2001 e revisto em 2003, dividindo o Estado em 13 Macrorregiões e 75 Microrregiões, definidas segundo critérios sanitários, epidemiológicos, geográficos, sociais, de oferta de serviços e acessibilidade considerando os 853 municípios. Cada Macro e cada Microrregião apresentam Municípios que são polos, ou seja, que são referência para determinada região, geralmente de maior densidade populacional com estrutura de equipamentos urbanos de saúde e com maior densidade tecnológica. Dessa forma, o PDR/MG apresenta Macrorregiões e Microrregiões bipolares e tripolares, sendo 17 polos de Macro e 99 polos de Micro. Em dezembro de 2009, o PDR foi ajustado conforme Deliberação CIB-SUS/MG nº 618 de 75 Microrregiões para 76 Microrregiões acrescentando uma Microrregião na Macro Norte de Minas, a Microrregião Manga.

Administrativamente, o estado de Minas Gerais é dividido em 28 Gerências Regionais de Saúde (GRS) que acompanham, monitoram os municípios da respectiva jurisdição e auxiliam na implementação das Políticas de Saúde no Estado. Desse modo, mesmo apresentando uma divisão territorial diferenciada do PDR, ponto dificultador em alguns momentos, as GRS assessoram tecnicamente e vinculam administrativamente os Municípios presentes nas Macro e Microrregiões assistenciais.

O SUS constitui um modelo extremamente complexo, que só pode se concretizar por meio do estabelecimento de relações interinstitucionais, interníveis de governo e interserviços (VIANA *et al.*, 2002b). Tais atributos, só serão obtidos por meio de instituições comprometidas com a mediação das relações intergovernamentais, frutos da coordenação federativa. A literatura aponta como iniciativas de sucesso do setor saúde, a criação da Comissão Intergestores Bipartite (CIB), que apresenta a esfera municipal e estadual e a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) que apresenta a esfera municipal, estadual e nacional, como instâncias de negociação e compartilhamento de decisões. No entanto, sabe-se que ainda há que se avançar na construção de mecanismos de cooperação; assim, Minas Gerais, a partir do esboço do Plano Diretor de Regionalização (PDR) de 2003, criou e implementou as 13 CIB Macrorregionais e as 75 CIB Microrregionais.

A CIB do Estado de Minas Gerais (CIB-SUS/MG) é uma instância colegiada instituída pela Resolução nº 637 em 1993 e constitui foro privilegiado de negociação e decisão quanto aos aspectos operacionais do SUS juntamente com as CIB Macrorregionais e Microrregionais criadas em 17 de maio de 2004 de acordo com a Deliberação CIB-SUS/MG n.º 095 (MINAS GERAIS, 2004). A partir da Deliberação CIB-SUS/MG nº 377 (MINAS GERAIS, 2007) e pela Portaria GM/MS nº 3.264 (BRASIL, 2007), as CIB Microrregionais foram também consideradas como os Colegiados de Gestão Regional.

A CIB-SUS/MG foi instituída com as finalidades de regulamentar os aspectos operacionais do SUS/MG; dirigir a elaboração, implantação e implementação de estudos e projetos inerentes ao processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde na perspectiva de construção do SUS; buscar a assistência integral, universalizada, equânime, regionalizada e hierarquizada, tendo como eixo a prática do planejamento integrado; articular-se com os órgãos e entidades do SUS no sentido de orientar o processo decisório; dentre outras, constantes de seu Regimento Interno (MINAS GERAIS, 2004).

A CIB-SUS/MG é integrada paritariamente por dirigentes da Secretaria Estadual de Saúde (SES) e representantes do Colegiado de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS). As CIB Macrorregionais e Microrregionais são compostas por representantes do Estado pelas Gerências Regionais de Saúde e os Secretários Municipais de Saúde.

Ressalta-se que todos os Secretários municipais devem ter participação ativa para concretizar e estabelecer o processo de decisão de uma forma regionalizada, descentralizada, articulada e efetiva, no qual todos fazem parte da construção do SUS, buscando a visão da realidade e a resolução dos problemas da região.

Portanto, ainda que todos os Municípios estejam no mesmo plano jurídico – político – administrativo, o que se constata é um quadro muito heterogêneo tanto em relação ao porte, quanto às realidades geográficas, sociais, culturais, econômicas e às estruturas administrativas e gerenciais. No que se refere ao grau de governabilidade e de capacidade de governo, especialmente das CIB Micro da qual os Municípios fazem parte e das Gerências Regionais de Saúde (GRS), ainda há muito a se construir e é necessário capacitar seus membros para promover o desenvolvimento institucional.

Na realidade o que se verifica, por um lado, é que o nível local do Sistema funciona de forma precária, gerando dificuldades de acesso aos serviços que requerem maior tecnologia, geralmente localizados em grandes centros.

Outra questão é que os trabalhadores e os gestores municipais são originários de diferentes profissões e experiências, com diferentes graus de escolaridade, com uma taxa baixa de especialização, com grande diversidade de vínculos nas diferentes esferas de governo e uma multiplicidade de escalas salariais além de grande rotatividade nos cargos. Ou seja, ocorrem diferenças entre os membros devido a política partidária, concorrência política, formação, salários e diferenças das necessidades dos Municípios.

A aproximação das decisões para junto dos interessados está presente na proposta da constituição da CIB Micro, como instância de planejamento e decisão bipartite. O gestor conduz o processo para os objetivos ou metas que elege, busca garantir sua direcionalidade ainda que com flutuações e negociações decorrentes das circunstâncias, do peso dos atores nas diferentes realidades (dados de conjuntura, portanto, sociais e políticos). Assim, o gestor busca vencer as resistências decorrentes dos pesos dos atores em relação a seu próprio peso e seleciona os

obstáculos, os nós críticos passíveis de serem trabalhados e negociados para o avanço do processo, sem perder de vista a realização de seu projeto.

Em um processo político democrático, no qual há pluralidade de posições, o conflito é inerente; portanto, torna-se necessário administrá-lo. A qualidade da decisão é avaliada pelo grau de articulação dos interesses conflitantes com o interesse público. É um processo que envolve trocas e ameaças entre situação e oposição e os recursos empregados nas negociações podem ser de diversos tipos, sendo um deles a pressão sobre o adversário. De qualquer forma, os atores devem ter a capacidade de demonstrar, com argumentos racionais, que suas propostas beneficiam a todos.

Silva (2000) relata, ainda, que ,no setor saúde como nos outros espaços do processo de decisão política, os grupos se organizam e negociam seus interesses. As instâncias colegiadas do SUS, especificamente as CIB, constituem arenas de embates constantes entre escolhas políticas e técnicas, assumindo elevado grau de importância na formulação e na implementação da atual política de saúde.

As instâncias colegiadas do SUS apresentam elevado grau de importância, posto que é nesses espaços que os embates e as escolhas políticas e técnicas acontecem. Ou seja: as decisões intermediárias, norteadas pela legislação do SUS, são construídas por meio de relações intergovernamentais. As situações reais que acontecem no cenário das CIB, atualmente, requerem múltiplas análises, visando buscar a compreensão do papel dos gestores e técnicos na construção de estratégias para melhoria da qualidade de saúde da população. E assim, pelo fato de eu ter exercido o cargo de Secretária Municipal de Saúde em um Município do interior do Estado, no período de dois anos, foi-me possível participar efetivamente como membro da CIB Micro e perceber a importância das CIB na implementação de Políticas de Saúde.

Tendo em vista as diretrizes das CIB, percebe-se que o processo decisório nessa nova dinâmica requer uma “flexibilização” das atuações dos atores envolvidos, os quais necessitam desenvolver habilidades e instrumentos gerenciais que agilizem as decisões a serem tomadas. É necessário que os gestores municipais estabeleçam respostas aos problemas de saúde e façam a articulação entre o processo decisório e a gestão municipal.

Esses fatos e as diferentes circunstâncias em que ocorrem colocam-nos a refletir como vem ocorrendo o processo decisório na CIB Micro. De um lado, os gestores decidem na instância colegiada, realizando a regionalização cooperativa e, de outro, esses mesmos gestores

implementam as ações diretas do Município diante das demandas da comunidade, dispõem de algumas tecnologias de intervenções básicas, porém limitadas, dependendo de apoio técnico e, ainda, a comunidade em outro extremo, reivindica, dos profissionais e do gestor de saúde, respostas para seus problemas.

Percebe-se assim, um contexto contraditório. De um lado, estão as “Normas” os “espaços de negociação e decisão” com a possibilidade de integração e organização de um território definido, adotando instrumentos necessários às soluções dos problemas e situações encontradas. De outro lado, os Municípios encontram limitações e dificuldades na concretização dessas diretrizes, principalmente no que diz respeito à articulação e à adoção das decisões da CIB-SUS/MG e da CIB Micro que influenciam na programação e na implementação das ações necessárias à saúde.

Nesse sentido, um dos desafios dos espaços Macro e Micro consiste em romper com a característica do modelo verticalizado, com determinações rígidas e realizar a governança da rede, o que torna necessário conhecer esses espaços de negociação e decisão e buscar compreender como ocorre o processo decisório. Ainda há escassez de conhecimento sistematizado sobre essas questões, principalmente que proponha mergulhar no cenário onde a produção de saúde acontece, considerando a percepção dos gestores envolvidos.

A criação das CIB Macro e Microrregionais em Minas Gerais mostra como é complexa a organização dos serviços para a garantia da integralidade das ações de saúde. Assim, realizar a gestão do Município nesse contexto consiste em uma ação também complexa, mediante desafios e especificidades da dinâmica de trabalho de uma Secretaria Municipal de Saúde. Por isso, aprofundar as discussões sobre o processo decisório na CIB Micro tornou-se pertinente, buscando ampliar os saberes necessários para a melhoria da gestão colegiada e da governança. Esta última, conforme Carvalho (2009), diz respeito à articulação e à cooperação entre atores sociais e políticos do governo e da sociedade, visando à construção dos arranjos institucionais necessários para que os objetivos sejam alcançados.

Assim, ouvir e discutir com os gestores “atores” sobre o processo decisório na CIB Micro e a gestão municipal em saúde, pôde apontar caminhos que direcionem a consolidação de políticas e ações de saúde respeitando as diversidades locais. Segundo Cecílio (1997), a tomada de decisões coletivas e democráticas são abordagens necessárias à garantia da flexibilização do

processo de trabalho em saúde, mantendo a participação efetiva de pessoas da comunidade, profissionais de saúde e políticos, construindo um caminho para as mudanças na saúde.

Diante do exposto, questionou-se: Como são tomadas as decisões na CIB Microrregional? Qual é a percepção dos gestores sobre a aplicação das decisões da CIB Microrregional na gestão de seu Município? Quais os principais fatores que influenciam o processo decisório?

Em deliberação, a CIB é uma instância eminentemente técnica, espaço de diálogo, negociação e pactuação do SUS que visa à viabilidade política para a execução das medidas operacionais, adequação das normas nacionais às condições específicas de cada unidade federada; repactuação dos papéis das três esferas de Governo e a legitimidade e sustentabilidade às decisões.

Conforme Serapioni (2006), em linhas gerais, existem relatos de dificuldades na dinâmica de trabalho das CIBs, mas são poucos os estudos que evidenciam as interpretações e análises dos próprios atores governamentais, que participam dessas instâncias decisórias, sobre a própria experiência e as dificuldades observadas. São exíguos os estudos que tratam mais especificamente da dinâmica e do processo decisório nas diferentes CIB. Tampouco existem informações mais sistematizadas sobre a Comissão Bipartite Regional, suas estratégias organizacionais e formas de funcionamento.

Dessa forma, a realização deste estudo justificou-se pelo propósito de contribuir para as discussões da legislação do SUS e da Gestão colegiada no SUS, para a melhor compreensão dos aspectos identificados no processo de descentralização e de implementação do SUS em Minas Gerais; para a orientação de estratégias para a gestão municipal em saúde, para o aperfeiçoamento do sistema de gestão microrregional norteando estratégias e temas a serem abordados nas Oficinas de capacitação das CIB Macro e Micro, na elaboração do curso de gestão microrregional e Planos microrregionais de saúde em Minas Gerais.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Compreender como ocorre o processo decisório em Comissão Intergestores Bipartite Microrregional do Estado de Minas Gerais e a adequação das decisões às responsabilidades da gestão municipal em saúde.

2.2 Objetivos Específicos

- Identificar a organização e o funcionamento da Comissão Intergestores Bipartite;
- Descrever como ocorre o processo decisório na CIB Microrregional;
- Descrever a percepção dos gestores em relação aos processos decisórios na gestão de seu Município;
- Identificar como o gestor conduz as ações decorrentes do processo decisório da CIB Microrregional em seu município;
- Identificar os principais fatores que influenciam no processo decisório na CIB Microrregional.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 O Federalismo no Brasil, a Descentralização e a Regionalização no SUS

O Brasil é uma federação de tripla soberania desde a Constituição Federal de 1988, quando os Municípios foram considerados entes federativos (BRASIL, 1988). A questão dos Municípios constitui uma característica diferencial do federalismo brasileiro, distinguindo-o de outras formas de organização federativa em relação a sua estrutura e a seu funcionamento. Essa situação federativa é consoante com a história dos Municípios em sua trajetória de poder e evidencia a dificuldade posta aos Estados para o exercício do controle de questões locais (ABRUCIO, 2005; LIMA, 2007).

A própria lógica de formação da federação brasileira é peculiar. Contraria a lógica comum (*hold together*), que fala pela “união de unidades independentes”, e se faz pela inspiração descrita como “*come together*”, ou seja, a lógica de “manter juntas unidades que poderiam se tornar independentes” (ABRUCIO, 2003)

Machado *et al.* (2007) relatam as especificidades do federalismo brasileiro que têm implicações para as políticas de saúde. Enumeram cinco especificidades importantes:

1) Origem formal há mais de um século, porém o caráter ainda “em construção” do federalismo brasileiro, em face dos longos períodos de autoritarismo centralizador na história do país e das transformações democráticas a partir dos anos 80; 2) O peso dos estados e dos governadores em alguns momentos da história política nacional, inclusive a partir dos anos 80 (o que, entretanto, não significa uma atuação igualmente expressiva da esfera estadual em todas as áreas da política); 3) O grande peso dos municípios a partir da Constituição de 1988, relacionado ao seu reconhecimento como entes federativos e à descentralização política e tributária com ênfase nos municípios; 4) A existência de milhares de municípios no país de pequeno porte e com limitada capacidade financeira e administrativa para desenvolver todas as responsabilidades sobre as políticas públicas que lhes são atribuídas; 5) As marcantes desigualdades econômicas e sociais entre regiões, estados e principalmente entre municípios do país. (MACHADO *et al.* 2007, p. 143).

Outros aspectos institucionais do federalismo podem ser enumerados: Lijphart (2003) fala de três instituições principais: um Legislativo bicameral, que garante a representação do povo e das unidades territoriais; uma Constituição Federal, que define a estrutura federativa, e uma Suprema Corte, para proteger essa Constituição. Outros aspectos merecem destaque: a convivência de graus variados de centralização *versus* descentralização; a complexidade das relações interníveis, como consequência da estrutura de poder estabelecida; o desafio da

manutenção da autonomia e da interdependência entre os entes, assim como da cooperação e competição entre eles. A literatura especializada sugere que a essência do federalismo se encontra nas relações entre os entes, determinadas por um pacto de caráter político consubstanciado na lei constitucional ou por outros mecanismos institucionais.

As características dos sistemas de distribuição de competências e de transferências intergovernamentais são decorrentes da história da federação, de seus valores e prioridades. A descentralização tributária prevista pela Constituição de 1988 não era condizente com as prioridades do governo federal nos anos 1990. Pode-se entender a re-centralização fiscal promovida pelo governo central nesse período como resposta à agenda prioritária de estabilização econômica, a um conjunto de valores inspirados pela economia neoclássica e a uma história cíclica de centralização e descentralização ao longo da vida da federação brasileira.

Cabe destacar que, no âmbito das políticas sociais, a Constituição de 1988 sugeriu um modelo de federalismo cooperativo, no qual há compartilhamento de funções entre as esferas de governo, como afirma Almeida (2001). Segundo a autora, esse modelo é comum em várias federações e apropriado para as realidades como a brasileira, pois garante flexibilidade na distribuição de responsabilidades entre entes com diferentes capacidades administrativas e financeiras. Sendo assim, a Constituição de 1988 estabelece que a saúde é uma competência comum, cabendo a todos os entes a responsabilidade pela garantia do acesso universal (art. 23), e concorrente, cabendo à União e ao estado legislar sobre ela (art. 24), lembrando que ao Estado está destinada a função legislativa em caráter complementar (BRASIL, 1988).

A Constituição de 1988 estabeleceu as diretrizes gerais do SUS, de modo a conformar um esboço do sistema nacional de saúde que iria se constituir, remetendo à legislação setorial a responsabilidade de definir as atribuições específicas de cada ente da federação, bem como os mecanismos de coordenação intergovernamental (BRASIL, 1988).

. Para tanto, foi promulgada a Lei Orgânica da Saúde - Lei 8080/90 e Lei 8142/90 (BRASIL, 1990a; 1990b). A organização de um sistema nacional de saúde em países de organização federativa é uma tarefa complexa que depende, para seu pleno sucesso, da integração e da cooperação entre os entes federativos. Na ausência desses dois princípios, o direito ao acesso universal e igualitário aos serviços de saúde não será garantido. A definição das atribuições de cada esfera gestora, embora não garanta de forma isolada a execução desses princípios, constitui o primeiro passo para a superação (ou minimização) desses impasses.

A Lei Orgânica da Saúde que regulamenta o SUS teve seus princípios estabelecidos: universalidade, integralidade, equidade, e as diretrizes de descentralização, regionalização e hierarquização. Além de princípios e diretrizes, essa Lei regulamenta o SUS em seus objetivos, atribuições, organização, financiamento e planejamento. Sua análise, segundo as macrofunções gestoras, mostra que o papel da esfera estadual não foi desenhado com tanta clareza quanto os papéis dos gestores federal e municipal. Cabe destacar a força da descentralização e da municipalização nesse momento histórico, justificando a especial atenção aos municípios e à determinação de seu papel. Como exemplo, pode-se citar a função planejamento, que não foi definida especificamente para o Estado, mas está contemplada no artigo referente ao papel do Município: “Participar do planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do Sistema Único de Saúde (SUS), em articulação com sua direção estadual” (BRASIL, 1990, Lei 8080/90, art. 18, inciso II). Ou seja, entende-se que o planejamento seja uma função do Estado a partir do proposto para o ente municipal, fato que remonta à concepção de planejamento ascendente (BRASIL, 1990, Lei 8080/90, art. 36), vigente nesse período.

Conforme Pereira (2009), eminentemente técnica, a Norma Operacional Básica - NOB SUS 01/91 (BRASIL, 1991) pouco abordou sobre mecanismos que viabilizassem a regionalização. Recomendou que fosse executada a descentralização dos serviços de saúde para os Municípios, abrindo a possibilidade de que consórcios intermunicipais de saúde fossem criados sem que houvesse a participação da esfera estadual na coordenação ou mediação desse processo.

Contudo, a expressão máxima da força da descentralização municipalista se deu na NOB SUS 01/93 (BRASIL, 1993a). Essa Norma apresentou a regionalização como uma articulação e mobilização municipal, que deve considerar, acima de tudo, a vontade política dos Municípios em se consorciar ou estabelecer qualquer outra relação de caráter cooperativo. Não previu a participação do Estado no planejamento, coordenação ou regulação desse processo. Como resultado, a construção dos espaços regionais de saúde ficou à mercê de interesses e disposições politicopartidárias, ocasionando distorções no sistema e pouco avanço.

O documento “Descentralização das ações e serviços de saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei” que orientou a elaboração da NOB-SUS 01/93, alerta, em sua introdução, para o equívoco de abordar a regionalização como uma alternativa à municipalização, visto que ela não pode ser entendida como a criação de uma instância intermediária com autonomia e

relacionamento direto com as esferas estadual e federal e sim como uma articulação e mobilização municipal visto que o mesmo documento refere-se à regionalização como princípio organizacional do SUS, definindo que o novo modelo assistencial deverá ser construído por meio da implantação de um sistema de referência e contrarreferência municipal, regional, estadual e interestadual. Na redefinição das competências das três esferas de governo, a regionalização reaparece como uma das responsabilidades da esfera estadual à qual caberia seu planejamento e coordenação.

Mendes (2004), em um de seus trabalhos, descreveu problemas ocorridos no processo de municipalização em diversas regiões do Brasil. Segundo o autor, vários Municípios expandiram a atenção médica sem nenhuma articulação regional. Assim, devido à ‘ineficiência na prestação da assistência’, houve grandes desperdícios nos recursos públicos de saúde.

A NOB SUS 01/96 visou redefinir os papéis de cada esfera de governo, de modo que Municípios e Estados superassem o papel exclusivo de prestadores e assumissem seus papéis de gestores (BRASIL, 1996). Manteve a diretriz da descentralização municipalista como forma de organização do sistema mas destacou a importância do Estado para harmonizar, integrar e modernizar os sistemas municipais, em prol da discriminação positiva, por meio da Programação Pactuada e Integrada (PPI). A PPI foi o instrumento previsto para garantir a mediação do Estado nas relações intermunicipais - sabe-se que são diversas as experiências nesse sentido, umas mais e outras menos coroadas de êxito. De modo geral, representou o início da mudança acerca dos entendimentos sobre descentralização e regionalização na saúde (PEREIRA, 2009).

Essa Norma definiu o papel do Estado quanto à formulação de políticas e planejamento e quanto à regulação com muito mais clareza e precisão do que as Normas anteriores. Sobre essa primeira macrofunção, cabe destacar algumas das novas atribuições do Estado: elaboração da PPI e sua coordenação na CIB; elaboração e execução do Plano de Investimentos. Dessa forma, a Norma reconhece, além da CIB estadual, as CIB regionais como instâncias de negociação e pactuação das programações. Assume o objetivo de constituir “um mecanismo indutor da conformação de um novo modelo de atenção à saúde, na medida em que disciplina o processo de organização da gestão dessa atenção, com ênfase na consolidação da direção única em cada esfera de governo e na construção da rede regionalizada e hierarquizada de serviços” (BRASIL, 1996).

Viana *et al.* (2002b), após a realização de uma pesquisa nacional com o objetivo de reconstruir o *trade-off* entre a equidade e a eficiência no processo de descentralização da saúde, concluem que a descentralização municipalizante, induzida pela NOB 96, não garantiu uma melhoria nos padrões de equidade do acesso. Da mesma forma, Viana *et al.*, (2002b) afirmam que a descentralização foi incapaz de extinguir as desigualdades regionais devido à escassez de recursos, o que impõe à federação a responsabilidade por manter instrumentos de regulação que garantam ou, ao menos busquem a equidade.

Silva e Mendes (2004, p.7) ressaltam que:

Se a municipalização levou a avanços indiscutíveis, ela, também, gerou problemas sérios que não podem mais continuar. É preciso reconhecer que a forma de descentralização pela municipalização, engendrada pelo SUS, através de paradigma da municipalização autárquica, esgotou-se e necessita de ser repensada.

A superação desse primeiro desafio depende da capacidade do Estado em superar o paradigma da municipalização autárquica, avançando na construção de espaços regionais de saúde que conformem redes de atenção eficientes e efetivas.

As NOAS SUS 01/01 e 01/02 trouxeram uma nova visão sobre a inserção do estado no SUS e, conseqüentemente, uma nova compreensão para a relação entre descentralização e regionalização (BRASIL, 2001a; 2002a). Foram bastante claras e detalhadas na determinação das atribuições específicas do gestor estadual sobre as três primeiras macrofunções gestoras. Quanto à formulação de políticas e planejamento, enfatizam a relevância de que o Estado assuma o papel de coordenador do sistema estadual de saúde, abrangendo o planejamento e a organização das redes assistenciais; integração dos sistemas municipais; e programação e garantia da referência intermunicipal. Além dessas funções, colocam: a elaboração da PPI e a organização do sistema de referências; e elaboração do Plano Estadual de Saúde, Plano Diretor de Regionalização (PDR) e Plano Diretor de Investimentos (PDI).

As NOAS 01/01 e 01/02 (BRASIL, 2001a; BRASIL 2002a) propuseram a regionalização como uma macroestratégia para o avanço do processo de descentralização em saúde. Relacionaram descentralização e regionalização, entendendo que a descentralização das ações e serviços de saúde de diferentes níveis de complexidade deveria ser feita para distintos níveis regionais. Dessa forma, afirmaram que as regiões de saúde não estavam confinadas aos territórios municipais e, portanto, estavam sob a responsabilidade coordenadora do Estado. Previram que a regionalização contemplasse uma lógica de planejamento integrado, de modo que haja redes

articuladas e cooperativas de atenção, com base em territórios delimitados e populações definidas, garantindo fluxos de referência que promovessem o acesso dos usuários a todos os níveis de complexidade necessários e otimizassem os recursos disponíveis.

O movimento pela regionalização no SUS traduz-se na necessidade de formar redes de ações e serviços de saúde no território (sistemas de saúde), no que apresenta inúmeros conflitos com a diretriz da descentralização, tal qual realizada no Brasil. Conforme Pereira (2009), apesar de estarem incorporados conjuntamente às diretrizes operacionais do SUS, regionalização e descentralização, não operaram, necessariamente, em sentidos convergentes ao longo do tempo. Considera-se que a tensão entre regionalização e descentralização da política de saúde acentuou-se, no Brasil, pois o processo de descentralização enfocou os milhares de municípios existentes e a regionalização, mais tardiamente, maior responsabilidade das instâncias estaduais.

A regionalização do Sistema Único de Saúde constitui estratégia prioritária do Ministério da Saúde para garantir o direito à saúde, reduzir desigualdades sociais e territoriais; promover a equidade e a integralidade da atenção; racionalizar os gastos e otimizar os recursos; e potencializar o processo de descentralização. Segundo Gonçalves *et al.* (2006), a regionalização deve garantir a forma de acesso a serviços que acompanham a complexidade requerida para o caso, além de proceder à divisão de níveis de atenção.

Ainda consoante às NOAS 01/01 e 01/02, enquanto coordenador da PPI, o Estado era o responsável pela organização do sistema de referência e, assim, pela garantia do acesso da população aos serviços não disponíveis em seu Município de residência (BRASIL, 2001a; BRASIL 2002a). Entre as inovações propostas por essas normativas, estava o Plano Diretor de Regionalização (PDR), um instrumento para o planejamento e a definição do desenho regional no âmbito do Estado.

Embora trouxesse uma concepção “inovadora” (considerando-se o padrão de regionalização proposto pelas Normas anteriores), as NOAS não provocaram mudanças expressivas na organização do sistema de saúde, salvo em alguns Estados que já possuíam capacidade institucional acumulada nesse sentido. Receberam críticas quanto a uma “normatividade exacerbada” e indiferença frente às desigualdades regionais do país, razões pelas quais muitos Estados e Municípios não conseguiram se adequar a suas proposições.

O Pacto pela Saúde – 2006 (BRASIL, 2006) prevê que a regionalização oriente a descentralização das ações e serviços e potencialize os processos de planejamento, pactuação e

negociação entre os gestores, de modo que o direito da população à saúde seja garantido. A regionalização do SUS é entendida como a construção de desenhos que respeitem as realidades locais, estabelecendo os Colegiados de Gestão Regional (CGR) como espaços de co-gestão, além dos espaços já constituídos em Normas anteriores: Comissão Intergestores Tripartite (CIT), Bipartite (CIB) e Conselhos. O Pacto (BRASIL, 2006) traz o Termo de Compromisso da Gestão Estadual, no qual o gestor encontra suas responsabilidades organizadas em sete eixos: gestão do SUS; regionalização; planejamento e programação; regulação, controle, avaliação e auditoria; gestão do trabalho; educação e saúde; e participação e controle social. A implementação do Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006) ainda está em curso em todo o território nacional e mesmo as regiões mais avançadas nesse processo possuem desafios a superar no sentido de concretizar sistemas regionais de saúde integrados, resolutivos e equânimes.

3.2 Descentralização e Regionalização do SUS : contextos e condicionantes

A estratégia de descentralização foi privilegiada desde que o SUS foi instituído, notadamente a responsabilização dos Municípios pela provisão dos serviços e organização de sistemas municipais de saúde. Conforme Viana *et al.* (2007), a necessária integração de serviços, instituições e práticas, que impõem mudanças de peso no papel, nas funções, nas competências e nos modos de relacionamento entre os três níveis de governo, não foi considerada a contento.

Ainda segundo Viana *et al.* (2007), as razões para o privilegiamento da estratégia de descentralização podem ser explicadas pelo próprio momento de constituição do SUS, quando a descentralização de recursos, competências e responsabilidades para as esferas subnacionais de governo foram identificadas no discurso contra o regime militar e o autoritarismo, com a ampliação da democracia e maior eficiência governamental. Sem embargo, outros fatores devem ser considerados na explicação da experiência brasileira, caracterizada pela dissociação entre os processos de descentralização e regionalização.

A municipalização desencadeada pela Constituição de 1988, atrelada à democratização, à descentralização tributária e de poder levaram a um novo “boom” do número de Municípios, muitos deles de pequeno porte (BRASIL, 1988). Souza (2002) destaca que, entre 1988 e 1997, um total de 1328 novos Municípios foram criados no Brasil. Atualmente, mais de 75% dos

Municípios brasileiros têm menos de 25.000 habitantes, sendo que mais de 50% da população brasileira reside em Municípios com mais de 100.000 habitantes.

Essa descentralização municipalista fortaleceu os atores municipais e trouxe novos dilemas e desafios para a construção do pacto federativo. Pode-se tomar o lado positivo desse processo, no sentido da consolidação da democracia e da construção de um sistema federativo; por outro lado, sabe-se que uma grande parcela dos Municípios brasileiros depende das transferências fiscais de outras esferas de governo, pois não tem arrecadação própria significativa e possui uma capacidade restrita de aumentar seu grau de independência política e financeira a partir do processo de descentralização. Além dos constrangimentos econômicos, são importantes as dificuldades no tocante à capacidade administrativa, formação e fixação de quadros públicos qualificados. Todos esses condicionantes conformam um cenário pouco otimista para o exercício do governo local, destacando a necessidade de relações cooperativas entre as esferas de governo, em especial, entre Estados e Municípios.

Gadelha et al. (2009) afirmam que, em primeiro lugar, a descentralização, reduzida de seu significado precípua e compreendida exclusivamente como um processo de transferência da gestão dos serviços do SUS para as esferas subnacionais de governo, não foi inserida no contexto de um modelo político de desenvolvimento para o país. Sallum Jr. (2004) relata que a agenda desenvolvimentista, pelo contrário, saiu do cenário nacional e foi substituída pelo debate da redemocratização do Estado nos anos oitenta e pela busca de estabilização fiscal e monetária nos anos noventa. Viana (2010) afirma que a descentralização, portanto, não se configurou num projeto estratégico de intervenção econômica e social com vistas ao desenvolvimento, adequando-se mais aos projetos de enxugamento do Estado brasileiro e de suas funções e de estabilização macroeconômica.

Nesse contexto, as condições para um projeto de descentralização virtuoso, que atendessem às finalidades da política nacional de saúde - de garantia do acesso universal às ações e serviços de saúde e da atenção integral compatível com as necessidades e demandas diferenciadas da população - e reduzisse a iniquidade em saúde em diferentes planos não foram asseguradas. Em consequência, os resultados da descentralização brasileira na saúde são contraditórios e altamente dependentes das condições prévias locais. Observa-se que as características dos sistemas descentralizados de saúde são bastante heterogêneas no território nacional: diferentes capacidades

financeiras, administrativas e operacionais para a prestação da atenção à saúde e distintas disposições políticas de governadores e prefeitos (SOUZA, 2002).

A descentralização acoplou-se ao desenho federativo consolidado pelas regras constitucionais brasileiras, privilegiando os municípios sem a face do planejamento regional e desconsiderando o papel das esferas estaduais de governo. Seguindo o movimento mais geral de municipalização - de encargos e recursos - o SUS acentua o papel dos municípios pela provisão de serviços em seus territórios político-administrativos. (VIANA *et al.*, 2007, p. 2319)

Segundo Viana *et al.* (2002a; 2002b), em que pesem os resultados positivos do processo de municipalização - a ampliação do acesso à saúde, a incorporação de práticas inovadoras no campo da gestão e da assistência à saúde e a incorporação de novos atores que dão sustentabilidade política e financeira ao setor - permaneciam, no final dos anos noventa, problemas relativos à iniquidade na oferta e no acesso, à intensa fragmentação e à desorganização de serviços de saúde devido à existência de milhares de sistemas locais isolados.

Assim, Viana *et al.* (2007) relatam que o balanço que se faz do processo de descentralização no SUS é de que o mesmo foi importante para a expansão de cobertura dos serviços de saúde e induziu Estados e Municípios a aumentarem seu peso no financiamento público em saúde. Porém, não foi capaz de resolver as imensas desigualdades presentes no acesso, utilização e gasto público em saúde, além de não ter conduzido à formação de arranjos mais cooperativos na saúde. Dessa forma, segundo Machado e Viana (2009), foi somente na virada dos anos 2000, que a regionalização, adquirindo um sentido mais organizativo para a rede de serviços de saúde, destaca-se como uma estratégia prioritária no âmbito da política nacional de saúde. Entretanto, os modos de coordenação e condução política da rede regionalizada do SUS (a governança regional) não são tratados a contento, sendo uma questão de enorme complexidade que se configura diferentemente no território por fatores de ordem histórica, social e politicoinstitucional.

Em muitas regiões, Viana *et al.* (2007) afirmam que a governança é função da atuação de alguns poucos Municípios com papel diferenciado na rede de prestação de serviços. Em outras, as Secretarias de Estado de Saúde (SES) assumem um papel de destaque por meio da implantação e/ou reconfiguração de suas estruturas regionais (coordenadorias, diretorias, escritórios ou núcleos regionais). E, na maioria das situações, arranjos e instrumentos de gestão compartilhada são conformados (comissões intergestores regionais) visando ampliar a coordenação federativa

do processo de regionalização. Além disso, os colegiados de gestão regional – CGR podem ser considerados uma inovação da política de saúde ao criar um canal permanente de negociação e decisão intergovernamental, com regras definidas e funcionamento estável, o que possibilitará preencher aquilo que chamamos de "vazio" de governança regional.

Ainda conforme Viana *et al.* (2007), os CGR permitem a identificação de problemas, a definição de prioridades e de soluções para a organização da rede assistencial, bem como a formalização de novos modelos de relacionamento entre provedores públicos e privados. Dessa forma, podem ser um instrumento poderoso para a constituição de objetivos compartilhados e do estabelecimento de uma lógica voltada para o bem-estar da população e as necessidades de saúde na provisão dos serviços. A constituição dos CGR nos Estados tem sido gradual, com processos mais acelerados em algumas regiões do país e de extrema lentidão em outras, como é o caso da região Norte do país.

Segundo o estudo de Viana *et al.* (2007), esse processo reflete condições diferenciadas entre os Estados brasileiros, alguns conformados ainda no período colonial com processos muito antigos de regionalização como é o caso de Minas Gerais, Bahia, Pernambuco e Rio Grande do Sul e outros mais recentemente, como são os casos do Estado do Rio de Janeiro (estado que se constituiu por meio da fusão entre o extinto Distrito Federal e o antigo Estado do Rio de Janeiro), do Tocantins e dos antigos territórios brasileiros transformados em Estados (casos do Amapá, Roraima e Rondônia), cuja identidade estadual ou regional é muito incipiente.

As dificuldades de constituição de espaços regionais nos Estados também decorrem do fato de que, muitas vezes, as linhas de integração dos serviços de saúde obedecem a lógicas territoriais que extrapolam suas fronteiras (presença de Municípios que fazem limite e se relacionam com outros Estados). Há também forte ingerência do poder político eleitoral (os chamados bolsões eleitorais de determinados políticos) em determinadas regiões e pesadas heranças centralizadoras em alguns Estados (VIANA *et al.*, 2007, p. 2320).

Por fim, outras razões vinculam-se à concentração/centralização de recursos e tecnologias em algumas regiões, afirmam Viana *et al.* (2007), por exemplo, regiões metropolitanas ou sede de capitais estaduais em sua maioria situadas no litoral, o que chamamos de fatores estruturais que se ligam ao perfil socioeconômico de uma determinada região, dado pela atividade econômica preponderante e seu grau de desenvolvimento, os indicadores sociais, a capacidade

instalada da rede de serviços de saúde e seu grau de complexidade. Além disso, o mix público-privado na oferta de serviços também pode ser um elemento facilitador ou dificultador da montagem de redes integradas e regionalizadas.

3.3 A Regionalização no SUS em Minas Gerais

Segundo Gonçalves *et al.* (2006), em Minas Gerais, a regionalização assume características peculiares. Mais do que meros mapas que apenas definem as localizações dos serviços na região ou mais um processo de pesquisa dos fluxos históricos da demanda e da identificação de Municípios-polo que concentram maior capacidade instalada em relação ao elenco de serviços esperado para cada nível, seja no que diz respeito à assistência ambulatorial ou hospitalar, o Plano Diretor de Regionalização – PDR/MG pretende constituir-se como um instrumento de planejamento e gestão, organizando os fluxos da demanda e propiciando identificação de vazios assistenciais a serem superados. Isso porque o espaço de cada nível regional está estimado em função da escala para um perfil de ofertas esperado que, no caso, é maior que a realidade apurada para cada microrregião.

Pereira (2009), em sua pesquisa, discorre que a proposta da regionalização na saúde em Minas Gerais está ancorada em uma política do governo Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado (PMDI), motivo pelo qual, na opinião dos dirigentes da própria SES-MG, sua implantação acaba sendo fortalecida no Estado. Conduzir a regionalização é uma decisão do gestor estadual e um compromisso assumido pela SES-MG sob a direção do governo. O papel a ser desempenhado pela Secretaria é o de induzir e impulsionar a regionalização por meio de políticas específicas, com a responsabilidade de definir diretrizes, acompanhar, monitorar e avaliar o desenvolvimento desse processo, em âmbito municipal e regional, realizando os ajustes e investimentos necessários.

Ainda segundo o autor, a regionalização em Minas Gerais é entendida como um princípio estruturador do sistema de saúde, que visa estabelecer uma base territorial para a descentralização das ações e serviços. Três estratégias são utilizadas para a promoção da regionalização: 1) Elaboração, implantação e avaliação do Plano Diretor de Regionalização (PDR); 2) Estímulo e apoio técnico à gestão microrregional; e 3) Constituição das redes de

atenção. Tais estratégias estão inter-relacionadas, pois o PDR define os territórios sanitários; os quais são espaços de implantação da gestão micro e macrorregional por meio das Comissões Intergestores Bipartite (CIB) Microrregionais e Macrorregionais que, por sua vez, exercem a governança sobre as redes de atenção instaladas e elaboram os Planos Micro e Macrorregionais, os quais servirão para definir o investimento e o custeio necessários à estruturação dessas redes.

Atualmente, 28 Gerências Regionais de Saúde (GRS) conformam a divisão politicoadministrativa do Estado; mas sua organização e funcionamento ainda não seguem um padrão linear, de modo que algumas possuem maior capacidade técnica que outras.

O primeiro PDR foi aprovado em 2001 com revisão em 2003 e 2009, mantendo o plano com inovações nos critérios para demarcação das regiões: contiguidade geográfica, acessibilidade geográfica e viária, escala e escopo. Para ganho de escala, o Estado definiu que as microrregiões devem ter, no mínimo, 150 mil habitantes e, para garantir a acessibilidade, a distância do Município em relação ao polo deve ser 150 Km em vias pavimentadas ou, duas horas em vias não pavimentadas (tendo, como ideal, o tempo de uma hora e 20 minutos).

QUADRO 1- Síntese no Plano Diretor de Regionalização 2003 a 2006

<p>Princípios: Qualidade da atenção; Economia de escala; Economia de escopo; Acessibilidade.</p>
<p>Diretrizes: Priorização de redes assistenciais: Viva Vida; Urgência e Emergência, entre outras; Expansão da atenção primária e PSF; Equidade; Racionalidade; Otimização de recursos; Subsidiar PDI e PPI. PDR = Projeto estruturador</p>
<p>Estratégias: Prioriza escala, escopo e acesso; Prioriza o fortalecimento da gestão microrregional e controle social; Realização de oficinas para divulgação dos conceitos fundamentais do PDR e formação de consensos; Prevê organização e descentralização.</p>
<p>Crítérios: Fluxo; Acessibilidade (Técnica e definição de critérios segundo Ezequiel Paz); Níveis de densidade tecnológica crescentes: Três níveis; Escala versus condições geográficas e viárias.</p>

Fonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais/Assessoria de Gestão Regional - AGR

Segundo o PDR, MINAS GERAIS (2008), uma região é um espaço para a organização de redes assistenciais segundo níveis de atenção à saúde, estabelecidos a partir da atenção primária e referências, conforme um elenco de serviços esperados por nível de regionalização. Há perfis de

oferta de serviços diferenciados, calculados a partir desses elencos, conforme as bases demográficas por espaço/região.

A partir da análise documental realizada, pode-se afirmar que, no modelo regional estabelecido em Minas Gerais, cada recorte territorial (Município, Microrregião e Macrorregião) respeita os limites políticoadministrativos dos Municípios. Diferentes espaços regionais são responsáveis por níveis de atenção diversos (primária, secundária e terciária). Esse modelo determina a divisão de responsabilidades entre os Municípios, de acordo com o papel ocupado por eles no desenho regional.

Sendo assim, o PDR definiu que todos os Municípios são responsáveis pela atenção primária; os Municípios-polo de Microrregiões devem oferecer atenção secundária, com alguns procedimentos de alta complexidade mais frequentes e os Municípios-polo de Macrorregiões devem ofertar atenção terciária (com alguns procedimentos de média complexidade, cuja ocorrência seja mais rara).

A implantação do PDR é um processo complexo, uma vez que são vários os dilemas federativos e desafios para a atuação do gestor estadual na regionalização. Esse fator condiciona o avanço desse processo e faz com que ele apresente graus variados de implantação no Estado. Existem regiões mais preparadas do ponto de vista gerencial e assistencial do que outras, bem como não existem regiões completas segundo a imagem-objetivo estabelecida pelo PDR.

Um dos instrumentos mais potentes para a implantação do PDR é o estabelecimento de arranjos intergovernamentais de gestão compartilhada, motivo pelo qual a segunda estratégia para promoção da regionalização é o estímulo e apoio à gestão microrregional. Avanços na capacidade de gestão microrregional estão diretamente relacionados ao fortalecimento das instâncias de mediação e negociação intergestores. Sendo assim, no estado de Minas Gerais, a partir do desenho do PDR, criou e implantou as CIB Macro e Microrregionais.

3.4 O processo decisório e as Comissões Intergestores Bipartite – CIB

Para Simon (1970), que desenvolveu importantes estudos sobre a tomada de decisão, o ato de decidir é essencialmente uma ação humana e comportamental. Envolve a seleção, consciente

ou inconsciente, de determinadas ações entre aquelas que são fisicamente possíveis para o agente e para aquelas pessoas sobre as quais ele exerce influência e autoridade.

O Processo Decisório está vinculado à função de Planejamento, inserido no corpo maior da Ciência da Administração. Conforme Motriz e Pereira (2006), os problemas de tomadas de decisão são constantes no dia a dia e a todo momento as pessoas estão sendo colocadas em uma posição onde é necessário optar, examinar, investigar, decidir, escolher e agir frente às poucas ou muitas opções que lhes são fornecidas.

O tomador de decisões quer esteja motivado pela necessidade de prever ou controlar, geralmente enfrenta um complexo sistema de componentes correlacionados, como recursos, resultados ou objetivos, pessoas ou grupos de pessoas; ele está interessado na análise desse sistema. Presumivelmente, quanto melhor ele entender essa complexidade, melhor será sua decisão (RIBEIRO, 2003).

De acordo com Pereira e Fonseca (1997), a decisão é um processo sistêmico, paradoxal e contextual, não podendo ser analisada separadamente das circunstâncias que a envolvem. O conhecimento das características, dos paradoxos e desafios da sociedade é essencial à compreensão dos processos decisórios.

As decisões têm frequentemente um impacto muito além do resultado imediato. Na realidade, as decisões tomadas hoje se direcionam muito mais ao futuro, que é fruto das idealizações nas quais as decisões são baseadas.

A teoria das decisões nasceu de Herbert Simon, que a utilizou para explicar o comportamento humano nas organizações (SIMON, 1963). Simon (1970) em sua obra *O Comportamento Administrativo*, diz que a Teoria Comportamental concebe a organização como um sistema de decisões. Nesse sistema, cada pessoa participa racional e conscientemente, tomando decisões individuais a respeito de alternativas racionais de comportamento. Assim, a organização está permeada de decisões e de ações.

O decisor é aquele, dentre os atores, que está munido de poder institucional para ratificar uma decisão (GOMES *et al.*, 2002; MINTZBERG, 2000; MONTANA, 1999). Ou ainda, o tomador de decisão é a pessoa que leva a culpa se a decisão conduzir para um resultado não desejado ou angustiante.

No entanto, em algumas situações complexas, e em particular nas de interesse público, não existem decisores óbvios; tampouco existem processos de decisão técnicos e transparentes,

mas decisões políticas e/ou sociais que alteram a racionalidade do processo decisório (MOTRIZ; PEREIRA, 2006).

tomar decisões complexas é, de modo geral, uma das mais difíceis tarefas enfrentadas individualmente ou por grupos de indivíduos, pois quase sempre tais decisões devem atender a múltiplos objetivos, e freqüentemente seus impactos não podem ser corretamente identificados. (GOMES *et al.*, 2002, p. 12-13)

Para Matus (1988), governar é algo complexo, que não se reduz a uma teoria. É também arte. E é arte que requer conhecimentos teóricos dos sistemas sociais e políticos, uma vez que fundamentam e são elementos que permitem a valoração e a compreensão dos fatos e a mudança de atividades e atitudes.

Os atores influenciam o processo decisório de acordo com o sistema de valores que representam, por meio das relações que estabelecem, as quais podem acontecer sob a forma de alianças; quando objetivos, interesses e aspirações são complementares ou idênticos, ou sob a forma de conflitos, quando os valores de uns se opõem aos valores defendidos por outros.

Nas arenas colegiadas do SUS, o *modus operandi* do processo decisório ocorre segundo regras que o normatizam. São os respectivos regulamentos que, apesar de serem conhecidos por todos, ainda não têm sido considerados condicionantes de condutas dos seus membros, no sentido de facilitar ou coibir escolhas e interferir nas decisões. No plano institucional interno, as regras do jogo de poder podem abrir "janelas de oportunidade" para os atores avançarem propostas que de outra forma estariam bloqueados ou, contrariamente, colocar "pontos de veto" a essas interferências, mudando em ambos casos o conteúdo da decisão e o resultado final da política. No plano político externo, uma nova eleição pode reverter as regras do jogo, mudar a conduta dos atores e resultar em cursos de ação diferentes daqueles vigentes (SILVA, 2000, p. 26).

A tomada de decisão no modelo político, precisa da cooperação de todos os indivíduos que serão atingidos. Esse modelo consiste em determinar o poder para se produzir efeitos por intermédio das pessoas. Para a compreensão da decisão política, de acordo com Lindblon citado por Motta e Vasconcelos (2002, p.119), é necessário separá-la em seus componentes e analisá-los separadamente.

Campos (1998) ressalta a existência de uma hierarquia decisória nas organizações, no sentido de que as decisões tomadas no primeiro nível condicionam as decisões tomadas ao nível imediatamente inferior. Dessa forma:

[...] o problema central do processo decisório é reconhecer quem está envolvido, sendo esse processo a culminância de uma variedade de decisões, algumas de rotinas e outras não. A decisão governamental, portanto, leva em consideração os critérios que os partidos, as normas e a opinião pública estabelecem; os tipos de decisão (barganha,

persuasão e comando); a ação da maioria congressual; o ato de decisão do presidente (presidencial decision-making); e o incrementalismo..(ANDERSON, 1975, p.131)

Mendes (1996) aponta, no caso particular da saúde, uma superposição de papéis de representação política e de discurso técnico. O caráter técnico funciona como uma espécie de filtro pelo qual passam as proposições políticas e são definidas sua viabilidade. A institucionalização e a operacionalização do SUS nos Municípios, trazem à tona a necessidade do cumprimento de uma série de exigências técnicas preconizadas nas NOB, desencadeando, dessa forma, um processo político de negociação e tomada de decisões que visam, principalmente, alcançar as fontes de financiamento para a manutenção do sistema de saúde (CORNÉLIO,1999).

Esses espaços de negociação e tomada de decisão, na Saúde Pública do Brasil, foi criado pelas CIB e CIT durante os anos de 1993 e 1994 a partir de determinação da Portaria do Ministério da Saúde de n.º 545 (BRASIL, 1993). E, mais especificamente em Minas Gerais, as CIB-SUS/MG instituídas pela Resolução nº 637 de 25/06/1993 (MINAS GERAIS, 1993).

A história da descentralização das Instâncias Colegiadas no SUS/MG iniciou da seguinte forma: as primeiras CIB Regionais (CIB-R) em Minas Gerais, foram criadas em 1993, com base na divisão administrativa do SUS/MG, à época denominadas Diretorias Regionais de Saúde (DRS).

Gonçalves *et al.* (2006) descrevem que, em 1997, a fim de ampliar a negociação desenvolvida pelas CIB-R e, de aprofundar o processo de descentralização decisória, criou-se, sob a subordinação das CIB-R, as Comissões Intergestores Bipartites Microrregionais – CIB-M, constituídas segundo organização dos Consórcios Intermunicipais de Saúde - CIS. Tal alteração não proporcionou, contudo, a extinção das CIB Regionais. As CIB-M, baseadas nos Consórcios Intermunicipais de Saúde, constituíam-se como estruturas paralelas às CIB-R que foram extintas em 1999 por força da Resolução SES nº 050. E, finalmente, em conformidade com o desenho assistencial do PDR/MG foram criadas as CIB Macro e Microrregionais, pela Deliberação CIB-SUS/MG nº 095 de 17 de maio de 2004 (MINAS GERAIS, 2004).

Por intermédio das CIB, a institucionalização da gestão compartilhada implicou uma redefinição de competências e atribuições, antes concentradas nas Secretarias Estaduais de Saúde, que passaram a ser divididas com as Secretarias Municipais de Saúde, ampliando-se a possibilidade de discussão e negociação entre os atores sociais (LEVCOVITZ *et al.*, 2001).

A CIB é uma instância eminentemente técnica, espaço de diálogo, negociação e pactuação do SUS que visa à viabilidade política para execução das medidas operacionais, adequação das

normas nacionais às condições específicas de cada unidade federada; repactuação dos papéis das três esferas de Governo; e a legitimidade e sustentabilidade às decisões. A articulação estabelecida pela CIB-SUS/MG, para estruturação das várias redes de atenção à saúde constitui condição essencial para a regionalização e a hierarquização de suas ações e de seus serviços; a qualificação da gestão; além da garantia de acesso e melhoria da assistência à população do Estado.

A CIB-SUS/MG, conforme Regimento Interno (MINAS GERAIS, 2004), é integrada paritariamente por - 11 dirigentes da Secretaria Estadual de Saúde (SES) e 11 representantes-membros de representação dos Secretários Municipais de Saúde (Colegiado de Secretários Municipais de Saúde - COSEMS). As CIB Macrorregionais são compostas por, no mínimo, três representantes estaduais das Gerências Regionais de Saúde pertencentes à Macrorregião, os Secretários Municipais de Saúde dos municípios- sede de polo macrorregional e um Secretário Municipal representante de cada Microrregião que compõe a respectiva Macrorregião indicado pelo COSEMS. As CIB Micro têm, no mínimo, dois representantes do Estado da respectiva Gerência Regional de Saúde (GRS) ou, no máximo, o mesmo número do total de Municípios da Microrregião e todos os Secretários Municipais de Saúde da Microrregião.

A criação das CIB Macro e Microrregionais foi um passo do SUS em direção à descentralização, uma condição para se alcançar maior efetividade e equidade no SUS. Representou inovação e avanço do processo de regionalização. Conforme Pereira (2009), essa instância constitui um instrumento para enfrentar a intensa fragmentação de poder e interesses advindos do número considerável de Municípios do Estado, pois permite que todos os Municípios se reúnam microrregionalmente, para negociar e discutir até alcançar o consenso. Além disso, a autora relata que as CIB Micro e Macrorregionais visam aumentar a governabilidade do Estado, que possui presença paritária com os Municípios nesses espaços, ampliando sua capacidade de conduzir as políticas de saúde.

QUADRO 2 - Atribuições das Comissões Intergestores Bipartite Macro e Microrregionais em Minas Gerais

Atribuições da CIB Microrregional	Atribuições da CIB Macrorregional
Cabe à CIB Microrregional, decidir sobre: 1) Atenção Básica; 2) Média complexidade assistencial; 3) Baixa complexidade da Vigilância Sanitária e Vigilância à Saúde; 4) Outras ações e políticas de saúde microrregionais.	Cabe à CIB Macrorregional, decidir sobre: 1) Alta complexidade; 2) Alta e média complexidade da Vigilância Sanitária e Vigilância à Saúde; 3) Questões relacionadas à Ciência e Tecnologia; 4) Formação e Educação Permanente; 5) Outras ações e políticas de saúde macrorregionais.

Fonte: MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Deliberação CIB-SUS/MG nº 095 de 17 de maio de 2004.

Assim, as CIB Macro e Microrregionais constituem mecanismos importantes para a gestão compartilhada descentralizada e os atores desse processo são essenciais para a condução das políticas de saúde. Essas instâncias, como espaços de negociação e decisão, possibilitam a discussão de problemas comuns e responsabilidades dos diferentes Municípios de uma região o que torna relevantes os processos decisórios nelas realizados.

4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

4.1 Natureza da pesquisa

Este estudo foi realizado por meio de um Estudo de Caso de natureza qualitativa. O estudo qualitativo assume as características colocadas por Bauer, Gaskell e Allum (2003), tais como: na pesquisa qualitativa, evitam-se números, lida-se com interpretações das realidades sociais, podendo, depois do levantamento, guiar a análise dos dados levantados e fundamentar a interpretação com observações mais detalhadas. Esses e outros fatores justificaram a utilização do tipo de pesquisa qualitativa, como a questão de que terá um caráter de aprofundamento do tema proposto, buscando compreender e interpretar o fenômeno estudado.

A abordagem qualitativa visa “lograr, explicar os meandros das relações sociais consideradas essência e resultado da atividade humana criadora, afetiva e racional, que pode ser apreendida através do cotidiano, da vivência, e da explicação do senso comum” (MINAYO, 2004, p.11).

O campo da saúde constitui um locus com interações sociais dialéticas e uma realidade complexa, na qual a relação teoria/prática deve ser permanentemente repensada, demandando conhecimentos distintos e integrados. A abordagem qualitativa, nesse contexto, promove a descrição do vivido pelos sujeitos que compõem essa realidade, ou seja, neste estudo, os gestores do SUS.

De acordo com Viegas (2005, p. 30),

[...] esta abordagem permite ao pesquisador investigar, no contexto natural, o objeto em estudo, conhecendo as influências deste contexto sobre o mesmo e as particularidades das interpretações, buscando compreender o significado vivenciado por determinado grupo.

Minayo (2006) ratifica a pesquisa qualitativa como sendo capaz de incorporar os significados e a intencionalidade inerentes aos atos, as relações e as estruturas sociais das construções humanas significativas, visando compreender a lógica interna de grupos, instituições e atores, quanto aos valores culturais e representações sobre sua história, as relações entre os indivíduos, instituições e movimentos sociais, além de processos sociais e de implementação de políticas.

O Estudo de Caso, como referencial metodológico, proporcionou a imersão no contexto de uma Comissão Intergestores Bipartite Microrregional do Estado de Minas Gerais, como centro de decisão das políticas de saúde, rico em diversidade e complexidade, visando aprofundar as especificidades da gestão e dos atores sociais que compõem essa realidade. Possibilitou refletir de que forma as variáveis como as responsabilidades da gestão municipal e as ações dos gestores interferem na implementação das políticas de saúde no Estado e nos Municípios. Ao mesmo tempo, a situação apresentada neste estudo aponta para o desenvolvimento de um processo de análise mais sistemático e abrangente da atuação dos Gestores municipais, as experiências vivenciadas e acumuladas pelas CIB Macro e Microrregionais no Estado .

Segundo Godoy (1995) e Yin (2001), o Estudo de Caso visa o detalhamento de um ambiente, de um simples sujeito ou de uma situação em particular. Representa uma escolha pertinente, quando se quer responder as questões como e por quê certos fenômenos ocorrem, quando há pouca possibilidade de controle sobre os eventos estudados e quando o foco de interesse é sobre fenômenos atuais, que só poderão ser analisados em algum contexto de vida real. E, ainda,

[...] permite uma investigação para se preservar as características holísticas e significativas dos eventos da vida real - tais como ciclos de vida individuais, processos organizacionais e administrativos, mudanças ocorridas em regiões urbanas, relações internacionais e a maturação de alguns setores” (YIN, 2001, p. 21).

O Estudo de Caso, como uma modalidade de estudo observacional, possui um propósito de “fornecer orientação para administradores e outros que possam desejar intervir na organização ou comunidade, a fim de mudar alguma condição considerada como ineficiente, desagradável ou prejudicial ao bem-estar do grupo.” (BECKER, 1999, p.131).

Além disso, a abordagem da realidade por meio do estudo de caso prepara o pesquisador para lidar com descobertas inesperadas e exige que ele reoriente seu estudo à luz de tais desenvolvimentos. Força-o a considerar as múltiplas inter-relações dos fenômenos que observa. E evita que faça pressuposições que podem se revelar incorretas sobre questões relevantes, ainda que tangenciais, para seus interesses principais (BECKER, 1999).

4.2 Cenário

O cenário da pesquisa foi uma Microrregião dentro da Macrorregião Sanitária de Belo Horizonte, localizada na região Centro do Estado de Minas Gerais. Trata-se de um dos treze agrupamentos de Municípios estabelecidos para a estruturação do Plano Diretor de Regionalização (PDR) do Estado de Minas Gerais (Figura 1), em cumprimento às exigências da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), de janeiro de 2001 e 2002 (BRASIL, 2001a; 2002a). Tal agrupamento foi estabelecido utilizando-se critérios e metodologias para a organização dos serviços de saúde conforme a densidade tecnológica possível, as necessidades em cada região e a otimização dos recursos financeiros, de forma a possibilitar a descentralização da gestão, o acesso dessas populações e o controle social a todos os níveis de atenção das ações de saúde propostas pelo do Sistema Único de Saúde (MINAS GERAIS, 2008).

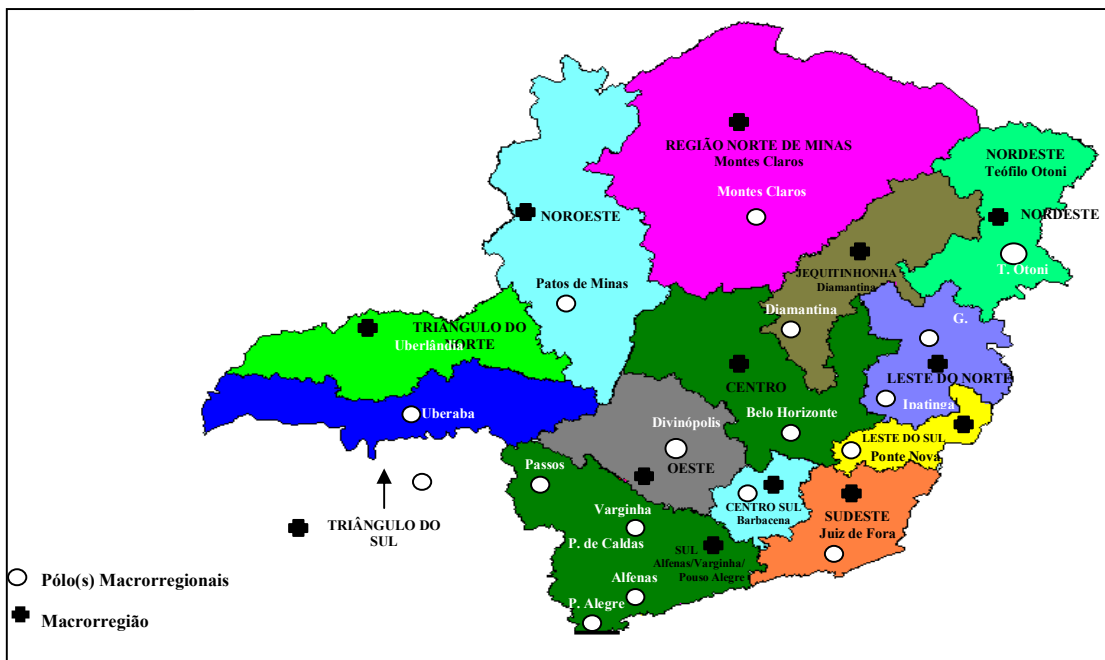


FIGURA 1 - Mapa de Minas Gerais considerando as Macrorregiões assistenciais

Fonte: Assessoria de Gestão Regional – AGR – SES/MG2009

A macrorregião Centro do Estado de Minas apresentada na Figura 2, é composta por 103 municípios e subdividida em dez Microrregiões Sanitárias contendo números variados de municípios circunvizinhos que possuem em comum características socioeconômicas, demográficas, problemas de saúde, dentre outros (Figura 2). Belo Horizonte é designada como

Cidade-polo de Macrorregião devido a sua capacidade instalada e potencial de equipamentos urbanos, de fixação de recursos humanos especializados e assim possibilitar uma maior absorção de fluxos populacionais para os serviços médicoassistenciais que requerem maior tecnologia. Da mesma forma, cada uma das oito microrregiões possui uma cidade-polo microrregional, definidas pela capacidade de ofertar serviços ambulatoriais e internações hospitalares de nível secundário, decorrentes do fluxo de demanda oriunda da mesma microrregião.

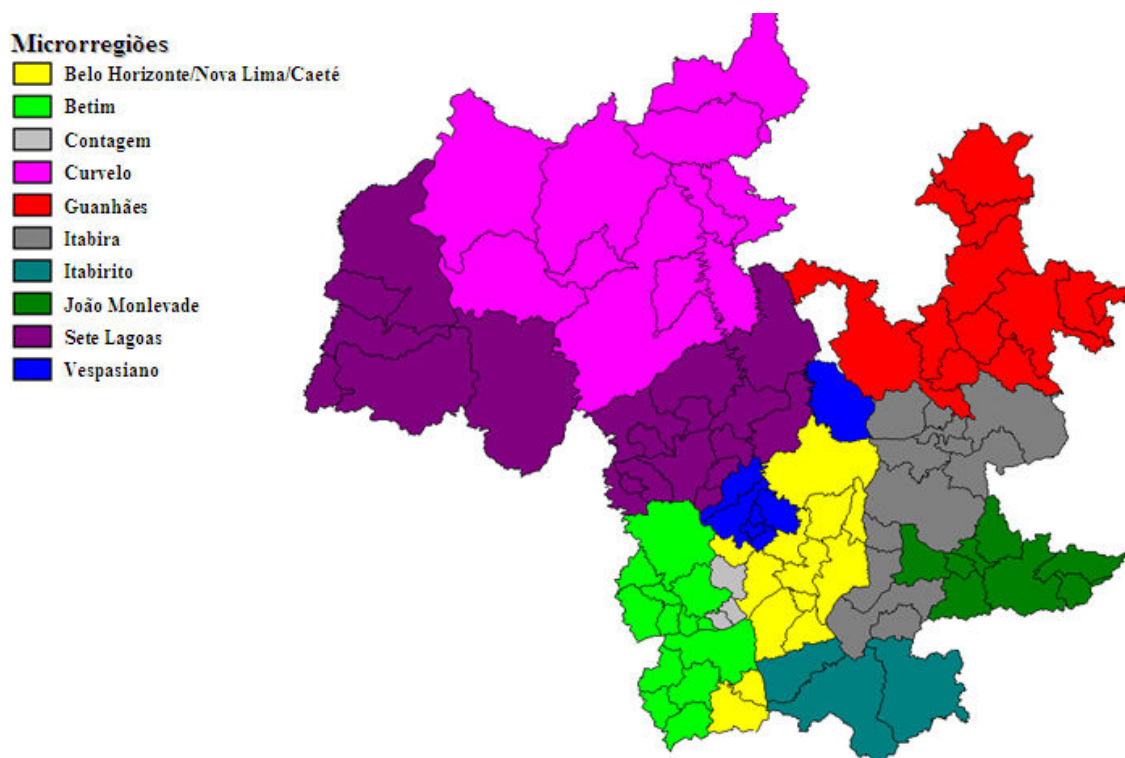


FIGURA 2 – Macrorregião Centro com suas respectivas microrregiões

Fonte: Assessoria de Gestão Regional – AGR-SES/MG/2009

Como cenário específico da pesquisa, foi escolhida a Microrregião Betim, composta por treze municípios (Figura 3). A escolha se justifica por ser campo de inserção e vivência da pesquisadora como Coordenadora da Atenção Básica da Gerência Regional de Saúde de Belo Horizonte, que abrange essa Micro, e por ser a região que apresenta os projetos de formação de redes de atenção à saúde e resolubilidade da assistência.



FIGURA 3 – Microrregião Betim com seus respectivos municípios

Fonte: Assessoria de Gestão Regional – AGR-SES/MG/2009

4.3 Sujeitos da Pesquisa

Para Minayo (2006), no estudo qualitativo, a definição da amostra deve estar voltada para a possibilidade do aprofundamento e da abrangência da compreensão do grupo social, em detrimento da representatividade numérica que leve à generalização dos resultados. Partindo desse princípio, a escolha dos sujeitos desta pesquisa deu-se *a posteriori* de forma intencional, tendo como critério serem membros da CIB Micro Betim, utilizando o critério de saturação, sendo entrevistados gestores municipais de saúde e representantes estaduais membros da CIB Micro Betim e contou com nove entrevistados sendo seis representantes municipais e três

representantes estaduais. Quanto ao perfil dos gestores e representantes estaduais da CIB Microrregional entrevistados, seis são do sexo feminino e três do masculino; a idade variou entre 26 e 60 anos. Em relação às categorias profissionais, há psicólogo, médico, enfermeiro, administrador, farmacêutico, fonoaudiólogo e uma estudante de graduação em Fisioterapia. Os entrevistados têm entre nove meses a três anos e nove meses no cargo.

Atendendo às diretrizes da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre os aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, o estudo foi avaliado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (COEP/UFMG), (ANEXO A). No momento das entrevistas e das observações das reuniões, os sujeitos foram informados sobre os objetivos do estudo; foram-lhes garantidos o anonimato e a utilização das informações coletadas somente para fins desta pesquisa, e solicitada, aos que concordaram em participar, a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A).

4.4 Coleta de dados

Para a coleta de dados, foi utilizada entrevista com roteiro semiestruturado por ser uma estratégia adequada para o processo de trabalho de campo, pois se trata de uma conversa entre os interlocutores, por iniciativa do entrevistador, destinada a construir informações pertinentes para um objeto de pesquisa (MINAYO, 2006). Esse tipo de entrevista possibilita a obtenção dos dados em profundidade, acerca do tema em estudo, buscando seus significados, captando as expressões corporais e tonalidades de voz, além de permitir que o entrevistador acrescente perguntas de esclarecimento diante das respostas obtidas (GIL, 2007; LAVILLE; DIONNE, 2007; TRIVIÑOS, 1995).

As entrevistas foram realizadas individualmente, mediante agendamento prévio com os informantes, de acordo com sua disponibilidade e para maior fidedignidade dos relatos dos participantes, as entrevistas foram gravadas após a autorização e, em seguida, transcritas integralmente; foram numeradas sequencialmente, de acordo com a data de sua realização e identificadas nos resultados da seguinte forma: ERME – Entrevistado Representante Municipal e ERE – Entrevistado Representante Estadual.

Além disso, foi realizada a observação das reuniões da CIB Micro Betim. As reuniões foram gravadas com autorização dos participantes e transcritas, foram ainda identificadas pela data da reunião, além de realizada a descrição em diário de campo durante as observações das reuniões. O resultado das observações foi utilizado como fonte de informações para o processo de análise e interpretação dos resultados.

4.5 Análise dos dados

Os dados coletados foram submetidos à análise de conteúdo que Bardin (2009 p. 42) define como

[...] um conjunto de técnicas de análises de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo nas mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção / percepção destas mensagens.

Dentre as modalidades de análise de conteúdo, optou-se pela análise temática que, segundo Bardin (2009), é organizada em três pólos cronológicos. O primeiro, a pré-análise, é a fase de organização dos dados, em que se fazem leituras sistematizadas dos relatos das entrevistas e se determinam as unidades de análise; o segundo é a exploração do material, que consiste na ordenação dessas unidades nos temas com vistas a alcançar o núcleo de compreensão do texto; a terceira e última fase, é o momento de interpretação, quando se fazem as relações com o referencial teórico (BARDIN, 2009; MINAYO, 2006).

A análise de conteúdo visa, portanto, *“a ultrapassar o nível do senso comum e do subjetivismo na interpretação e alcançar uma vigilância crítica em relação à comunicação de documentos, textos literários, biografias, entrevistas ou observação”* (MINAYO, 2000). Para Bardin (2009), não se trata de atravessar os significantes para atingir significados, como se faz na leitura normal, mas de, por meio dos significantes e dos significados (manipulados), buscar-se diferentes significados de natureza psicológica, sociológica, política, histórica, dentre outros.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Minas Gerais foi um dos Estados pioneiros na criação de um espaço de decisão colegiada, regionalizado e descentralizado por meio das Comissões Intergestores Bipartites Macro e Microrregionais. Com o Pacto pela Saúde em 2006, a regionalização do SUS é considerada a estratégia prioritária para se conseguirem avanços em direção à descentralização da gestão da saúde e, assim, à diminuição das desigualdades regionais de universalização da saúde. Os avanços para a regionalização efetiva do SUS, segundo o Pacto, dependem: da constituição de desenhos regionais que respeitem as realidades locais; do estabelecimento dos Colegiados de Gestão Regional (CGR), em Minas Gerais consideradas as CIB Microrregionais; e do estímulo a Estados e Municípios para potencializar seus trabalhos.

Considerando a escassez de pesquisas qualitativas e sistemáticas sobre as CIB Microrregionais/Colegiados de Gestão Regional, torna-se essencial refletir e ponderar sobre sua criação, problemas, avanços, desafios e práticas cotidianas. Dessa forma, este estudo buscou compreender processos decisórios das CIB Microrregionais e responsabilidades da gestão municipal na Microrregião de Betim da Macrorregião Centro do Estado de Minas Gerais e foi agrupado nas seguintes categorias: Organização, funcionamento e o Processo Decisório; Fatores que influenciam no Processo Decisório da CIB Micro e Políticas de Saúde: Aplicação das Decisões da CIB Micro frente às responsabilidades municipais

5.1 Organização e Funcionamento da CIB Micro e o Processo Decisório

A necessidade de conhecer a organização e o funcionamento da CIB Micro e a tomada de decisão são visíveis, pois estes se encontram inseridos ao Processo Decisório, tema este que será discutido nesta categoria e que será balizado pela Deliberação nº 095 de 17 de maio de 2004 (MINAS GERAIS, 2004) que cria as CIB Macro e Microrregionais, apresenta seu Regimento Interno que estabelece as competências, normas e procedimentos de funcionamento (ANEXO B).

Conforme observação das reuniões, verificou-se que as reuniões ordinárias da CIB micro de Betim são mensais e acontecem na segunda semana do mês, antecedendo as reuniões da CIB-SUS/MG devido à necessidade de encaminhamento da CIB Micro à CIB-SUS/MG. O cronograma

anual de reuniões é pactuado na última reunião do ano anterior. O Coordenador das reuniões é sempre um representante estadual, de acordo com o Regimento Interno vigente, este último apontamento é questionado pelos entrevistados, pois como as CIB Micro são consideradas os Colegiados de Gestão Regional, espaço de co-gestão, são necessários ajustes no Regimento Interno para que a Coordenação não seja sempre exercida somente por um representante estadual.

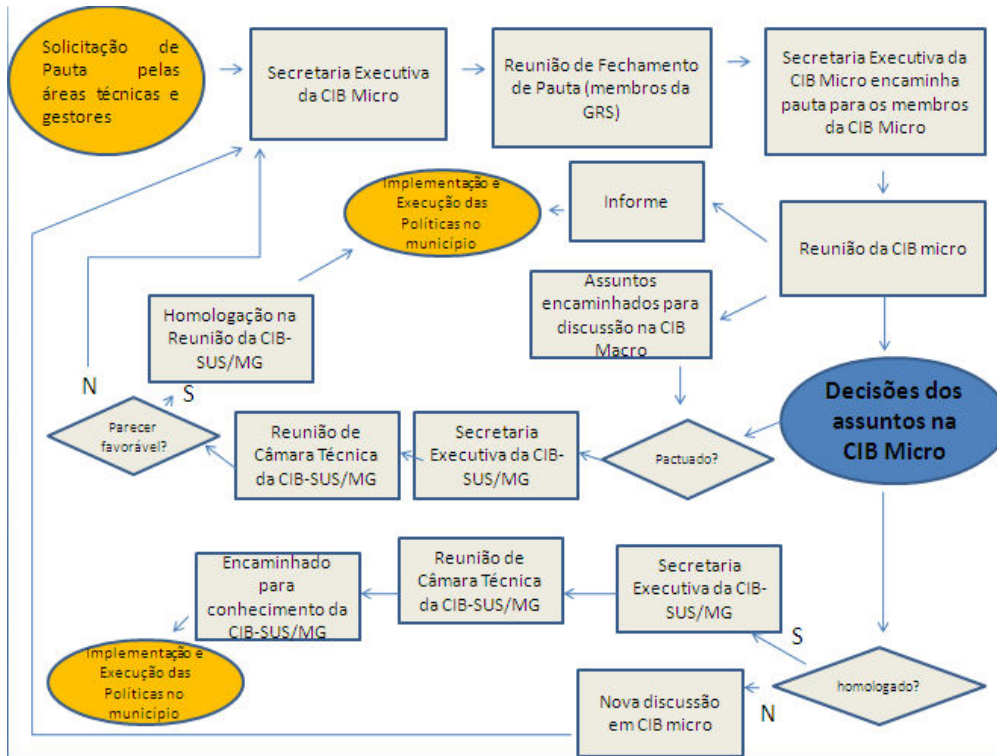
A CIB Micro apresenta uma Secretária Executiva, responsável pelos encaminhamentos das correspondências, contatos, convocações, suporte administrativo para as reuniões, atas das reuniões e encaminhamento das deliberações à CIB estadual entre outros (MINAS GERAIS, 2004). Na CIB Micro Betim, além da Secretária Executiva, pôde-se observar a participação de uma referência do Núcleo de Gestão Microrregional, setor constante na GRS, que realiza assessoria e apoia tecnicamente a CIB Micro e os municípios que a integram, além de fazer a articulação com outros setores envolvidos em determinada pauta/proposição da CIB Micro, que podem variar de uma reunião para outra de acordo com o assunto a ser discutido.

Pelas observações das reuniões e análise das falas dos entrevistados durante a pesquisa, foi possível identificar que as pautas da CIB Micro são elaboradas em reunião com o Diretor da GRS, grupo técnico da GRS, Núcleo de Gestão Microrregional e as Secretárias Executivas das CIB Micro. Os gestores municipais de saúde podem solicitar pontos de pauta encaminhando o assunto, antes da reunião, às Secretárias Executivas. Após a reunião de fechamento das pautas, as mesmas são encaminhadas aos Gestores Municipais de Saúde para conhecimento, com uma semana de antecedência da reunião da CIB Micro.

A CIB Micro é coordenada pela GRS, normalmente o diretor regional comparece às reuniões, leva uma pauta baseada nas necessidades das últimas tomadas de decisão da microrregião. Tem um item extrapauta dependendo de situações urgentes ou não. Os secretários municipais também podem solicitar pautas para debater, antes do dia da reunião, como matéria de pauta. Nessas reuniões são discutidos os assuntos, quando há decisão deliberativa, porque as CIB Micro são deliberativas, mas só se admite essa condição se conseguir unanimidade na decisão. Se alguém discorda não é uma decisão válida, ela não vira regra na gestão do SUS e na micro. (ERM4)

O processo de decisão acontece da seguinte forma: a GRS encaminha a pauta das reuniões. Na reunião da CIB eu já sei os assuntos a serem abordados e quando tem alguma decisão para ser tomada normalmente tem uma explanação, um debate sobre a questões, os municípios se posicionam e a decisão é feita por consenso. (ERM6)

FIGURA 4 - Fluxograma do Processo Decisório



Fonte: Adaptado para este estudo pela autora da pesquisa a partir das observações, entrevistas e do Regimento Interno da CIB.

Pôde-se observar, nas reuniões, que alguns assuntos discutidos na CIB Micro são inseridos posteriormente no encaminhamento das pautas aos gestores municipais ou no momento da reunião; assuntos estes que são considerados de “urgência” de pactuação na CIB Micro, como exemplo, demanda da instância federal ou estadual com prazos curtos. Percebe-se, às vezes, falta de planejamento da área técnica tanto federal, quanto estadual nível- central ou regional, o que tem consequência na qualidade da tomada de decisão na CIB Micro.

No âmbito do SUS, em particular, o planejamento é um instrumento estratégico de gestão, mediante o qual cada esfera de governo deve se valer para a observância dos princípios e o cumprimento das diretrizes operacionais que norteiam o SUS. Nesse sentido, o desenvolvimento e a operacionalização oportuna do processo de planejamento devem ser preocupação constante dos gestores e dos profissionais do SUS (BRASIL, 2007).

Torna-se importante ressaltar que, para a melhoria do funcionamento e da organização da CIB Micro, é necessário planejar, ou seja, implementar as ações, verificar os resultados e tomar

decisões. As falas dos entrevistados destacam a necessidade de planejamento das pautas e melhor detalhamento dos assuntos que serão discutidos na CIB Micro.

Então ... eu acho que falta um pouco de planejamento porque eu não tenho tempo de reunir com minha equipe de um dia pro outro. Pela pauta eles colocam só um lembrete, né? não detalham. Eu acho que devia detalhar. Eu acho que a gente recebe a pauta muito em cima da hora, sabe, então não dá tempo .(ERM1)

Conforme Rivera e Artman (2003), o planejamento é uma ferramenta organizacional, parte de um processo mais amplo de desenvolvimento das organizações, que valoriza a condução da ação. Assim, planejar é o processo de organização das ações em direção a um objetivo estratégico tecnicopolítico. Se os membros da CIB Micro recebem as pautas com prazo curto, sem a discriminação adequada, isso afetará a tomada de decisão, pois não terão prazo para conhecer profundamente o assunto a ser abordado. Dessa forma, é preciso planejar a organização das reuniões e o encaminhamento das pautas de forma mais efetiva e detalhada para minimizar as pautas inseridas no momento da reunião, como também maior tempo para análise do tema pelos gestores.

Além da necessidade de planejamento em relação à organização dos pontos de pauta discutidos em CIB Micro, outra questão relatada pelos sujeitos é que a maioria desses pontos de pauta são propostos e definidos pelo Estado, e isso ocorre por diversas razões: comodismo dos gestores e falta de conhecimento, poder do Estado na organização da logística do funcionamento da CIB Micro e no conhecimento dos assuntos discutidos, por ser muitas vezes o financiador de determinadas políticas de saúde, e ainda para ‘garantir’ o ‘controle’ do que será discutido na CIB Micro:

[...] mas eu acho que a gente ainda não entendeu a CIB como um processo de levar uma discussão... a gente fica muito acomodado. Recebemos muito mais as propostas de pauta do Estado... Nós vamos levar uma discussão hoje, mas vou falar assim que 90% é o Estado que pauta[...] (ERM5)

Pelos relatos dos entrevistados - representantes municipais – verificou-se pequena valorização das solicitações de pauta feitas pelos gestores municipais, mesmo considerando que ainda sejam apresentadas em quantidades reduzidas. Segundo os representantes municipais, a pouca inserção dos pontos de pauta de sua autoria é uma condição em processo de mudança, considerado seu amadurecimento em relação à instância CIB Micro e a seu papel como gestores. Em contrapartida, os entrevistados representantes do Estado reforçam o princípio da CIB Micro

como instância democrática, que valoriza e aprecia todos os posicionamentos de seus representantes. Assim sendo, observa-se contradição da fala dos representantes municipais, que abordam a diferença no tratamento das solicitações de pauta requeridas pelo Estado e pelos Municípios, os representantes do Estado não admitem que haja privilégio em propor os assuntos em detrimento daqueles propostos pelos representantes municipais. Fica evidente, no entanto, um conflito entre as falas dos representantes municipais e estaduais.

Nesse sentido os sujeitos afirmam:

A CIB Micro definia, discutia e durante o período, mesmo que não pudéssemos deliberar, essas discussões eram levadas. Então a reunião era muito rica, e a pauta era definida entre os gestores. Depois passou um tempo em que a gente mandava as discussões, a pauta para a GRS e ela não aceitava. Falava que quem definia a pauta da reunião da CIB era a GRS. Então a reunião se esvaziou ...ninguém queria mais. Deve ter mais ou menos uns cinco ou quatro anos que, com muito custo, a gente começou a insistir. Mas a gente sente que existe um pouco de censura em relação a isso. Não é tudo que a gente pode pautar, eles não falam um não, isso fica para uma próxima reunião mais para frente, né? Uma forma delicada de se falar não. (ERM2)

Algumas pautas por ser um ponto nevrálgico, tipo urgência e emergência. Os Municípios têm se movimentado mais para pautar, hoje eu vi esse exemplo. Nós tivemos uma reunião da micro...que senta na CIB junto.. nós evoluímos o pensamento, amadurecemos e tomamos uma definição conjunta... aí não só gestor, mas junto com os técnicos das áreas, vamos pautar na CIB uma decisão conjunta sobre esse assunto, a gente até achou que até que enfim nós vamos tomar essa definição. (ERM5)

Pautam sim, os Municípios pautam. As solicitações de pautas são colocadas. Às vezes não é o momento, então a gente pede que seja colocada no mês seguinte, mas os pedidos de pauta são colocados. Todas são atendidas. (ERE2)

Parece haver uma hierarquia na proposição de pontos de pauta, negada pelos representantes estaduais e reafirmada pelos gestores municipais, expondo um conflito entre as esferas de governo.

Pelos relatos, pôde-se identificar que o processo decisório se inicia antes da reunião da CIB Micro, desde a programação da reunião, discussão das pautas e reuniões de Câmara Técnica. A Câmara Técnica é uma reunião que acontece com técnicos dos Municípios e da Gerência Regional de Saúde para discussão de assuntos que serão pactuados na reunião da CIB Micro e que necessitam de maior discussão, detalhamento, análise técnica e posterior encaminhamento à CIB Micro para discussão e decisão nessa instância. A Deliberação nº 095 de 2004, estabelece em seu artigo 5º que a CIB Micro/ SUS-MG constituirá câmaras técnicas. E, ainda, que “No mínimo deverá constituir uma Câmara Técnica de Vigilância à Saúde e outra Câmara Técnica de Assistência à Saúde e Regulação, compostas por técnicos com reconhecida competência nas áreas acima citadas.” (MINAS GERAIS, 2004, p 7).

Durante o estudo, foi possível verificar que não existe apenas uma Câmara Técnica oficializada para todos os assuntos discutidos e decididos na CIB Micro. Em funcionamento, existem reuniões de Câmaras Técnicas de Regulação agendadas por demanda, e também Comissões que discutem sobre vinculação de maternidade de risco habitual e alto risco, Saúde em Casa, Dengue, PRO-HOSP, urgência e emergência. Sempre que necessário, são estruturadas comissões para discutir com maior profundidade assuntos que demandam estudo e detalhamento. Os sujeitos ainda relatam a necessidade de criação da Câmara Técnica oficial estabelecida no Regimento Interno conforme pode se demonstrar no depoimento:

Acho que antes da CIB, da decisão mesmo, devia existir uma Câmara Técnica, sabe? pra falar como é que está, o que vocês acham? Nós vamos levar pro Município, vocês discutem lá e na CIB vocês vão fazer isso, eles decidirem, sabe? (ERM1)

Percebe-se a necessidade da criação dessa Câmara Técnica oficializada principalmente para melhoria da qualidade da decisão e discussão da ação no Município antes da tomada de Decisão na reunião da CIB Micro.

Sobre as decisões na CIB Micro, são tomadas por *consenso*, conforme seu Regimento Interno. Além disso, torna-se importante ressaltar que o segmento estadual e municipal têm o mesmo peso na decisão, independente do número de representantes e que a CIB estadual só poderá vetar as decisões da CIB microrregional em caso de desacordo com a legislação. Também somente em situações de impasse na CIB Micro, a decisão vai para outro órgão colegiado, a CIB-SUS/MG, que também homologa as decisões da CIB Micro.

Uma vez que nenhum Município por si só será capaz de garantir a seus munícipes o atendimento a todas as necessidades de saúde, devendo buscar a integralidade da atenção dentro do sistema de saúde, há a necessidade de integração entre Municípios e serviços, e é a partir dessa integração de serviços de diferentes entes políticos que Santos e Andrade (2008) afirmam que há a imperiosa necessidade de esses entes criarem um sistema de permanente interlocução sobre a gestão do SUS. Por isso, o próprio texto constitucional apontou para a concertação interfederativa e, nessa mesma linha, há vários dispositivos da Lei nº 8080/90 demonstrando a necessidade de os entes federativos decidirem mediante *consenso* muitos aspectos da gestão do SUS (BRASIL, 1990).

Segundo Fogel (2007), *Consenso* significa acordo com que todos estão dispostos a viver. Não é um estado ambíguo: um grupo alcançou consenso numa dada questão quando alguém

propõe que se alcançou consenso e que ninguém contradiga essa afirmação. A pessoa que propõe o consenso deve especificar a que consenso se refere e que ações devem ser levadas a cabo como consequência desse consenso, se tal não for óbvio.

Ainda conforme Fogel (2007), o governo baseado em consenso funciona bem porque se funde suavemente com a discussão técnica propriamente dita. No fim de uma discussão, há frequentemente acordo geral no caminho a seguir. Alguém trata de fazer um fecho, o qual simultaneamente resume o que foi decidido e a proposta implícita do consenso. Isso permite que alguém diga "Espera lá eu não acordei isso. Temos que conversar mais."

Para Ranciere (2008), no entanto, cada vez mais há uma saturação 'policialesca' da política, que se chama de consenso, em nossas sociedades. Todos os grupos e problemas entraram nessa lógica, de realizar pactos para fixar os limites do possível, com parceiros sociais definidos, identificados e integrados. Essa regra consensual é, ao mesmo tempo, o outro lado de tudo isso que estamos vendo, do retorno do poder carismático, das guerras étnicas, racismo, xenofobia: é a modernidade, que é também consenso, o mercado e outros. Existem novos sujeitos à medida que se inventam conflitos ou se reinventam antigos conflitos. Os novos sujeitos podem aparecer no limite do consenso, entre os excluídos do consenso, que são duplos um do outro, a exclusão e o consenso. São os "sujeitos do dissenso", aqueles que tomam a palavra quando e onde não deviam fazê-lo e apenas são sujeitos políticos quando o fazem. De certa forma, o autor admite que continua a pensar no paradoxo suscitado, pois

[...] partir do momento em que os grupos começam a discutir, eles vão confrontar suas normas de validade e, enfim, para serem coerentes com sua lógica, eles têm que estar de acordo com certas regras de discussão, sem o que se estaria desqualificado. O que tento mostrar é que a lógica da política não é essa, é a lógica do dissenso, daquele que não faz parte da discussão, de criar normas que não existem. Os sujeitos da política se inventam, inventando as normas da discussão” (RANCIERE, 2008, p.1).

Conforme a legislação, o consenso é utilizado no processo decisório nas CIB, visto que é vedada a utilização do mecanismo do voto, visando estimular o debate e a negociação entre as partes. A participação nas reuniões é aberta a todos os Secretários municipais juntamente com as equipes técnicas das Secretarias municipais e estadual, embora o poder de decisão se limite aos membros formais da Comissão.

Dessa forma, muitas vezes, as reuniões da CIB Micro são momentos de intenso debate e interação entre as equipes municipais e destas com a estadual. A CIB Micro é um espaço decisório

que abrange em parte o pensamento de Fogel e Ranciere, mas não considerando cada um em sua totalidade. Por um lado, observa-se a pressão das normas pelo consenso, que seria um acordo geral quanto às diretrizes mas, por outro lado, há grandes diferenças entre os atores e seus interesses locais, lutando por recursos escassos como sujeitos políticos, o que revela o dissenso.

Os Comitês, segundo Sartori (1994, p. 24), “evitam a regra da maioria, procuram acordos unânimes...” Santos e Andrade (2008) relatam que, a partir da configuração jurídico-administrativa do SUS, somente Colegiados interfederativos de âmbito nacional, estadual e regional serão capazes de operar uma rede de entes federados, todos autônomos entre si, ao mesmo tempo em que são interdependentes na garantia da integralidade da atenção à saúde. Os Colegiados serão capazes de unir entes autônomos interdependentes na realização de serviços integrados, sem ferir sua autonomia, uma vez que toda decisão deverá ser consensual. Além disso, esses colegiados deverão ter suas decisões consensuais consubstanciadas em documentos jurídicos (avenças), como os contratos organizativos e os contratos de ação pública (que organizam a ação da saúde), definindo as responsabilidades de todos os entes na rede interfederativa.

Os sujeitos da pesquisa confirmam que ocorre a decisão consensual na CIB Micro, conforme o Regimento Interno, apesar das discordâncias entre os membros e discussões dealongadas. Às vezes há problemas por não conseguirem chegar ao consenso em determinado assunto, por diversos interesses; dessa maneira, ocorrem acordos para que aconteça uma decisão de certa forma mais ‘homogeneizada’, e que a discussão se prolongue até chegar ao acordo:

Eu acho que, no processo decisório das CIB's, a coisa mais diferente que se destaca são que as decisões são consensuadas, não tem votação. Se um Município discorda é sinal de que aquele assunto precisa novamente ser discutido ou naquele momento mesmo ser rediscutido até que haja um consenso entre todos. Então essa eu acho que é a característica principal do processo decisório das CIB's. Isso se aplica a todas as micro e às macro também. (ERE2)

Olha como isso foi definido pela Lei, tem que ser por consenso, algumas vezes acontece de ter os discordantes e esse ponto é discutido lá. Agora existem vários pontos que divergem e tem sempre alguma reunião prévia. Em geral sempre temos um acordo, porque tudo tem que ser acordado com todo mundo, não é por votação, é por consenso. (ERE3)

Acho que cada Município tenta defender o seu lado, defender o seu Município, levar que as suas propostas sejam levadas à frente. Mas quando você está na micro tem que ser por consenso. Aí não tem jeito, porque não adianta eu privilegiar o meu lado se vou prejudicar o outro, depois em outro momento aquilo vai me fazer falta, então eu acho que as decisões da micro tem que ser por consenso mesmo, nós temos que pensar na micro como um todo, principalmente na questão de educação permanente, não adianta só eu querer, por exemplo, um curso de capacitação que vá resolver o meu problema mas que não vá resolver o problema de todos. Então, você tem que pensar como uma região mesmo. (ERM6)

Os gestores devem interagir mediante negociação para chegar ao consenso, expandindo seus conhecimentos e posições acerca das reais necessidades locais e microrregionais, o que permite ainda melhor avaliação dos resultados. Além disso, a rede fortalece os vínculos entre os envolvidos, afirmam Santos e Andrade (2008), por se associarem com a intenção de cooperar, e não de impor; de colaborar e compartilhar as atividades e os recursos, sem hierarquia; além de trazer para perto das autoridades centrais a realidade dos territórios; e as Comissões intergestores federal e estaduais precisam ser institucionalizadas e ter segurança jurídica, devendo ser pautadas pela Lei, e não por Portarias. Essas comissões, denominadas colegiados interfederativos, compostas pelos entes federativos responsáveis pela saúde, devem produzir decisões consensuais – única forma de respeitar a autonomia dos entes federados, ao mesmo tempo em que todos se veem e se sentem interdependentes.

Mesmo com relatos dos sujeitos afirmando o consenso na CIB, ainda deixam explícitas, nas falas, a existência do voto e a ocorrência de pactuações não consensuadas; uma delas, foi a decisão dos gestores pela alocação de recurso para dois Municípios da Micro, mas o Estado tinha como regra a alocação do recurso para o Município -sede de Micro e não para toda a Micro. Ao verificar as Deliberações que dizem respeito ao PROHOSP, essa decisão não consensuada relatada, somente ocorreu, porque estava em desacordo com as mesmas e o Regimento Interno, estabelece que a CIB-SUS/MG veta as decisões que estão em desacordo com a legislação. Dessa forma, mesmo que haja decisões sem consenso, existe também a falta de conhecimento e clareza dos membros em relação à legislação vigente e às nomenclaturas, pois o consenso não é um sistema de votação, mas uma forma em que todo o grupo é inserido na tomada de decisão:

Nós decidimos isso...Até essa questão: qual que é o percentual de participação, né? Nas mínimas coisas, Foi consenso? Definiu-se? Votou-se? Muitas vezes não se vota, se apresenta. E aí teve definições tomadas na CIB Micro que não foram por consenso. Todos os Municípios votaram a favor e só Betim votou contra e passou, Betim ganhou. Já aconteceu. E é muito angustiante. Sai todo mundo frustrado, não querendo voltar mais em CIB, não acreditando no Estado. Não acreditando na democracia porque você não definiu, então tem-se nova reunião pra discutir, não é maioria que vale. (ERM2)

A decisão é feita por consenso, ou vota a favor ou vota contra. Até hoje de todas as CIB's que eu participei só teve uma reunião que não foi consensual, que foi a questão de colocar que os Hospitais de Esmeraldas e de Brumadinho participassem do Pro-Hosp. Todos os municípios votaram a favor. Betim votou contra e o Estado não acatou a decisão da micro, naquela época que seria desses dois Hospitais participarem do Pro-Hosp. O Estado alegou que o recurso não era pra micro era pro hospital sede de micro.(ERM6)

Ainda assim, fica explícita a contradição da existência de um consenso em CIB Micro. Na verdade, esse “consenso” ocorre quando “alguém” tem o poder do conhecimento, do convencimento, de manipulação, articulação com os membros, ou de financiamento; e esse membro se torna o líder no momento da decisão, o negociador; ou mesmo quando a maioria define, e a minoria, ou os que não têm poder, ficam calados ou intimidados e concordam com a decisão tomada.

Eu já vi tanto reuniões de CIB Micro quanto reuniões de CIB Estadual definirem em consenso. Ela é menos silenciosa quando é uma definição de um município só, quando é uma definição em conjunto as pessoas tem um pouco medo de se manifestar. Então três ou quatro se manifestam porque não aguentam e os outros ficam calados. (ERM2)

Lá, por exemplo, eu acho que o gestor fica um pouco intimidado em relação assim, chega com um problema e todo mundo fala: a decisão é essa. Alguém é contra? Então assim, eu acho que isso intimida muito o gestor, sabe? (ERM1)

Nesse contexto, as maneiras de atingir o *consenso* precisam ser trabalhadas de forma mais concreta, e mais, é preciso aperfeiçoar alguns pontos que interferem na forma de atingir o consenso, como por exemplo o perfil dos gestores municipais, a negociação e a expansão de seus conhecimentos acerca das realidades locais e microrregionais. Esses pontos tornam-se um desafio para a qualificação da gestão da saúde, aperfeiçoamento das relações e cooperação entre os gestores públicos da região, pois o *consenso* ainda é a melhor forma de abranger uma decisão coletiva eficiente.

Ainda sobre o processo de decisão, os entrevistados relatam que existem articulação e discussão anteriores, tanto entre os gestores quanto entre o gestor e os profissionais do Município da respectiva área, e também entre os gestores, profissionais técnicos do Município e profissionais da GRS. Isso faz com que a reunião da CIB Micro seja um momento de decisão mais pontual; a discussão é feita nos momentos anteriores que se tornam parte do Processo Decisório:

A CIB é só um fechamento, mas de qualquer forma ela é um espaço. Quantas vezes a gente já teve discussão na CIB! Que às vezes a gente toma um decisão ali de consenso, mas que remeteu a uma outra discussão mais profunda, como exemplo a urgência e emergência. Eu acho que este espaço ainda é um processo em construção, não acho que está terminado e acabou e está ali todo prontinho. (ERM5)

Na CIB, na verdade, a gente resolve só os impasses, se houver. A gente tem tido poucos impasses nos dias atuais. A gente tem acertado as pendências antes. (ERM4)

Percebe-se, dessa maneira, que a decisão é construída em um debate e acordos anteriores e que a CIB Micro é apenas o espaço em que se oficializa a decisão. A discussão anterior é essencial para a qualificação da decisão na CIB Micro, mas o espaço CIB Micro precisa ser minimamente utilizado de forma efetiva para maior fortalecimento desse órgão colegiado. Silva (2008) propõe o aperfeiçoamento do exercício e da regulação do poder federativo, para que as medidas necessárias à gestão intergovernamental da saúde na região sejam facilitadas permitindo fortalecer o papel do CGR, implementar mecanismos institucionais que favoreçam a construção de consensos, definir responsabilidades das esferas de governo que interagem na região e efetivar políticas regionais. A institucionalização, legal, inclusive, do CGR e a criação de contratos entre entes públicos para definir as responsabilidades compartilhadas, mediante legislação específica, estariam entre essas medidas.

Outro aspecto de funcionamento da CIB Micro são os assuntos discutidos nessa instância. A CIB Micro, conforme Regimento Interno, discute especificamente os assuntos de Atenção Básica; Média Complexidade Assistencial níveis 1 e 2, conforme o PDR vigente, respeitados os acordos da PPI; Baixa complexidade de Vigilância Sanitária, conforme Portaria MS/GM n.º 2.473/2003 (BRASIL, 2003); Baixa complexidade de Vigilância à Saúde, conforme Portaria MS/GM n.º 1.399/1999 (BRASIL, 1999); e outras ações e políticas de saúde de abrangência da Microrregião. Ainda, os procedimentos de Média Complexidade Assistencial de nível 3, passíveis de resolução no nível Microrregional, poderão ser pactuados nesse nível.

O Regimento Interno determina que as CIB Microrregionais só podem pactuar, sobre tais assuntos e os demais, como exemplo, alta complexidade, são decididos nas CIB Macrorregionais ou na CIB-SUS/MG.

Quando iniciaram as reuniões de CIB, era de forma muito interessante e com a participação dos membros, colocando a pauta, definindo a pauta das reuniões, ela se dava tanto para discussões de média como de alta complexidade. Depois do regimento eles foram apertando à medida que as reuniões foram acontecendo. Foi definido então que só se decidiria na reunião de CIB Micro as questões mais simples e as de média complexidade. E isso empobreceu as discussões. Acho que foi uma questão mais da Secretaria Estadual, do Secretário da época, que definiu que a partir daquele momento as CIB's só poderiam ter discussões mais simples (ERM2)

Os assuntos da CIB Micro e da CIB Macro são diferentes, agora os assuntos que são definidos na CIB Micro, eles tem que ser levados à CIB Estadual. A CIB Micro vai falar de assuntos de atenção primária de níveis de complexidade menores que refletem na Microrregião. A CIB Macro vai ser nível de complexidade maior e casos da Macrorregião (ERE3)

Fica evidenciado, nos relatos, o desejo de que a CIB Micro decida sobre assuntos além dos listados em seu Regimento, mesmo sabendo que a alta complexidade é de ordem de alocação do Estado e que apenas os Municípios considerados de “Gestão Plena de Sistema”, anterior ao Pacto pela Saúde, que são 59 dos 853 municípios do estado de Minas Gerais, fazem a gestão da alta complexidade (MINAS GERAIS, 2011). Há o desejo e certo saudosismo de épocas passadas, mas a regulamentação é clara. A CIB Micro pode discutir as questões de alta complexidade, desde que as remeta à discussão e deliberação da CIB Macrorregional e CIB-SUS/MG.

Alguns processos que anteriormente eram pactuados na CIB Micro e encaminhados para homologação na CIB-SUS/MG foram descentralizados para as CIBs Microrregionais conforme Deliberação CIB-SUS/MG nº 338 de 15 de março de 2007 (MINAS GERAIS, 2007) (ANEXO C), ou seja, transferência, remoção e cessão de servidor da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) com aprovação da CIB Micro de origem e de destino; implantação, implementação e qualificação do Programa de Agentes Comunitários (PACS) e de Equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF); relatório mensal de inclusão e exclusão de ESF; definição, dentro da respectiva microrregião, do Município/unidade de saúde para implantação de pontos de atenção de acordo com definição da respectiva Rede de Assistência homologada pela CIB-SUS/MG. Essa descentralização mostra uma evolução no processo de construção da regionalização do SUS e pode nortear formas da tomada de decisão.

Além disso, segundo Manual do 2º Encontro Estadual de Saúde de Minas Gerais, a CIB-SUS/MG pode encaminhar às CIBs Micro/CGRs a definição de recursos financeiros a serem pactuados regional e microrregionalmente (ex: recurso novo de Média e Alta complexidade (MAC) federal, recurso estadual para filantrópicos, recurso para Educação Permanente, etc.).

Mais do que decidir em relação aos assuntos de maior complexidade, observa-se, nas reuniões, que os sujeitos almejam que os encaminhamentos do que foi discutido na CIB Micro em relação a esses assuntos deliberados em CIB Macro e CIB-SUS/MG sejam concretamente apreciados nesta última instância.

Dessa forma, percebe-se que tanto a criação do espaço CIB micro, quanto sua Coordenação por um representante estadual, a decisão por “consenso” e o tipo de assunto que deve ser discutido em CIB Micro, como formas de “democratizar” a decisão das políticas de saúde, mas também de “controle” do Estado quanto aos assuntos que serão discutidos.

Segundo Abrucio (2004), os processos de descentralização necessitam do fortalecimento de mecanismos de coordenação que resultem na instauração de parcerias aprovadas pelos entes federativos. A *coordenação federativa* (também denominada coordenação intergovernamental), entendida como as formas de integração, compartilhamento e decisão conjunta presentes nas federações, é um elemento-chave para se garantir o equilíbrio entre a *autonomia* dos pactuantes e sua interdependência e a amenização dos conflitos existentes entre eles. Nesse sentido:

Autonomia no seu sentido etimológico, significa “produção de suas próprias leis” ou “faculdade de se reger por suas próprias leis. Em oposição à heteronomia, designa todo sistema ou organismo dotado da capacidade de construir regras de funcionamento para si e para o coletivo. Pensar os indivíduos como sujeitos autônomos é considerá-los como protagonistas nos coletivos de que participam, co-responsáveis pela produção de si e do mundo em que vivem [...] (BRASIL, 2006b p. 52).

Segundo Muñoz e Fortes (1998), a autonomia refere-se ao autogoverno, à autodeterminação da pessoa para tomar decisões que afetem sua vida e suas relações sociais. A autonomia, em seu sentido ético, tem sua fundamentação no binômio liberdade-normas. Autores como Rouanet (1994) e Segre *et al.* (1998) concordam que a construção do significado contemporâneo desse termo teve seu ápice no período do movimento iluminista (século XVIII), durante o qual se valorizava prioritariamente a racionalidade como possibilidade da conquista da liberdade humana. Brito (1994), citando Kant, afirma que a condição básica que possibilita a vontade de dar a si a sua própria lei é a autonomia, definida como “aquela propriedade graças à qual ela é para si mesma a sua lei [...], é o fundamento da dignidade da natureza humana e de toda a natureza racional” (BRITO, 1994, p.71). No entanto, a autonomia dos sujeitos é sempre relativa e depende do conjunto de normas em vigor.

De fato, para que se possa falar de uma verdadeira descentralização do processo de gestão, é preciso que haja um adequado grau de autonomia. A autonomia dos Municípios é plena no que se refere à competência privativa, e relativa no que se refere à competência concorrente. O art. 30 da Constituição Federal de 1988 nos traz o ensinamento sobre a competência dos Municípios, onde o seu inciso II diz ser o Município competente para complementar a legislação federal e a estadual no que couber. Portanto a verificação de autonomia está baseada em sua competência que pode ser concorrente com a da União e dos Estados, ou então, ser privativa, sendo que sobre esta só os Municípios poderão se manifestar. Quando a Constituição Federal diz "suplementar" , o Município não pode ferir o descrito na Norma. Mas pode esclarecer ou referir a

algo que a mesma não citou. A autonomia microrregional, no momento, caracteriza-se pela competência conferida à Microrregião, ou seja, ao conjunto dos Municípios da Micro, aos assuntos determinados por seu Regimento Interno.

Conforme Silva (2007), a autonomia é um conceito complexo, analisado no contexto das relações de poder em cada momento histórico. É um processo dinâmico e passível de mudanças que não são lineares. Pois precisam ser contextualizadas no âmbito de relações sociais articuladas ao processo de produção econômica, do conhecimento, da informação/comunicação e do poder constituído no jogo sociopolítico no país. A autonomia é tecida de forma ascendente no contexto das complexas relações entre indivíduos, estruturas (instituições) e coletivos. No individual, envolve capacidades inatas, habilidades, atitudes, desejos, autoconfiança, motivação, tomada de decisão, escolhas e avaliação. No coletivo, envolve necessariamente mudanças nas atuais relações de poder: o compartilhamento do poder entre os atores da sociedade civil, mercado e Estado em substituição à cultura da centralização do poder de elites tradicionais originárias do mercado, da classe política e da burocracia do Estado. Nesse sentido, as falas dos entrevistados demonstram:

O crescimento do SUS, a construção do SUS é ascendente e quem norteia isso primeiro é o Município, através de seus órgãos representativos- Conselho e Secretaria, depois é a própria CIB... Isso, da microrregional, um exemplo que a gente pode colocar o Município-polo não quer receber um Município satélite em tal especialidade ou qualquer empecilho ou porque o serviço não está montado, isso pode ser pactuado na CIB micro. (ERM3)

Tem autonomia, mas acho que depois eles vão para a Macro, para ser um processo realmente decisório. A CIB é um processo de decisão, mas depois ainda tem a análise. Acho que depois tem outros processos que a nossa CIB vai ser outro grupo de decisão, né? Então pra mim, perante os Municípios, o processo é importantíssimo, a CIB realmente é a tomada de decisão. A Micro se torna um grão perto da Macro, então tem um processo decisório muito importante, mas não existe hierarquia entre as CIBs. (ERM1)

Acho que a gente tem autonomia da decisão construída por um processo de reuniões anteriores com os técnicos, elaboração da ação com as atividades que a gente está executando. Acho que é um somatório, mas falar que a gente é autônomo para tomada de decisão! Eu acho que a gente não evoluiu tanto... Tem um processo, os atores estarem preparados, uns estão mais politizados outros não, porque ainda está sendo construído esse processo (ERM5)

Na CIB Micro, foi evidenciada, pelas falas dos sujeitos, a questão da autonomia nos sentidos: tanto para decisão dos assuntos que são de competência da CIB Micro, que acontece de forma concreta e respeitada; e autonomia parcial no sentido dos assuntos que são deliberados em

CIB Macro e CIB-SUS/MG, pois não decidem sobre esses assuntos, apenas discutem e fornecem subsídios e uma posição da Microrregião sobre os temas:

Eu acho que ela é pequena, até porque o representante estadual que está lá não é o Secretário Estadual, então o que ele falar lá vai ter que ser balizado e ratificado para uma subgerência, uma subsecretaria mais acima, eu não acho que ele tem toda autonomia não, eu acho que a autonomia dela é parcial, acho que para discutir a situação sim, agora pra tomar todas as decisões não. (ERE3)

Olha, para decidir é quase toda. Agora para implementar é quase nada, (risos) porque a CIB Micro não decide sobre financiamento, então na verdade a gente só pode fazer uma sub-decisão, não podemos tomar decisões que no nível macro já não tenha sido tomada... Vamos supor: ficou decidido o número de equipes de saúde da família que cada Município vai ter. Não adianta você decidir mais do que isso, porque não tem financiamento para mais. Eu estou dando um exemplo, podem ser outros. A CIB Micro não tem poder de decisão sobre recursos financeiros. A não ser aquilo que cada Município tem, mas nós não contamos com financiamentos nem do Ministério nem da Secretaria de Estado para tomar decisão, só aquilo que está explicitado e definido nas Portarias, né? Aí a CIB vai definir os fluxos, entendeu? (ERM4)

Parte dos informantes reconhece que a CIB Micro dispõe de uma adequada margem de autonomia, sobretudo em relação às questões de interesse local que não interferem com as normas do SUS, nos âmbitos estadual e federal. Outros informantes assinalam que a autonomia é “restrita” e “insuficiente”; consideram que se trata de uma instância de caráter mais propositivo do que deliberativo, de um espaço mais voltado para atividades de informações do que propriamente de decisões:

Na CIB Micro, o poder decisório é pequeno. Ela é muito mais informativa que decisiva muito menos deliberativa por sinal e a função dela é justamente o contrário: congrega as vontades e as necessidades e aí sim deliberar uma decisão que seja conjunta para todos os Municípios ali instituídos... Esse cargo dela de as decisões se voltarem muito mais pra CIB estadual, as micro tem um empoderamento menor que a CIB/SUS estadual. As discussões são pequenas, então as decisões, o crescimento, um projeto microrregional isso não existe, é uma ideia que foi fundamentada inicialmente e não evoluiu que foi definir os colegiados de gestão microrregional... A discussão é muito deficitária, então problemas nossos que são comuns, por exemplo, urgência e emergência, nós não conseguimos pontuar e qualificar uma discussão que seja decisiva na CIB Micro, a Macro consegue congrega isso com mais propriedade, uma discussão muito mais técnica e bivalente. (ERM3)

A CIB Micro tem um componente forte de treinamento dos gestores ... então a CIB tem essas duas funções de tomada de decisão e treinamento. (ERE1)

É um espaço que une os gestores que tão interessados em fazer uma diferença e homogeneizar a informação. (ERM5)

As observações das reuniões limitaram-se a perceber que, na CIB Micro, são apresentados muitos assuntos de caráter informativo, alguns de encaminhamento à CIB Macro e à CIB-

SUS/MG, pactuações, trocas de experiências entre os gestores com conversas paralelas à reunião, e discussões intensas, estas últimas principalmente quando envolve assuntos relacionados a financiamento/recursos financeiros e pactuação de procedimentos. Percebe-se um maior interesse e implicação dos gestores quando discutem recursos financeiros.

Nesse contexto, a CIB Micro se encontra em um papel mais informativo e que ainda necessita se consolidar como Colegiado de Gestão Regional – CGR, como arena política com poder decisório suficiente para promover a gestão da rede e a governança regional. Silva (2008, p. 191) afirma que “a governança é uma condição mais ampla que diz respeito à articulação e à cooperação entre os atores sociais e políticos do governo e da sociedade, visando à construção dos arranjos institucionais necessários para que os objetivos almejados sejam alcançados” e a liderança do processo, assim como o planejamento estratégico das redes, cabe ao CGR, que é responsável pela elaboração do plano de ação regional; a construção de maior governabilidade, para que o CGR execute as atividades de gestão intergovernamental, contribui para que ele exerça melhor o papel que lhe é destinado; a garantia de transparência do processo decisório e da execução das ações, de controle dos gastos e de outras medidas de controle social deve ser propiciada pelos Conselhos de Saúde e outros órgãos fiscalizadores.

Ao mesmo tempo, os sujeitos consideram a CIB Micro um espaço democrático importante, de troca de experiência, de definição conjunta, espaço de diálogo entre os gestores e de gestão colegiada, que solidifica a regionalização das ações e serviços de saúde nos Municípios da Microrregião, mas que ainda é um processo em construção e que necessita de maior aprimoramento.

A maior importância que eu dou nesse caso é por causa do diálogo entre os gestores... Então se a gente não conversar com os Prefeitos, Secretários de Saúde, população, usuários, trabalhadores, prestadores de serviço, GRS, Secretaria de Estado, Ministério da Saúde, CONASEMS e CONASS e se isso não tiver uma coerência não funciona, não tem jeito .(ERM4)

Eu entendo a CIB como um espaço democrático, ali pelo menos você participa, o Secretário da região está ali, pode tomar a mesma decisão. Este é um espaço que garante que você fale e questione o processo. A gente às vezes se omite, como gestor, em usar este espaço de decisão para tomar frente de alguma política ou discutir de forma mais aprofundada. A CIB reorienta ou fortalece a homogeneização de informação dos municípios e o gestor ou seu representante tem que tomar consciência do que tá acontecendo .(ERM5)

Eu acho que a CIB é uma escola porque a gente aprende muito. Não adianta você achar que leu e sabe. O momento da discussão é muito rico, porque cada um se coloca e os Municípios menores aproveitam muito a reunião, porque eles têm, geralmente são... gestores políticos, não profissionais de saúde .(ERM2)

Noronha *et al.* (2008) relatam que as CIB apresentam discussões cada vez mais frequentes sobre os elementos próprios, constitutivos dos sistemas estaduais e locais de saúde, fazem com que as CIB se estabeleçam também como espaços de formulação da política estadual e do planejamento das ações. As CIB citadas pelos autores são as CIB Estaduais, as CIB Microrregionais aqui estudadas; também aqui ocorrem essas discussões, mas ainda se encontram em fase de aperfeiçoamento de sua implementação, necessitam de muitos ajustes como a implantação de sistemas gerenciais eficazes para o desenvolvimento de capacidade institucional adequada e para se consolidar concretamente como órgão colegiado.

As CIB vêm se tornando, para os municípios, a garantia de informação e atualização dos instrumentos técnico-operativos da política de saúde, de implementação dos avanços na descentralização do sistema de saúde e de fiscalização das ações do Estado na defesa de seus interesses, principalmente com relação à distribuição dos recursos transferidos pelo nível federal.

Esse desenho de decisões microrregionais é um desenho muito bom, as decisões individualizadas dos Municípios não era bom! Cada um olhava só para si. Pode deixar eu já resolvi o meu problema, liguei pra Belo Horizonte, eles vão resolver. Não havia essa percepção de resolver as coisas em conjunto. Acho que o modelo é conceitualmente muito interessante, muito bom .(ERE2)

Conforme Silva (2008), o sistema de decisões do SUS é múltiplo. Avanços na construção de redes de atenção à saúde no SUS dependem, portanto da articulação de uma cadeia de decisões e, eventualmente, da necessidade de planejamento compartilhado, que envolve diferentes arenas políticas e, conseqüentemente, “espaços de planejamento” distintos.

Mesmo com todos os aspectos organizacionais e de funcionamento encontrados na pesquisa que precisam ser reconstruídos para melhoria da qualidade do Processo Decisório no SUS em Minas Gerais, os sujeitos da CIB Micro Betim consideram de relevância o desenho de decisões microrregionais.

O desenho das CIB Microrregionais, mesmo com as limitações estruturais de cada Microrregião, garante ,de certa forma, uma visão conjunta regional, pois anteriormente a maioria dos Municípios não participava das decisões ou sua representação não se dava de fato, ou não havia a apropriação das informações de saúde. Com essa representação de CIB Microrregionais, assim como na CIB Micro Betim, todos os Municípios têm a oportunidade de participar das reuniões, discutir os assuntos e pactuar, mesmo que a participação seja diferenciada de acordo com interesses dos Municípios e peculiaridades do gestor. A CIB Micro apresenta-se como canal

de repasse da informação e espaço colegiado institucionalizado para que aconteçam as discussões dos problemas, avanços e desafios das Microrregiões.

5.2 Fatores que Influenciam o Processo Decisório da CIB Micro

Na CIB Micro, assim como em todos os espaços de decisão, existem fatores que influenciam o Processo Decisório, sejam eles, os atores presentes, suas características pessoais, as relações de poder, os conflitos, acordos, interesses e aspirações ou fatores técnicos, políticos ou de planejamento. Conforme Sartori (1994 p. 181), “um sistema de comitês que opera no interior de uma democracia adquire características próprias”. Dessa maneira, cada CIB Micro apresenta uma ‘performace’ diferente na tomada de decisão, revelando sua peculiaridade, o contexto histórico e cultural do grupo e a complexidade da gestão pública.

Nesta categoria, são apresentados os fatores encontrados no estudo que influenciam o processo decisório da CIB Micro Betim. Mesmo sabendo que os fatores apresentam interfaces em seu conjunto, para efeito de delimitação desta categoria, foram utilizados três temas que serão contextualizados na seguinte ordem: o primeiro diz respeito aos atores: perfil, participação, experiência, técnica, conhecimento e informação; o segundo diz respeito às relações de poder, acordos, articulações, estratégias e interesses; e o terceiro refere-se à gestão pública de organização, planejamento, realidade local, e o fator político (partidário, pessoal e de política pública).

Pereira e Fonseca (1997) afirmam que o contexto do momento de vida direciona nossa atenção e todo o processo perceptivo e é um modificador na tomada de decisões. Os conceitos e as percepções permitem ao indivíduo fazer uma leitura de contextos que vai confirmar ou modificar as ações dele como tomador de decisão. O acúmulo de conhecimentos e a experiência prévia também são importantes ao processo decisório. A experiência prévia com um problema ajuda na solução de problemas estruturalmente semelhantes, ou que pelo menos possuíam determinados aspectos estruturais em comum. Desse modo, verifica-se que conceitos associados à experiência prévia dos indivíduos constituem-se num conjunto de elementos diretamente vinculados à tomada de decisão.

Percebe-se, pelos relatos dos sujeitos, que muitos gestores municipais não apresentam experiência de gestão e que de certa forma acompanham o posicionamento dos gestores considerados experientes.

Os mais simples e os que estão começando, depois que acaba a reunião eles te procuram. Às vezes ficam calados, mas vão pela definição de todo mundo, o grupo vai, eles vão, porque sabem que existe um interesse, eles confiam. (ERM2)

Assim, a experiência prévia e o conhecimento são intervenientes no processo decisório e o ator experiente e detentor de maior conhecimento se apresenta como detentor de maior poder de decisão naquele momento. Além disso, conforme relatos dos entrevistados, alguns gestores não compreendem nem mesmo o significado da instância CIB Micro e seu papel dentro dela, estão despreparados para realizar a tomada de decisão por falta de conhecimento, experiência e informação:

Há um despreparo, houve mudanças de Secretários, então tem a presença de Secretários novos. ...Então eu já ouvi isso de alguns colegas, que eles vão pra CIB para cumprir a necessidade do Estado e é totalmente diferente. (ERM3)

Na tomada de decisão, segundo Angeloni (2003), é importante ter disponíveis dados, informações e conhecimentos, mas esses normalmente estão dispersos, fragmentados e armazenados nas cabeças dos indivíduos e sofrem interferência de seus modelos mentais. Não somente informação e conhecimento são fatores intervenientes no processo decisório, como também um conjunto de outros fatores pertinentes ao decisor, bem como suas condições emocionais no momento da decisão. Nesse sentido, toda escolha é influenciada pelas características estruturais do decisor, o conhecimento e a situação existencial deste. Por características estruturais Pereira e Fonseca (1997) compreendem atributos como inteligência, status social, sexo, cultura, crenças, motivações e saúde, dentre outros.

Para Vergara (1993), no processo decisório, a informação assume capital relevância e, na medida em que se adequa, diminui a incerteza provocada pelo ambiente. Segundo Pereira e Fonseca (1997), o conhecimento e a situação existencial do decisor no momento em que são tomadas as decisões são faces de uma mesma moeda e influenciam decisivamente a avaliação e a escolha das alternativas para a solução de um problema. Dessa forma, identificam uma face técnica que representa a experiência do decisor, valendo-se de seus conhecimentos e habilidade técnica e uma face existencial que é o grande determinante do processo decisório. Nela situam-se os principais vetores e obstáculos ao processo decisório (PEREIRA; FONSECA, 1997).

A CIB Micro é considerada em seu Regimento Interno uma instância eminentemente técnica. Esse fator, o técnico, foi considerado conforme as falas dos entrevistados como de grande influência no processo decisório não se esquivando da importância do fator político, pois numa instância colegiada que discute políticas públicas de saúde o fator técnico e político perpassam todo o processo decisório.

Então a gente nota que os fatores que norteiam todas as decisões, eles perpassam desde os marcos técnicos até os marcos políticos e é realmente uma mudança desses trilhos aí. Porque dentro do técnico eu estou abrangendo tudo, os marcos, as Portarias, os atos normativos e o político é a direção que a gestão dá, que ela se propõe. (ERM3)

Então, o fator técnico é primordial, mas o fator político também é importante... o principal fator é que nós temos a discussão técnica. (ERE1)

Em geral, Noronha *et al.* (2004) explicitam que os gestores no SUS atuam em dois âmbitos bastante imbricados: o político e o técnico. O âmbito político se expressa no relacionamento constante dos gestores do SUS com outros atores sociais, nos diferentes espaços de negociação e decisão existentes. O próprio desempenho das funções no Poder Executivo, em um sistema político republicano e democrático como o Brasil, e os objetivos a serem perseguidos na área da saúde exigem interação do gestor com os demais órgãos de representação do governo e da sociedade civil organizada. No âmbito técnico, a atuação do gestor do SUS, permanentemente permeada por variáveis políticas, se consubstancia por meio do exercício das funções gestoras na saúde. Tais funções podem ser definidas como o conjunto articulado de saberes e práticas de gestão necessários para a implementação de políticas de saúde, exercidas de forma coerente com os princípios do sistema público de saúde e da gestão pública.

Segundo relatos dos sujeitos, a decisão na CIB Micro, quando embasada tecnicamente, não é alterada, quando a decisão é apenas política pode ser alterada entre uma reunião e outra. Também foi relatado que, atualmente, a conduta na CIB Micro é mais técnica. Percebe-se, dessa forma, uma evolução nas discussões dessa instância pois, do ponto de vista –histórico-cultural, as decisões da gestão pública apresentam um forte componente político, que vem desde a política partidária ampla até as políticas locais:

[...] hoje, nós gestores, temos uma conduta mais técnica, não tem muito mais aquilo do político, a conduta é mais técnica. Quando você toma uma decisão com critério mais técnico, a população ganha muito, sai muito beneficiada, a Micro, a Macrorregião, então isso cresce em nível de Estado. (ERM6)

Tecnicamente é difícil você mudar, porque tecnicamente a decisão vai seguir a técnica, mas politicamente muda. (ERE1)

Do ponto de vista de causa e efeito, embora a informação seja elemento-chave, sua interpretação persiste condicionada aos conceitos e valores do decisor e ao contexto do ambiente e dos valores da organização, seja ela pública ou privada. Conforme Pereira e Fonseca (1997), a decisão pode, então, ser fruto da racionalidade entendida como a capacidade de usar a razão para conhecer, julgar e elaborar pensamentos e explicações, habilitando o homem a escolher entre alternativas, a julgar os riscos decorrentes de suas consequências e efetuar escolhas conscientes ou deliberadas.

Durante as reuniões da CIB Micro, observou-se que, no momento de explicação do ponto de pauta, há um repasse de informações. Caso o representante presente à reunião não possua informações além das explicitadas, ele apresenta um volume limitado de racionalidade e tem que decidir com a informação fornecida no momento. O volume limitado de racionalidade acessível na tomada de decisão é uma restrição ao processo, assim como as características estruturantes dos decisores podem ser uma restrição ou um condicionante da decisão. As decisões são tomadas com base em uma racionalidade limitada, mais precisamente, no limite do saber ou limite de análise, basicamente porque o sistema é incapaz de fornecer informações suficientes e porque os decisores tendem a ter dificuldades em lidar com informações insuficientes que se encontrem disponíveis.

Alguns gestores criam estratégias para que haja melhoria da informação do Município e não ocorram prejuízos em sua decisão, levando técnicos da área para darem suporte à discussão do assunto do ponto de pauta da reunião de CIB Micro:

[...] eu não me sinto preparada em alguns espaços. Por exemplo, para defender meu Município na urgência e emergência, tem toda uma coisa complexa em volta, então eu levo a funcionária da regulação, junto da funcionária da urgência e emergência e é definido em trio. (ERM5)

Normalmente, os Secretários municipais levam os técnicos para discutir. Quando nós temos alguns programas, algumas atitudes que interessam ao SUS, no âmbito estadual ou mesmo no âmbito da população, nós levamos o técnico estadual para abrir a discussão, provocando a discussão. Esse é um fator decisivo dentro da decisão, porque toda decisão tem que ser embasada em conhecimento técnico, mesmo que a decisão seja política. (ERE1)

Além disso, a forma como o técnico da Gerência Regional de Saúde, que é responsável pela explicação do ponto de pauta, esclarece e realiza o repasse da informação necessária como subsídio para a decisão, também interfere no processo decisório. Nesse sentido, para Moresi

(2001a), as informações podem ser agrupadas em quatro classes, o que denomina de *hierarquia de informações*. Tal divisão deve ser entendida em razão da importância da informação na tomada de decisões, cabendo, então, essa diferenciação. São as seguintes essas classes: dados, informação, conhecimento e inteligência.

Dados consistem em informações brutas, não tratadas, analisadas ou interpretadas. Para o autor, essa classe é a mais baixa de informação e pode ser entendida como a matéria-prima que nutre o processo de informações, sendo representados por gráficos, textos e outros meios. A segunda classe apontada pelo autor consiste na informação em si, que já recebe algum tipo de tratamento, sendo de fácil compreensão, tanto para quem a analisa quanto para quem a usa.

Moresi (2001b) salienta que, após os dados serem convertidos em informações, deve ser providenciada uma espécie de refino dessas informações, chamado pelo autor de elaboração, de maneira que as informações possam ser utilizadas para explicar melhor um problema, traçar alternativas de ação e avaliar possíveis consequências, dentre outros fatores.

A próxima classe de informações é o conhecimento, obtido pela avaliação de sua relevância e isso é alcançado por meio da interpretação e assimilação dos dados e informações coletadas, que irão dar início ao estabelecimento de cenários situacionais para análise e resolução de uma forma mais segura dos problemas organizacionais.

A quarta característica apontada por Moresi (2001a), a inteligência, sintetiza a reunião de conhecimentos, agrupando, também, a intuição dos decisores na avaliação completa das possibilidades de decisão, trazendo como vantagem a obtenção de oportunidades em experiência decisória, que pode ser traduzida em vantagens ambientais, servindo de alicerce ao processo de tomada de decisões.

Os decisores, ao optarem por uma alternativa, tendem a considerar aquela opção que melhor se ajuste aos resultados possíveis, tendo como referência fatores intervenientes como: informação, características estruturantes, seu conhecimento técnico e experiências anteriores. Em relação a esses aspectos, a formação dos gestores municipais de saúde foi outro fator recorrente nas falas dos entrevistados, os quais relatam que existem muitos gestores que não apresentam formação na área de saúde, ou mesmo de nível superior:

[...] a formação é importante, se você for avaliar a formação dos gestores da Microrregião somente uns três ou quatro devem ter nível superior, é um nível de formação muito pequeno. (ERM3)

Ceccim e Feuerwerker (2004) afirmam que a atualização técnico-científica é apenas um dos aspectos da qualificação das práticas e não seu foco central. A formação engloba aspectos de produção de subjetividade, produção de habilidades técnicas e de pensamento e o adequado conhecimento do SUS. A formação para a área da saúde deveria ter como objetivos a transformação das práticas profissionais e da organização do trabalho e estruturar-se a partir da problematização do processo de trabalho e sua capacidade de dar acolhimento e cuidado às várias dimensões e necessidades de saúde das pessoas, dos coletivos e das populações.

Nesse sentido, percebe-se que o perfil do membro da CIB Micro interfere diretamente na decisão. Pelos relatos dos entrevistados, existem diferentes perfis de gestores municipais de saúde, os que buscam o conhecimento e a atualização dos assuntos tratados na CIB Micro e gestores que sequer vão às reuniões:

[...] eu mesmo acompanho sempre, todas as deliberações que são publicadas eu acompanho (ERM3)

Sinceramente eu acho que tem Município que tem gestor que cai lá ou seus representantes nem sabendo por onde que passa a CIB, vai lá mais porque é obrigação. (ERM5)

Eu acho que eles ficam à margem, não estão incluídos em todos os processos decisórios. Tanto do perfil das pessoas, pois algumas não fazem questão de participar, tanto pelas vezes pelo perfil do Município (ERE3)

Se por maior conhecimento, experiência prévia e perfil alguns gestores municipais decidem por outros, questiona-se qual seria a unidade ótima da participação real de todos os membros representantes municipais na CIB Micro. Pôde-se observar que um conjunto de habilidades e competências também interfere na tomada de decisão na CIB Micro, entre elas liderança, capacidade para enfrentar desafios, poder de articulação e negociação, diálogo, capacidade de decisão, iniciativa, responsabilidade, formação profissional e experiência, planejamento e estabilidade emocional. Assim, torna-se essencial que o gestor se adeque e procure desenvolver habilidades, estratégias e atitudes que o tornem mais competente para desempenhar seu papel.

Outro aspecto que deve ser ponderado é que os Prefeitos nomeiam os gestores municipais de saúde sem considerar os aspectos técnicos. Esses gestores necessitam de capacitação mínima sobre políticas de saúde para que as decisões da CIB Micro sejam melhor qualificadas e realizadas por todos os membros:

Isso não quer dizer que os processos sejam os processos que o SUS necessita, uma vez que os Prefeitos escolhem Secretários Municipais de Saúde que a maioria não é técnico de

saúde ou não entendem nada de saúde ou não tem a menor compreensão do que o sistema necessita, do que a população necessita.(ERE1)

Mudou a gestão, eu acho que o gestor tinha que ter um treinamento para receber. (ERM1)

A alta rotatividade dos gestores municipais de saúde, principalmente quando ocorre mudança da gestão municipal, é outro fator que interfere na decisão. A presença de gestores novos, que nem sempre detêm as características necessárias para participar da tomada de decisão mais qualificada faz com que haja um ‘reprocesso de construção eterna das decisões’, ou seja, uma repetição ou voltas frequentes de decisões já tomadas. Tem-se que repassar as mesmas informações técnicas a pessoas diferentes, para que estas possam participar do processo decisório e compreender a importância da política de saúde que se encontra em discussão. Dessa maneira, há uma descontinuidade da tomada de decisões e da implementação das mesmas. O pequeno tempo de atuação do gestor e a oscilação política comprometem projetos de governo e a governabilidade, podem influenciar a gestão da Microrregião e dos Municípios e, conseqüentemente, os programas de saúde em nível local.

Diante desse contexto, na CIB Micro, quem detém o conhecimento, a informação, a experiência prévia, as habilidades e as competências gerenciais, em determinado momento, detém o *poder*, ou seja, assume uma posição diferenciada, torna-se sujeito que transmite seus valores imbuídos de autoridade.

As relações de poder ligadas ao conhecimento estão intrinsecamente relacionadas à subjetividade. Segundo Rose (1999), a subjetividade relaciona-se a questões sobre quem nós pensamos ser e como essas ideias sobre nós mesmos são constituídas, historicamente, por meio de práticas heterogêneas que moldam os indivíduos de múltiplas maneiras. Mais do que relacionadas a como o indivíduo é constituído, as formas de subjetividade são uma expressão de como, por meio das relações do poder e do conhecimento, o sujeito se relaciona com o mundo. Isso envolve uma troca de conhecimento contínua, de forma que o indivíduo se torna, ao mesmo tempo, sujeito e objeto do conhecimento. Conhecimento, aqui, considerado não apenas como conhecimento científico, mas todo conhecimento envolvido nas práticas dos gestores, que estão intimamente ligados às relações de poder.

Velloso *et al.* (2010) afirmam que o conhecimento muda de acordo com as condições históricas ligadas a relações de força e de poder. Ao estabelecer a historicidade do conhecimento, considera-se que seja nula a possibilidade de neutralidade em sua produção, uma vez que a

historicidade desvela a relação entre sistemas para a produção do conhecimento e, nesse sentido, os sistemas para o desenvolvimento de poder e de força. Ou seja, o conhecimento não é meramente descoberto, não está alheio às relações de poder. Destaca-se aqui o poder relacionado ao conhecimento do membro participante da CIB Micro.

Reafirma-se o poder relacionado ao discurso e às habilidades e competências gerenciais - capacidade de articulação, convencimento, negociação e de criação de estratégias do membro participante da CIB Micro. Conforme Costa *et al.*, (2008), a identificação do caráter utilitário do discurso e a aceitação de que o discurso possui dentro de si uma rede simbólica de relações de dominação ideológica e de poder para estruturar práticas sociais podem ser interpretadas como uma realização do poder, sendo reconhecidas implicações sociais e políticas dessa atuação. Cabe ressaltar que o líder, percebido como o membro que orienta, que detém o conhecimento e que elabora os limites de autonomia e atuação do grupo, se sobressai e influencia o processo decisório na CIB Micro.

Fairclough (2001) afirma que nenhuma linguagem é neutra e que determinados usos da linguagem e de outras formas simbólicas são ideológicos, ou seja, estabelecem e mantêm, em circunstâncias específicas, relações de poder e dominação; e tentativas de definir a direção da mudança cada vez mais incluem tentativas de mudar as práticas de linguagem. Toda palavra traz consigo certo número de conotações obscuras, passíveis de investigações que revelem intenções ocultas, pressuposições veladas e ambiguidades implícitas. Assim, o discurso na CIB Micro se torna fundamental para o convencimento e a negociação com os outros membros. Dessa maneira, as habilidades e competências gerenciais estão ligadas ao discurso e interferem diretamente na tomada de decisão.

Fleury e Fleury (2001) relatam que as contribuições de diversos autores permitiram que o conceito de competência seja associado a um conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes que possibilitam um alto desempenho no trabalho, alicerçado na inteligência e na personalidade das pessoas. Na CIB Micro estudada, pontuou-se que nem todos os membros participam do processo decisório, ficando à margem das decisões e da formulação e implementação das mesmas:

Em algumas decisões , a maioria dos gestores fica muito à margem, alguns gestores, alguns Municípios têm mais poder, têm uma participação mais eficiente. (ERE3)

A CIB Micro é uma instância na qual as relações de poder aparecem em suas diversas dimensões: do conhecimento, do discurso, das habilidades e competências, das atitudes. Contudo,

nesse órgão colegiado, existem outras dimensões de poder, considerando que cada membro representa o Estado e detem o poder, legitimado pela legislação em vigor, de decidir as políticas públicas de saúde dos Municípios e, conseqüentemente, da Microrregião. A CIB Micro não é um órgão colegiado em que todos podem participar e decidir por livre vontade ou eleitos por seus pares ou usuários; apenas podem decidir na CIB os gestores municipais de saúde e representantes suplentes nomeados pelos gestores e membros representantes estaduais das Gerências Regionais de Saúde indicados pelo Secretário de Estado de Saúde. Desse modo, o simples fato de ser membro da CIB Micro constitui uma forma de poder.

Legalmente, as CIB Micro são instâncias que apresentam certo poder de decisão e é uma estratégia no SUS/MG para qualificar a organização regional sob a responsabilidade coordenadora do governo estadual, a Secretaria de Estado de Saúde. Assim, existe o poder do ente estadual em seu caráter institucional. Na verdade, esse poder do governo estadual foi retomado com a NOAS 2001/2002 que destacam a diretriz da regionalização, saindo de um contexto de municipalização para o fortalecimento de uma perspectiva regional e intermunicipal de saúde (BRASIL, 2001a; 2002a).

Para Barreto e Silva (2004), as Secretarias Estaduais de Saúde adquiriram papel central no estabelecimento de novos pactos intermunicipais e na distribuição dos recursos financeiros. A antiga formulação de transferências era baseada em valores *per capita* e por produção. Agora, serão considerados também os Municípios-polo de atendimento regional e que oferecem equipamentos para a realização de procedimentos de alto custo ou complexidade. Caberá aos Estados, de acordo com a Programação Pactuada e Integrada (PPI) e dentro do limite financeiro estadual, prever a parcela dos recursos a serem gastos nos Municípios em cada área de alta complexidade, destacando a quantidade a ser utilizada com a população do próprio Município e aquela a ser gasta com a população de referência. Fica evidenciada a retomada do poder do ente estadual como poder instituído, de regulação, acompanhamento e como financiador de recursos financeiros de diversas políticas e serviços de saúde; também se demonstra o poder do Município-polo de Microrregião em relação a sua capacidade instalada.

A relação de poder relacionada ao governo estadual, que aqui significa a SES/MG nível – central e regional- é de poder/controlar. A abordagem das políticas públicas de saúde, a partir das regras do jogo de poder e seus efeitos na conduta dos atores, fica evidenciada quando se verifica que a SES/MG é responsável pela alteração dessas regras e muitas vezes já encaminham à CIB

Micro a decisão e a definição de determinada política de saúde. Isso influencia a capacidade de intervenção da CIB Micro, posto que limita as escolhas dos atores a ponto de definir, de forma muito particular, a política de saúde no Estado para aquela Microrregião. Ou seja, o Estado desenha a política pública de saúde e cria ‘estratégias’ verticalizadas para que os Municípios implantem tal política.

Outro aspecto que chama a atenção, do ponto de vista do poder formal, é o fato de o segmento estadual ter o mesmo peso dos membros municipais independente do número de representantes. O ente estadual, mesmo estando em minoria, tem o mesmo peso de todos os Municípios presentes. Além disso, a própria conformação da reunião também expressa relação de poder, pois as reuniões de CIB Micro sempre são coordenadas por um membro estadual. O entrevistado retoma, também, as características pessoais, a habilidade do discurso, a representação do Estado como formas de gerar timidez e inibição dos representantes do município:

Eu vejo na CIB Micro uma questão que eu não concordo, do ente estadual ser sempre o presidente da CIB Micro, é um processo invasor do ponto de vista democrático, da Constituição. O Estatuto da CIB já prevê isso. Acredito que os entes têm a mesma força do ponto de vista da discussão, da decisão, eu acredito que esse é um ponto invasor e que inibe muito o papel do Município enquanto ente decisório. O Secretário diz que tem uma qualidade, uma habilidade técnica maior de discussão de compreensão de política pública, ele consegue resgatar ali o que lhe convém. Mas os outros, eu posso afirmar, até pela inibição, pela timidez de fala, a gente nota que não tem tanta propriedade e capacidade de resposta em discussão, acaba sendo emanado por uma força maior que é a de presidência, de condução da reunião. (ERM3)

O governo estadual também detém poder por ser o financiador das políticas de saúde a serem implantadas e implementadas e os Municípios ficam dependentes do recurso financeiro. Desse modo, o financiamento é uma forma de poder do Estado, por meio do qual exerce pressão, define as estratégias a serem utilizadas, influenciando diretamente no processo decisório da CIB Micro:

Olha, nesses processos decisórios, o Estado pesa muito. Pode ter Micro com 13 Municípios, mas o Estado é um participante também. Ele tem um fator, uma influência ou um peso maior na decisão. Por ser o financiador, o formador da política do Estado ou mesmo do governo federal. Então o peso não é igual. (ERE2)

Mas nós temos que conseguir na persuasão, sem interferir na administração municipal, forçar para que as decisões aconteçam. Isso requer estratégia, técnica, artifícios que você tem que fazer. Um deles é dar dinheiro, é financiar as ações que o Município não consegue executar, o Estado vai lá e financia para que a coisa aconteça. (ERE1)

Por outro lado, conforme relatos dos sujeitos, os Municípios também são detentores de poder na instância CIB Micro. Há uma articulação dos Municípios pequenos que se unem para se posicionar em relação ao Município-polo da Microrregião, o qual possui maior capacidade instalada. Percebe-se aí dupla polarização do poder e das estratégias utilizadas; de um lado, o poder do polo da Micro que possui os serviços ofertados, maior capacidade instalada e que se considera com maior nível de responsabilidade, às vezes se posicionando na ‘defensiva’; de outro, o poder do conjunto dos Municípios pequenos da Microrregião, que adotam a estratégia de se unificarem e se tornarem aliados em determinado momento, estratégia peculiar e sem neutralidade.

A Microrregião, com todos os seus Municípios, também se unem em prol do objetivo da Micro e, se necessário, acionam o Colegiado de Secretários Municipais de Saúde de Minas Gerais – COSEMS/MG para ganharem mais poder na discussão com o ente estadual na redefinição de algumas ações e políticas de saúde da Microrregião, principalmente quando diz respeito ao financiamento das mesmas. Os membros da CIB Micro apresentam o mesmo interesse de melhoria da Microrregião mas, ao mesmo tempo, apresentam interesses particulares e de sua realidade local, caracterizando uma dualidade de interesses e de poder na instância colegiada.

Nesse contexto, o poder na CIB Micro é circular, ora um detém o poder, ora outro. O Estado adota estratégias de acordo com seus interesses para ‘pressionar’ os Municípios e vice-versa, e todas essas ‘formas’ de poder, interferem diretamente no processo decisório.

Nesse conjunto, deve-se considerar o contexto histórico e a cultura político-partidária. Na Microrregião em análise, percebem-se interferências político-partidárias no processo decisório e de implementação de determinadas políticas de saúde direcionadas pelo ente estadual:

Então, o fator técnico é primordial, mas o fator político também é importante. Por exemplo, como o Estado hoje é dirigido pelo PSDB, toda a decisão na CIB Microrregional de Betim, aonde a administração é petista, tudo que o Estado leva para discutir eles são contra, a princípio. Até que a necessidade da população fale mais alto, aí eles são obrigados a aceitar porque estão diante de uma necessidade da população. Aí, a questão política sabe, e essa necessidade da população se demonstra através da técnica. (ERE1)

Em relação à cultura politicopartidária, também se verificou, pelas falas dos sujeitos, que as discussões na CIB Micro, quando em ano de eleição, são diferentes das discussões dos outros anos.

Além da política partidária, o próprio processo político da regionalização envolve mudanças na distribuição de poder e o estabelecimento de um sistema de interrelações entre diferentes atores sociais 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 (VIANA *et al.*, 2010). Aspectos relacionados à gestão pública (de recursos físicos, financeiros e humanos) dos Municípios e de organização da CIB Micro também intervêm no processo decisório, tanto as diferenças das realidades locais, quanto os prazos da CIB Micro para a tomada de decisão.

Existem as diferenças locais, pois cada Município tem uma realidade diferente e a necessidade de um nem sempre é a necessidade do outro, nem sempre o Município apresenta recursos para implantar determinada política, para cumprir determinados prazos. Há Municípios muito pequenos para uma decisão mais qualificada dentro da CIB Micro.

Na instância CIB Micro, existem relações condicionadas a uma série de variáveis – econômicas, políticas, culturais e históricas – próprias dos Municípios da Microrregião que ajudam a moldá-las e que particularizam, dessa forma, cada CIB Micro que tem seus aspectos generalizáveis e individuais. Conforme relato dos entrevistados, percebem-se diferenças entre uma CIB Micro e outra, e isso interfere na tomada de decisão final:

Eu acho que ,na Micro... nossa... as coisas são discutidas e acordadas. Então, agora tenho participado também das reuniões da Região da Macro Centro aqui, que tem Regional de Sete Lagoas, de Itabira e às vezes eu percebo que nessas outras regiões as coisas não são tão discutidas e são do conhecimento de todo mundo como, de todos os gestores, como acontece na Micro de Betim. A impressão que eu tenho é que na Micro de Betim os gestores estão mais por dentro das coisas, eles discutem entre eles, principalmente na hora das pactuações. Eu tenho essa percepção que na Micro de Betim a coisa tá mais clara, mais transparente. (ERM6)

Eu já participei de outras Microrregiões. Outras Regiões, por exemplo, as pessoas se dividem muito. Por exemplo, na época que eu trabalhei, na Micro de Belo Horizonte, a decisão já vem tomada. Não precisa de ir pra reunião de CIB Micro não. Então é uma das CIB's que você vê que tem menos movimentação. Menos participação, né, nas CIB's que você vê. Lá no Norte de Minas pega fogo. Aqui a gente pauta pouco, e isso é muito triste, né? (ERM2)

Esquemáticamente, Braga e Goes (1981) e Campos (1991) citados por Merhy (1999) relatam que o conjunto das ações de saúde operam em um terreno de base tensional, constituído pelo menos em três campos. O primeiro é demarcado pelo fato de que o território das práticas de saúde é um espaço de disputa e de constituição de políticas cuja característica é a multiplicidade,

desenhado a partir da ação de distintos sujeitos coletivos, que, conforme seus interesses e capacidades de agir, aliam-se e/ou se confrontam, na tentativa de afirmar, ou mesmo impor, uma certa conformação de um bem- social – a saúde – como objeto de ação intencional de políticas – portanto, como uma questão social – que lhes faça sentido, enquanto parte de seu universo de valores de uso e, como tal, apareça como base para representar, de modo universal, o mundo das necessidades dos outros nos planos coletivo e individual.

Esse espaço de ação de sujeitos sociais representa uma parcela importante dos interesses dos cidadãos, incentivam a capacidade de mobilização e organização dos atores e contribuem para a democratização do *policy-making* setorial. A CIB Micro, por sua parte, possui uma representação corporativa dos Secretários Municipais de Saúde, caracterizando-se como um grupo institucional-tecnocrático que tem por objetivo viabilizar e agilizar o processo normativo do SUS. Desse modo, quanto melhor trabalhados os fatores que influenciam o processo decisório, mais qualificadas serão as decisões, pois são focos de atenção especial para os processos de gestão da mudança, como pontos estratégicos para a operação de dispositivos que podem disparar processos de produção de saúde e melhor direcionalidade das políticas de saúde na Microrregião.

5.3 Políticas de Saúde: Aplicação das Decisões da CIB Micro frente às responsabilidades municipais

A instância colegiada CIB Microrregional toma decisões relativas à implementação de Políticas de Saúde nos municípios da Micro. Nessas decisões, apresenta vários pontos complexos e conflituosos, considerados gargalos que se estendem desde a tomada de decisão da CIB Micro, à implementação da decisão no município, às formas como são implantadas e implementadas, os recursos pertinentes a elas e as responsabilidades do gestor municipal que devem atender os princípios do SUS de regionalização e descentralização, considerando que

[...] o processo de Formação do Estado brasileiro que concentrou capacidades estatais no governo federal e a distribuição de responsabilidades no SUS, atribuindo funções de financiamento e coordenação ao Ministério da Saúde, implicaram que este último se tornasse o ator mais poderoso no processo de implementação da reforma. Conscientes deste fato, autoridades locais de saúde e o movimento sanitário lutaram para institucionalizar seus direitos de participação no processo decisório. Este foi o jogo que acompanhou os conflitos em torno da definição das regras da descentralização. (ARRETCHE, 2005, p. 286).

O autor refere-se às estratégias dos atores para definir as regras por meio das quais as decisões seriam tomadas (TSEBELIS, 1990) ou para encontrar soluções alternativas às decisões tomadas, desobedecendo-as na prática (HÉRITIER, 1999). No caso da política de saúde, pressionaram para institucionalizar seus direitos de participação no processo de sua formulação bem como o Ministério da Saúde buscou ‘escapar’ das decisões e das regras decisórias que impunham limites a sua capacidade de exercer a autoridade unilateralmente.

Em Minas Gerais, atualmente, as instâncias colegiadas, especificamente a CIB Microrregional, seguem as diretrizes formuladas pelo governo federal que passaram por adequações do governo do Estado, o qual discute a implantação das políticas de saúde nos Municípios da Micro. Mesmo que aconteçam discussões e uma decisão conjunta, há aspectos de verticalização da política de saúde, pois nem sempre consideram as particularidades da Micro e dos Municípios que dela fazem parte. Conforme relatos, os entrevistados pensam que seria necessário levar em conta as particularidades da Micro para implantar determinada política, como se explicita na fala a seguir:

[...] se uma determinada microrregião decide ou faz a sua opção em realizar de forma diferente uma determinada atividade, nem sempre isso é permitido. Ou faz desse jeito ou não faz. E as vezes o que aquela área precisa é fazer de uma outra forma. Ela precisa respeitar então isso. A gente acaba sendo só o interlocutor, entre Ministério ou nível central e os Municípios. Talvez fosse uma coisa pra ser pensada, discutida realmente, quem sabe até nível de tripartite, uma decisão numa forma de respeitar determinadas posições, ou quando viesse a implantação de determinados programas, tivesse uma maleabilidade, para não ser engessado. Vamos acatar aqueles que quiserem fazer também dessa forma. Eu acho que é por aí, é a questão, por exemplo, do PSF. (ERE2)

O Programa de Saúde da Família (PSF), citado pelos entrevistados, hoje denominado Estratégia de Saúde da Família (ESF), é um exemplo de Política Pública de conformação do Ministério da Saúde em que os incentivos são vinculados ao Município que implante a ESF em seus moldes. Essa Política Pública de Saúde, mesmo se destacando como instrumento de reforma e que envolve mudanças do modelo de atenção à saúde brasileiro, não considera as diferenças locais, nem as diferenças de extensão territorial, pelo seguinte motivo: a ESF considera o número de profissionais de saúde e agentes comunitários por população, desconsiderando a extensão territorial de determinada área. Dessa maneira, o Município que implanta a estratégia tem que adequar sua realidade e financiar tais gastos com recursos próprios. Este é apenas um exemplo de Política Pública que é discutida na CIB Microrregional, cuja responsabilidade de execução é de cada Município e, por isso, cada um realiza segundo suas condições.

A questão de território não é aspecto necessário apenas nessa Política pública, e sim na história das Políticas Públicas de Saúde no Brasil. Conforme Viana *et al.* (2007), na saúde e, em especial, no processo de descentralização, a dimensão territorial tampouco tem sido incorporada à formulação de políticas, embora iniciativas esporádicas tenham se dirigido para regiões mais carentes. Há, portanto, fragilidades na lógica territorial na formulação de Políticas públicas. A falta de um planejamento regional das estratégias de descentralização da Política de saúde comprometeu sua adequação às múltiplas realidades que se apresentam no território brasileiro.

Conforme observação das reuniões pôde-se perceber que há um esforço dos membros da CIB Micro em discutir as particularidades da Microrregião e suas necessidades de saúde. Mas ainda encontram algumas barreiras quando se trata de políticas ou programas ‘engessados’ por diretrizes e os membros representantes estaduais se apresentam como interlocutores na CIB Micro entre o nível-central do Estado, Ministério da Saúde e Secretarias Municipais de Saúde. Há também os interesses de cada gestor em realizar determinada política pública e o conflito com as condições e recursos disponíveis no Município .

Nesse sentido, há que se considerar que a CIB Micro é um espaço crucial para a conformação da rede de atenção à saúde no SUS, pois une entes autônomos e interdependentes na realização de serviços integrados. Esse aspecto torna esse espaço de grande relevância para o aperfeiçoamento das redes de atenção à saúde que, conforme Silva (2008, p.15), “ocupa uma posição de maior destaque na agenda do SUS”.

O Colegiado de Gestão Regional – CGR, em Minas Gerais, considerada a CIB Micro, constitui-se, segundo Mendes (2009), num espaço de decisão pela identificação, definição de prioridades e de pactuação de soluções para a organização de uma rede regional de atenção à saúde, integrada e resolutiva. Os Colegiados Regionais são necessários porque a lógica da constituição das redes de atenção à saúde e o princípio da integralidade da atenção à saúde, exigem a superação da visão estrita do interesse local, entendido como aquele que de âmbito municipal, não atingindo, com a mesma intensidade, os limites extramunicipais (SANTOS; ANDRADE, 2007).

Mendes (2009) afirma que o desenho institucional permite combinar a dimensão territorial e a distribuição espacial ótima dos recursos de atenção à saúde, estruturados por níveis de complexidade. O desenho dos Colegiados ou CIBs Macrorregionais, instituídos nas Macrorregiões sanitárias para a governança das ações da atenção terciária à saúde (alta

complexidade) e as CIB Microrregionais, instituídas nas Microrregiões sanitárias para a governança das ações de atenção primária e secundária. Portanto, os níveis de atenção delimitam o foco gerencial do sistema de governança das redes de atenção à saúde.

Percebe-se que, na CIB Micro Betim, ocorre a autossuficiência na atenção secundária como é proposto, e ainda são encontrados muitos serviços de atenção terciária. Como observado nas discussões das reuniões, a Micro Betim abarca a atenção secundária e, com um perfil diferenciado de Micro, oferece também a atenção terciária, como procedimentos e serviços de saúde da mulher (partos de risco habitual e alto risco) que são motivos de discussões, visando o aperfeiçoamento da rede. Confirma as considerações de um estudo realizado pela SES/MG do indicador de resolubilidade hospitalar (que se refere ao atendimento dos residentes realizado no próprio Estado e à demanda atendida apenas pelo SUS/MG). A CIB Micro Betim apresenta os seguintes indicadores de resolubilidade hospitalar:

**QUADRO 3 - Distribuição do indicador de resolubilidade da CIB Micro Betim
– 2003 a 2009**

(*)	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Elenco MCH1	64	69	74	70	73	68	71
Elenco MCH2	84	87	85	83	85	83	82

Fonte: Datasus/AGR

(*) MCH – Média Complexidade Hospitalar

Nas falas dos entrevistados, fica evidente a discussão da integração da rede de serviços de saúde:

Pelo interesse comum da região, porque todo mundo sabe ali que não vai poder contar com Belo Horizonte. O que a gente tem que tentar é ter o máximo de autonomia possível naquela região, porque não adianta encaminhar. Você não consegue, está distante, difícil, sobrecarregado, isso a gente tem ciência e sabemos que a Micro pode, entendeu? Ela dá conta, ela tem potencial, então a cobrança é muito grande. Então os gestores se unem muito nesse sentido. A Micro pode. (ERM2)

Mesmo com esse contexto, o espaço CIB Micro é onde se discute a conformação da rede de serviços de saúde, as políticas de saúde, a oferta e a demanda desses serviços. Assim, surgem alguns fatores geradores de conflitos na área assistencial e que também implicam na

implementação das Políticas de Saúde. O primeiro fator identificado foi a dependência dos Municípios pequenos do polo da Micro para a garantia da integralidade de atenção à saúde:

O Município grande, ele mesmo se atende, abre espaço para ele mesmo. Município pequeno não, tem que recorrer a outro Município, Município grande. Se ele não abre as portas pra mim o que eu faço? Eu não tenho equipamento, não tenho nada. Levo para o posto de saúde. (ERM1)

Quando vai para a Micro que você é polo, muitas vezes tem que dar conta de coisas que os Municípios não deram nas suas localidades. Eu preciso considerar minha rede instalada, a população que eu atendo, a população do meu Município, porque eu sou gestora local, mas eu tenho que dar conta, também por compromissos do próprio SUS, com o Estado, com o Ministério da Saúde, de outras demandas de outros Municípios, mesmo que sejam aquelas demandas que são procedimentos de referência, como internação, urgência/emergência, partos, enfim, vários atendimentos que eu tenho que garantir. (ERM4)

Betim, vamos dizer, é nossa capital na CIB Micro... ela tem uma grande força política, é definidora muitas vezes, porque a gente tem essa dependência. (ERM5)

A discussão entre os gestores referentes à pactuação de procedimentos e serviços é às vezes conflituosa, pois os Municípios pequenos necessitam do serviço de forma estruturada do Município-polo de Micro para garantir a integralidade da atenção. Pela lógica do PDR/SUS, que apresenta seus princípios de economia de escala e escopo, acessibilidade e contiguidade geográfica, os Municípios e os serviços devem ser estruturados em regiões de saúde e hierarquizados.

Conforme a Secretaria de Saúde do Estado (MINAS GERAIS, 2008), a Microrregião compõe-se de um Município-polo, geralmente o de maior densidade populacional, com estrutura de equipamentos urbanos e de saúde. Deve ser de média densidade tecnológica, o que requer escala para cerca de 100.000 a 150.000 habitantes, que lhe permite exercer força de atração sobre outros Municípios circunvizinhos e atender o elenco de procedimentos ambulatoriais e hospitalares da atenção secundária, descritos na Carteira de Serviços do SUS/MG; e sobre Municípios periféricos ao polo, contíguos, de diferentes portes populacionais e diferentes condições socioeconômicas, adscritos ao polo Micro em razão do fluxo de usuários para o referido elenco.

Pensou-se nas CIB com o mesmo desenho do PDR, pois é um instrumento que delinea as regiões de saúde e direciona a descentralização com vistas à promoção de maior e mais adequada acessibilidade dos usuários. Seu propósito é:

[...] constituir um dos pilares para estruturação e descentralização dos sistemas de gestão e organização dos serviços de saúde em redes, tendo em vista possibilitar o

direcionamento equitativo da implementação das políticas públicas, portanto, um instrumento de planejamento em saúde ao estabelecer uma base territorial e populacional para cálculo das necessidades, da priorização para alocação dos recursos, da descentralização programática gerencial..(MINAS GERAIS, 2011).

Dessa forma, é na CIB Micro que se deve realizar a identificação de problemas, a definição de prioridades e de soluções para a organização da rede assistencial, bem como a formalização de novos modelos de relacionamento entre provedores públicos e privados. Na CIB Micro Betim verifica-se que esse processo se encontra ainda incipiente, mas em busca de aperfeiçoamento; necessita de reformulações no Regimento Interno da CIB e melhoria nos fatores que interferem no processo decisório. Para que a CIB Micro se efetive como Colegiado de Gestão Regional, estes aspectos devem acontecer de forma concreta e qualificada.

Mendes (2009) considera que a proposta de Colegiados Regionais é muito recente e não deveria ser descartada antes de ser experimentada em toda sua potencialidade. De forma prudente, parece ser mais oportuno apostar na implantação desses entes regionais. Os Colegiados Regionais podem, com todos os limitantes, funcionar melhor, desde que se invista, com vontade política, em sua institucionalização, até porque o principal problema da governança das redes de atenção à saúde não está em sua institucionalidade, mas no desenvolvimento e implantação de sistemas gerenciais.

O segundo fator gerador de conflitos na área assistencial, que também implica na implementação das Políticas de Saúde, são as diferenças das realidades locais. Cada Município, de acordo com as falas dos sujeitos, leva em conta sua realidade local para a tomada de decisão na CIB Micro, adequa determinada política conforme sua capacidade instalada, nesse momento, denominada como existência de serviços e recursos necessários. Além disso, as falas dos sujeitos retratam que cada Município considera sua realidade local, tenta se adequar a determinada política e prioriza as ações que consegue realizar.

No dia a dia do Município, a gente com a falta de estoque, principalmente os Municípios pequenos em relação aos Municípios maiores, é a realidade do Município, é questão de lá é minha área perigosa, foco da dengue, eu tenho que decidir aumentar o número de agentes, por exemplo. Eu acho que é baseado na realidade do Município. (ERM1)

Você tem que priorizar, cabe ao gestor. O gestor é autônomo, embora seja uma política, ele é autônomo para definir o que vai priorizar ou não, né? Eu acho que cabe à SES e cabe à Micro, à CIB, informar, trazer a política, apresentar, explicar. Agora, o gestor vai definir se ele dá conta ou não. Sempre é ele que decide. Por exemplo, política do tabagismo é apresentada em todas as reuniões, é uma política do Estado, mas o Município nunca dá conta de implementar. Nunca, porque não é considerada como

prioritário. Você sabe que não tem o recurso, não tem as pessoas pra implementar, você tem que priorizar. Você vai priorizar a saúde mental ou tabagismo?(ERM2)

A priorização das ações é necessária; por isso, a importância de o gestor conhecer sua realidade e deve ser feita seguindo as responsabilidades da gestão municipal, o que faz gerar grande impasse entre as responsabilidades do gestor municipal e os recursos disponíveis para seu Município. “Os recursos são os instrumentos materiais e humanos disponíveis para o funcionamento da atenção à saúde, ou seja, são o conjunto de pessoas, instalações, equipamentos e insumos incorporados na operação do sistema de saúde”. (GIOVANELLA; LOBATO, 2008 , p.123).

A prestação direta de serviços se refere à responsabilidade inequívoca do gestor do SUS na provisão de serviços nos diversos campos da atenção à saúde (ambulatorial e hospitalar, vigilância epidemiológica e sanitária). De acordo com Lima e Rivera (2006), essa função envolve “a existência de quadros próprios de funcionários e uma série de funções administrativas, relativas à gestão de pessoal, de compras, armazenamento e distribuição de insumos, organização e operação dos serviços próprios de saúde”.

Na CIB Micro Betim, segundo relato dos sujeitos, alguns gestores não conhecem a realidade de seu Município, o que dificulta o estabelecimento de prioridades das ações:

Eu acho que são os dados epidemiológicos do Município, conhecimento da realidade que vive. Alguns são muito novos, ainda tem um ano só na saúde, então primeiro você dá conta do que tem que fazer, depois a política do Município, que é pesada. Os planos que o Prefeito fez, que você não participou, programação que ele fez na campanha, falou no palanque que você não participou mais que você tem que implantar. Geralmente o gestor vai para o que tem financiamento. É o que tem que implantar, porque ele tem que puxar recurso de alguma forma. (ERM2)

As variáveis apresentadas na fala anterior, provocam um impasse no processo de decisão do gestor para implementação das políticas de saúde em seu Município. Pois ele considera a responsabilidade de execução das Políticas Públicas de Saúde do SUS, avaliar as promessas de palanque referentes à saúde e os recursos disponíveis.

Segundo Machado (2007), a formulação de políticas e o planejamento em saúde são funções centrais do gestor, uma vez que delas dependem o processo de tomada de decisão e a construção de estratégias de ação. Envolvem as seguintes atribuições: levantamento de necessidades e prioridades; elaboração, implantação e monitoramento do plano de ação; mobilização de recursos e definição do plano de investimentos e articulação e negociação com atores estratégicos.

Assim, é na CIB Micro que os gestores negociam a ‘situação’ de seu Município e como pode implantar e avaliar determinada política. Discutem os indicadores finalísticos da saúde e os indicadores de processo. Além disso, discutem esses indicadores para melhoria da saúde na Micro, da governança da rede de atenção à saúde e fortalecimento da identidade microrregional. Na CIB Micro Betim, conforme observações das reuniões, ocorrem discussões dos indicadores finalísticos do Pacto pela Saúde, Vigilância Epidemiológica, Ambiental e Sanitária e do Programa Saúde em Casa do Estado de Minas Gerais. Este último, iniciou a discussão de indicadores de processo e também o acompanhamento e o monitoramento dos indicadores com o apoio técnico do Núcleo da Atenção Primária e na pauta propositiva do Núcleo de Gestão Microrregional da Gerência Regional de Saúde - GRS. A fala dos entrevistados também reflete a importância de a instância CIB Micro discutir as ações para a melhoria da saúde na Microrregião, considerando que cada Município, em seu contexto, deveria cumprir a execução das ações necessárias:

Quando eu decido alguma coisa tenho que me preocupar se o Município vizinho também vai concordar porque aquele Município pequeno interfere no meu. Então, se Crucilândia, por exemplo, não se preocupar em cuidar da dengue, eu estou me prejudicando. (ERM1)

Outro aspecto que diz respeito à realidade do Município é a estabilidade dos recursos financeiros, que também é fundamental para o desenvolvimento das políticas planejadas, de modo que o financiamento constitui outra função primordial na gestão do SUS. Na verdade, os recursos econômicos são um dos componentes do sistema, conforme Giovanella e Lobato (2008). Dizem respeito ao financiamento disponível para a atenção à saúde, ou seja, aos recursos que ‘entram’ para a atenção à saúde. Além disso, o financiamento, ainda segundo os autores, é uma das funções dos sistemas de saúde, que diz respeito às relações entre entes financiadores e prestadores de serviços de saúde nos sistemas.

Viana *et al.* (2010) relatam que as condições para um projeto de descentralização virtuoso, que atendesse às finalidades da política nacional de saúde - de garantia do acesso universal às ações e serviços de saúde e da atenção integral compatível com as necessidades e demandas diferenciadas da população - e reduzisse a iniquidade em saúde em diferentes planos não foram asseguradas. Em consequência, os resultados da descentralização brasileira na saúde são contraditórios e altamente dependentes das condições prévias locais. Observa-se que as características dos sistemas descentralizados de saúde são bastante heterogêneas no território

nacional: diferentes capacidades financeiras, administrativas e operacionais para a prestação da atenção à saúde e às distintas disposições políticas de governadores e prefeitos

Nesse contexto, o financiamento, conforme relatos, é de suma importância. É assunto que gera muitas discussões na CIB Micro, pois tanto os pequenos Municípios gestores quanto o Município-polo de Micro se ‘queixam’ de insuficiência dos recursos e da necessidade de esse financiamento ser realizado de forma adequada pelas três esferas de governo. Segundo Medauar (2003), o financiamento deve ser multilateral, exigindo compartilhamento das responsabilidades e decisões consensuais.

Então, você tem que pegar a política do Estado, a que tem financiamento. O recurso que o Município tem não é suficiente para poder implantar tudo. (ERM2)

Eu tenho que considerar os recursos financeiros, de onde que eles vêm, porque o Município, mesmo sendo cidade sede de Micro não pode oferecer serviços para outros Municípios de forma muito desigual, embora o Município seja um prestador de serviço, o responsável pelo financiamento são as três esferas de governo. E nem sempre isso acontece no dia a dia da gestão do SUS. Para o Município-polo, é muito complicado, porque não posso negar atendimento na porta, tenho que garantir os atendimentos, mas a gente tem muitos problemas e muitas vezes têm Municípios que se beneficiam de serviços sem ser de sua micro. (ERM4)

Percebe-se também, que o município-polo de Micro tem problemas pois, ao mesmo tempo em que atende seus municípios, pactua serviços e procedimentos com outros Municípios da Micro pela Programação Pactuada Integrada (PPI) para atendê-los; mas muitos Municípios mesmo sem pactuar determinado procedimento, ‘chegam na porta’ do serviço do Município-polo procurando atendimento e, às vezes, chegam Municípios que nem pertencem àquela Micro, o que acarreta gastos superiores aos recursos da PPI.

Por isso, a importância da CIB Micro no momento da pactuação realizada entre os gestores. Eles devem cumprir o compromisso pactuado na CIB Micro e planejar suas ações para que sua PPI, que apresenta componentes físicos e financeiros anuais não se ‘esgote’ antes do proposto. O assunto da PPI é outro ponto questionado pelos gestores. Consideram que deveriam ser revistos os parâmetros da PPI, pois é considerado um parâmetro único por procedimento, considerando a população e isso prejudica alguns Municípios que necessitam de determinados procedimentos devido às características de doenças da população, além do que está parametrizado. Dessa forma, muitos Municípios arcam com recursos próprios a realização dos procedimentos não parametrizados de que a população necessita.

A Lei nº 8080/90, no artigo 15, incisos V e XVI, estabelece ser competência das três esferas de governo a elaboração de normas técnicas e o estabelecimento de padrões de qualidade e parâmetros de custos que caracterizam a assistência à saúde. Contudo, essas regulações ainda são tímidas e insuficientes para conformar um sistema igualitário e equitativo (BRASIL, 1990a).

Além disso, conforme a fala dos entrevistados, os procedimentos realizados com recurso próprio do Município, não são considerados no cálculo da série histórica, não tem como lançar nos sistemas de informação pertinente ao procedimento ou à internação. Dessa forma, fica uma lacuna na informação, ou seja, há sub-notificação do que é realizado pelo Município:

Porque eu tinha uma cota, 18, por exemplo, por ano e que eu estava em débito, porque as minhas mamografias não foram realizadas. Aí entrei com um pedido que eu não realizei no Estado essas 18, mas que levei o caminhão e fiz 300 mamografias no caminhão do SESC. E aí? Qual é o meu resultado? Quando eu entrei aqui pedi para eles reconhecerem que meu Município tinha mulheres aptas há mais de cinco anos, que não faziam uma mamografia mais se busquei, por exemplo, fora do Estado, se busquei uma maneira de fazer, atendendo um maior número de pessoas eu acho que deveria ser reconhecido.
(ERM1)

A CIB Micro é considerada, pelos entrevistados, como o espaço que direciona as políticas de saúde, onde têm oportunidade de discutir a implementação da política de saúde na Micro, mas que ainda precisa melhorar muito no quesito técnico, na implantação e consolidação das Câmaras Técnicas no sentido de auxiliar os Municípios na busca de maneiras para implementar políticas. Citam que os técnicos do nível-regional do Estado, ou seja, a Gerência Regional de Saúde – GRS poderiam ser melhor qualificados para tal.

Pereira (2009) confirma as falas dos sujeitos no momento que considera um desafio importante na superação da fragmentação interna, bem como as carências na capacidade institucional das Secretarias Estaduais de Saúde. Relata que é relevante que o Estado envolva os diversos setores da Secretaria no processo de regionalização. Para tanto, deve formar equipes para a elaboração do Plano com a participação dos vários setores; promover a divulgação interna desse Plano e pactuar metas internamente como fator de estímulo ao cumprimento do mesmo. O Estado também necessita investir na capacitação de recursos humanos, visando ampliar sua capacidade técnica no planejamento, coordenação e avaliação. Apenas assim estará apto a formular políticas, adotar estratégias e instrumentos de planejamento regional, instaurar mecanismos de regulação efetivos e assumir todas as funções advindas da condução da regionalização. Além de ser um desafio para a Secretaria Estadual de Saúde, esses quesitos

também são desafios para as Secretarias Municipais de Saúde, principalmente no que diz respeito à qualificação de recursos humanos.

Os sujeitos entrevistados relatam que existem fatores internos em relação à capacidade institucional das Secretarias Municipais de Saúde, quadros e capacitação de recursos humanos, mas muitos fatores que dizem respeito à realidade do Município ainda são um problema da macropolítica, ou seja, do Sistema Único de Saúde, como exemplo, a questão do sub-financiamento.

Diante desse contexto, o gestor é responsável pela execução das ações de saúde em seu Município; por isso, sua participação na CIB Micro é crucial. Segundo as falas dos sujeitos, cada gestor apresenta uma forma de repasse e implementação das decisões tomadas na CIB Micro para seu município. Existem gestores que levam técnicos da área para decidir conjuntamente e os que discutem na CIB Micro e realizam o repasse das informações aos coordenadores ou profissionais estratégicos da Secretaria Municipal de Saúde e delegam as funções/ações necessárias. Além disso, cada gestor define a forma de acompanhamento e monitoramento das ações de saúde em seu Município e, no caso do Município-polo da Micro Betim, os profissionais da regulação do polo de Micro se reúnem com os Municípios da Micro e realizam uma discussão anterior à reunião da CIB de acompanhamento da PPI da Micro:

Porque eu, por exemplo, faço reunião toda quarta-feira com os meus técnicos, para repassar e há necessidade. Eu já chego às vezes com os informes que tenho acesso na CIB já passando, dividindo com meus coordenadores. (ERM5)

Como Município-polo, fizemos uma avaliação do que a gente havia cumprido na PPI entre todos os Municípios. A regulação, a partir do momento que ela constrói a pactuação com os municípios, ela monitora permanentemente o cumprimento, o encaminhamento, como é que estão, e ela vai dando retorno para os Municípios acerca disso. (ERM4)

O nível local – o Município – como espaço onde as práticas concretas acontecem, na maioria das vezes ainda com base em mecanismos tradicionais e interesses consolidados, é um nível de grande importância nos processos de descentralização, por assumir novas funções e ser lócus de mudanças. Assim, as políticas descentralizadoras representam desafios para a gestão tanto pela assunção de novas responsabilidades, como para instituição de mudanças. E, mesmo considerando que as mudanças não dependem apenas do gestor, é notório que este exerce um papel decisivo na condução política do sistema em todos os níveis governamentais (SARTORI, 1994, p.11). Silva (2008) afirma que o sistema de decisões do SUS é múltiplo. Avanços na

construção de redes de atenção à saúde no SUS dependem, portanto de articulação de uma cadeia de decisões e, eventualmente, da necessidade de planejamento compartilhado, que envolve diferentes arenas políticas e, conseqüentemente, “espaços de planejamento” distintos. Nas Regiões de saúde, destacam-se os Colegiados de Gestão Regional e as Secretarias Municipais de Saúde.

Mesmo que ocorra o planejamento de algumas decisões e reuniões de Câmaras Técnicas, a CIB Micro Betim ainda precisa melhorar a forma de planejamento, acompanhamento, monitoramento e avaliação dos assuntos decididos nessa instância, pois estes existem de maneira pontual nos Municípios ou em alguns assuntos específicos:

Monitoramento ainda é uma coisa muito longe, mas acho que é uma boa proposta, até pra gente refletir nosso próprio papel, porque quando você está monitorando, tem seu próprio indicador, acho que a CIB ainda tem que aprender a construir, que a gente ainda está nessa fase de demandar. (ERM5)

Monitoramento e Avaliação, a gente faz isso no Município, mas em termos de Micro, não. (ERM6)

“A literatura internacional assume que os países em desenvolvimento têm maiores dificuldades técnicas, financeiras e culturais no processo de planejamento e implementação de políticas públicas” (OLIVEIRA, 2006, p.280). Ainda conforme Oliveira (2006), no Brasil, os 20 anos de democracia não parecem suficientes para o estabelecimento de um sistema politicoinstitucional efetivo no planejamento. Existem diversos conflitos quanto à jurisdição e distribuição de responsabilidades entre os diferentes níveis de governo e organizações do Estado, além da pouca *accountability* (ou capacidade de resposta institucional) dessas organizações.

Mendes (2009) relata que o planejamento estratégico é um dos instrumentos gerenciais fundamentais para a governança das redes de atenção à saúde, que permite aprofundar as interdependências entre os atores envolvidos e imprimir maior racionalidade sistêmica pela ordenação dos fluxos e contrafluxos de pessoas, produtos e informações. O processo de planejamento no âmbito do SUS deve ser desenvolvido de forma articulada, integrada e cooperativa entre as três esferas federativas de gestão. Essa forma de atuação representará o sistema de planejamento do SUS baseado nas responsabilidades de cada esfera de gestão, com definição de objetivos conferindo direcionalidade ao processo de gestão.

Configuram-se como pontos essenciais de pactuação do planejamento no SUS: adoção das necessidades de saúde da população como critério para o processo de planejamento no

âmbito do SUS; integração dos instrumentos de planejamento, tanto no contexto de cada esfera de gestão, quanto do SUS como um todo; institucionalização e fortalecimento do Sistema de Planejamento do SUS, com adoção do processo de planejamento, neste incluídos o monitoramento e a avaliação, como instrumentos estratégicos de gestão do SUS; revisão e adoção de um elenco de instrumentos de planejamento – tais como planos, relatórios, programações – a serem adotados pelas três esferas de gestão, com adequação dos instrumentos legais do SUS no tocante a este processo e instrumentos dele resultantes e a cooperação entre as três esferas para o fortalecimento e a equidade no processo de planejamento no SUS.(BRASIL, 2006) .

Os principais instrumentos de planejamento da Regionalização são o Plano Diretor de Regionalização – PDR, a Programação Pactuada e Integrada da Atenção em Saúde – PPI e o Plano Diretor de Investimento – PDI.

O sistema de planejamento do SUS está interligado na PPI e algumas das principais diretrizes norteadoras do processo de programação pactuada são:

A programação deve estar inserida no processo de planejamento e deve considerar as prioridades definidas nos planos de saúde em cada esfera de gestão; os gestores estaduais e municipais possuem flexibilidade na definição de parâmetros e prioridades que irão orientar a programação, ressalvados os parâmetros pactuados nacional e estadualmente. O processo de programação deve contribuir para a garantia de acesso aos serviços de saúde, subsidiando o processo regulatório da assistência. A programação deve ser realizada a cada gestão, revisada periodicamente e sempre que necessário, em decorrência de alterações de fluxo no atendimento ao usuário; de oferta de serviços; na tabela de procedimentos; e no teto financeiro, dentre outras. A programação pactuada e integrada deve subsidiar a programação física financeira dos estabelecimentos de saúde. A programação pactuada e integrada deve guardar relação com o desenho da regionalização naquele estado (BRASIL, 2006).

Segundo Mendes (2009) o planejamento do SUS está centrado nos espaços estaduais e municipais (Planos Estaduais e Municipais de Saúde); esses Planos ,muitas vezes, são realizados de forma cartorial, sem se manifestarem como ordenadores das ações gerenciais cotidianas desses entes federados. Considera que há dois outros espaços de planejamento essenciais à construção das redes de atenção à saúde, que exigem a conformação de Planos de saúde: o espaço macrorregional, o Plano Macrorregional de Saúde e o espaço microrregional, o Plano Microrregional de Saúde. Esses Planos, em geral, não integram o Planejamento do SUS.

Considera-se, ainda conforme Mendes (2009), que a PPI da assistência acaba por ser um planejamento exclusivo dos recursos federais de alta e média complexidades, destinados aos Estados e aos Municípios, e não um instrumento de planejamento que permita articular e dar

transparência aos objetivos e aos recursos desses três entes federados, nos diferentes territórios sanitários. Em geral, não alcança além de uma macro - alocação de recursos financeiros por procedimentos de saúde e que, ao fim, termina por definir tetos financeiros por entes federados. Dessa maneira, em um ambiente de escassez de recursos, estabelece-se, no SUS, uma lógica gerencial que gira em torno de lutas distributivas entre os gestores, uma realidade gerencial de competição por recursos escassos, bem distante da perspectiva solidária de nosso federalismo intraestatal e da regionalização cooperativa.

Como um dos instrumentos de governança das redes de atenção à saúde, o PDI deve expressar os recursos de investimentos para atender às necessidades pactuadas no processo de planejamento regional e estadual. No âmbito regional, deve refletir as necessidades para se alcançar a suficiência na atenção básica e parte da atenção secundária (média complexidade) da assistência, conforme desenho regional e, na Macrorregião, no que se refere à atenção terciária (alta complexidade). Deve contemplar também as necessidades da área da vigilância em saúde e ser desenvolvido de forma articulada com o processo da territorialização e do planejamento estratégico (BRASIL, 2006). “O objetivo do PDI é superar os déficits de atenção à saúde determinados por insuficiente capacidade instalada de oferta, para que as redes possam operar adequadamente” (MENDES, 2009, p. 291).

Como foi colocado, a CIB Micro Betim apresenta, de certa forma, autossuficiência em atenção secundária e serviços de atenção terciária e se torna uma Micro diferenciada das outras Microrregiões. Além disso, está próxima ao considerado polo estadual. Porém, ainda necessita de melhorias no planejamento, monitoramento, avaliação e utilização dos instrumentos do planejamento do SUS em todos os aspectos considerados, mesmo com todos os problemas apresentados em relação à PPI e desafios a serem enfrentados.

Nesse conjunto, a construção da coerência entre a formulação e a implementação de políticas, projetos e programas é um grande desafio, especialmente em uma área tão complexa como a política pública do SUS. Instabilidades no exercício do poder político, trocas frequentes de equipes dirigentes, regras e disponibilidades orçamentário-financeiras nem sempre claramente estabelecidas, entre outros, são fatores de dificuldade e prejudicam tanto a coerência na formulação quanto o planejamento de médio e longo prazos. É necessário, no entanto, construir uma cultura de planejamento na qual, a partir das grandes diretrizes, considerem-se prioridades, recursos disponíveis, atividades de suporte e apoio e estabeleçam-se metas viáveis e factíveis,

para não transformar propostas de mudanças em meras intenções, que acabam por não se concretizar ou caminham desarmonicamente, prejudicando o resultado final.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A construção do SUS no Estado de Minas Gerais tem mostrado muitos avanços, considerando-se principalmente os quesitos descentralização e regionalização. O Estado foi um dos pioneiros na criação das CIB regionais e posteriormente das CIB Macro e Microrregionais como espaços de negociação entre os Municípios. Ainda é um desafio para o Estado superar o paradigma da municipalização autárquica avançando na consolidação de espaços regionais de saúde que apresentem um desenho de redes de atenção com maior qualidade e eficiência. Nesse sentido, a regionalização necessita estar respaldada por um arranjo institucional que possibilite a negociação política dos diversos atores do processo de regionalização, a apropriação da diversidade do próprio SUS e sua relação com as desigualdades socioeconômicas e territoriais que se destacam como as Comissões Intergestores Bipartites (CIB).

Mediante essas reflexões, foi possível compreender, por meio deste estudo, o processo decisório em uma Comissão Intergestores Bipartite Microrregional em Minas Gerais e a adequação das decisões às responsabilidades da gestão municipal em saúde. Implicou na identificação da organização e do funcionamento da CIB Micro, na descrição do processo decisório e na percepção dos gestores em relação às decisões na gestão de seu Município e os principais fatores que influenciam no processo decisório da CIB Micro.

A possibilidade de ouvir os membros da CIB Micro Betim ,refletindo sobre suas percepções em relação à forma como ocorre o processo decisório nesse contexto, permitiu identificar questões ainda veladas no que diz respeito à práxis da tomada de decisão da CIB Micro Betim em Minas Gerais. Essa situação mostra-se relevante, considerando-se a escassez de estudos sobre a organização e o funcionamento da CIB e como são tomadas as decisões pelos gestores municipais e representantes do Estado. Acredita-se que muitas das reflexões que ganharam corpo neste estudo de uma realidade focalizada em uma CIB Micro, se apresentem como questões conflitantes e polêmicas que emergem no contexto de outras CIB Micro, mas, por se tratar de um estudo qualitativo, aplicam-se à realidade da CIB Micro Betim.

Compreender a forma como os membros da CIB Micro Betim operam a decisão utilizando habilidades técnicas, gerenciais, atitudinais, da aplicação dos saberes da Saúde Pública, dentre outras áreas do conhecimento, reforça a necessidade de aprimorarmos e valorizarmos os membros da CIB Micro, tanto representantes estaduais quanto municipais, enquanto principais sujeitos implicados na melhoria da implementação das Políticas de Saúde. Estar no contexto de

discussão das Políticas Públicas permitiu reconhecer a diversidade, a subjetividade dos membros na discussão e na tomada de decisão sobre os vários assuntos da CIB Micro, além de apontar os avanços e limitações presentes no cenário da CIB Micro.

Em relação à organização e ao funcionamento da CIB Micro estudada, há um Regimento Interno que constitui a base de seu funcionamento, acrescido de algumas ações estabelecidas pelo Estado e que não estão expressas no Regimento. É estabelecido, no Regimento Interno, que a CIB Micro deverá constituir, no mínimo, uma Câmara Técnica de Vigilância à Saúde e outra Câmara Técnica de Assistência à Saúde e Regulação, compostas por técnicos com reconhecida competência nas respectivas áreas .. Na CIB Micro Betim, existe apenas uma Câmara Técnica de Regulação e Comissões temporárias e permanentes de diversos assuntos. Assim, há necessidade da criação oficial de Câmara Técnica para melhoria da qualidade da decisão e discussão na CIB Micro. Além disso, como as CIB Micro são consideradas os Colegiados de Gestão Regional, espaço de co-gestão, tornam-se necessários ajustes no Regimento Interno no que diz respeito a sua coordenação, pois somente o representante estadual exerce esse papel atualmente, o que causa desconforto entre os gestores municipais.

Ainda sobre a organização e o funcionamento da CIB Micro, foi possível constatar que há necessidade de se melhorar o planejamento das pautas, no que diz respeito ao detalhamento dos assuntos e prazos de entrega para os membros participantes da CIB Micro, além de contemplar as demandas de inclusão de assuntos pelos Municípios. Sobre as decisões na CIB Micro, as mesmas são tomadas por *consenso*, conforme o Regimento Interno e, para tal, as reuniões são marcadas por intenso debate e interação entre os gestores e equipes municipais e destas com a estadual para se chegar ao consenso, visando tornar as decisões válidas.

Há o reconhecimento dos entrevistados de que a CIB Micro tem papel fundamental na descentralização e na construção de consensos entre os gestores, além de representar um fator de inclusão de todos os Municípios no debate e na elaboração de propostas para o aprimoramento do SUS. No entanto, ainda é necessário aperfeiçoar pontos que interferem na forma de atingir o consenso; entre eles, o perfil dos gestores municipais, a negociação e a expansão de seus conhecimentos acerca das realidades locais e microrregionais. Há, também, o reconhecimento de dificuldades organizacionais e de tensionamentos acerca da definição de competências, atribuições e autonomia da CIB Micro. Essas dificuldades e esses tensionamentos estão dimensionados em uma perspectiva processual, em construção, que necessita de maior

aprimoramento, com a participação responsável dos gestores municipais e representantes estaduais.

Foi possível perceber que a CIB Micro ainda se encontra em um papel mais informativo que deliberativo e que necessita se consolidar como Colegiado de Gestão Regional (CGR), como arena política com poder decisório suficiente para promover a gestão da rede e a governança regional. Mas, na CIB Micro estudada, há esforço para a discussão conjunta e a abordagem dos assuntos de pauta ocorre da forma mais coletiva e participativa possível. A CIB vem se tornando, para os Municípios, a garantia de informação e atualização dos instrumentos técnico-operativos da política de saúde, de implementação dos avanços na descentralização do sistema de saúde e de fiscalização das ações estaduais na defesa de seus interesses.

Foi possível identificar que, na instância CIB Micro, existem relações condicionadas a uma série de variáveis – econômicas, políticas, culturais e históricas – próprias dos Municípios da Microrregião que particularizam cada CIB Micro. Existem também vários fatores que influenciam o processo decisório, tais como os atores presentes e suas características pessoais, relações de poder, conflitos, acordos, interesses e aspirações, fatores técnicos, políticos e de planejamento.

A CIB Micro toma decisões relativas à implementação de Políticas de Saúde nos Municípios da Microrregião e, nessas decisões, estão incluídos vários pontos complexos e conflituosos, considerados gargalos, que se estendem desde a tomada de decisão na CIB Micro até a implementação da decisão no Município, os recursos pertinentes a elas e as responsabilidades do gestor municipal que devem atender os princípios do SUS de regionalização e de descentralização.

Nesse conjunto, a construção da coerência entre a formulação e a implementação de políticas, projetos e programas é um grande desafio, especialmente em uma área tão complexa como a política pública do SUS. Instabilidades no exercício do poder político, rotatividade das equipes dirigentes, regras e disponibilidades orçamentárias e financeiras nem sempre claramente estabelecidas, entre outros, são fatores que dificultam e prejudicam a coerência na formulação e na tomada de decisão das políticas de saúde, no planejamento de médio e longo prazo. Assim, torna-se importante construir uma cultura de planejamento na qual, a partir das grandes diretrizes, sejam considerados prioridades, recursos disponíveis, atividades de suporte e estabelecimento de

metas viáveis para que não se transformem propostas de mudanças em meras intenções, que podem não se concretizar ou caminhar em desarmonia, prejudicando o resultado final.

A partir deste estudo que possibilitou uma visão mais abrangente do processo decisório e da organização e funcionamento da CIB, sugere-se, à gestão estadual e aos gestores do SUS membros da CIB Micro: incorporação de práticas de monitoramento e avaliação da CIB Micro, atualização do Regimento Interno, padronização de fluxos internos e externos com as áreas técnicas estaduais, aperfeiçoamento técnico permanente dos gestores municipais de saúde e dos técnicos que os representam na CIB Micro, principalmente nos assuntos apontados neste estudo.

Considerando que a CIB Micro vem sendo apontada como instância essencial de pactuação no planejamento do SUS, sugere-se a realização de outros estudos sobre processos decisórios em diferentes CIB para efeito de comparação, tendo em vista as diferenças de composição, formação dos gestores e disponibilidade de aparatos tecnológicos. Novos estudos podem contribuir para melhorar o funcionamento das CIB e para adequar as decisões às realidades locais e regionais e, também, para compartilhar as dificuldades e soluções encontradas pelos Municípios na condução das políticas de saúde. As CIB macrorregionais também devem ser objeto de investigação, visando a discussão sobre as decisões e o funcionamento da rede de serviços de saúde de diferentes níveis de complexidade.

Reconhecemos que toda pesquisa é um recorte da realidade e tem suas limitações; mas acreditamos que o produto deste estudo constitui importante elemento para subsidiar novas discussões sobre as CIB Micro/CGR no âmbito do SUS, apesar de o resultado desta pesquisa se aplicar à CIB Micro Betim. O interesse e a disponibilidade dos entrevistados em colaborar, fornecendo informações, são um indicativo de que estudos sistematizados são necessários e podem contribuir para um efetivo compartilhamento de informações sobre diferentes realidades do SUS.

REFERÊNCIAS

ABRUCIO, F. L. *Os Barões da Federação*: os governadores e a redemocratização brasileira. São Paulo: Hucitec, 1998.

ABRUCIO, F. L. A coordenação federativa no Brasil: a experiência do período FHC e os desafios do governo Lula. *Rev. Sociol. Polít.*, Curitiba, n. 24, p. 41-67, jun. 2005.

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

ABRUCIO, F. L. Reforma política e federalismo: desafios para a democratização brasileira. In: BENEVIDES, M. V.; KERCHER, F.; VANNUCHI, P. (Orgs.). *Reforma política e cidadania*. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2003. p. 225-265.

ALMEIDA, A. A. *Possibilidades e limites da teoria do serviço social* .4. ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1989.

ALMEIDA, M. H. T. Federalismo, democracia e governo no Brasil: idéias, hipóteses e evidências. *Rev. Bras. Inform. Bibliogr. Ciênc. Soc. (BIB)*, São Paulo, n. 51, p. 13-34, 2001.

ANDERSON, J. E. *Public policy making*. Nashville (TN): Thomas Nelson and Sons, 1975.

ANGELONI, M. T. Elementos intervenientes na tomada de decisão. *Ci. Inf.*, Brasília, v. 32, n. 1, p.17-22, jan./abr. 2003.

ARRETCHE, M. A Política da Política de saúde no Brasil. In: LIMA, N. T. *Saúde e democracia*: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. 4. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2009,

BARRETO, I. F. J.; SILVA, Z. P. Reforma do Sistema de Saúde e as novas atribuições do gestor municipal. *São Paulo em Perspectiva*, São Paulo, v.18, n. 3, p.47-56, 2004.

BECKER, H. S. Observação social e estudos de casos sociais. In: _____. *Métodos de pesquisa em ciências sociais*. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 1999. cap. 5, p.117-129.

BRASIL. Congresso Nacional. Lei Nº 8.080 de 19 de setembro de 1990a. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2011.

BRASIL. Congresso Nacional. Lei Nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990b. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em:<<http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/1990/8142.htm>>. Acesso em: 15 mar. 2011.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Convergências e Divergências sobre a regionalização do SUS*. Brasília: Conass, 2004. 124p. (Caderno de Informação Técnica e Memória do Progestores, 6).

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa Federal do Brasil*, 1988. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Gestão Municipal de Saúde: leis, normas e portarias atuais*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2001 b.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Gestão Municipal de Saúde: textos básicos*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2001c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM Nº 95 de 26 de janeiro de 2001. Aprova a Norma Operacional da Assistência a Saúde – NOAS-SUS 01/2001. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 26 jan. 2001a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM Nº 373 de 27 de fevereiro de 2002. Norma Operacional da Assistência a Saúde / SUS - NOAS 01/2002. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, de 27 de fevereiro de 2002 a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM Nº 399, de 22 de fevereiro de 2006a. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido

Pacto. Pacto pela Saúde. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicações/prtGM399_20060222.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM Nº 545 de 20 de maio de 1993. Estabeleceu normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde aprovando a Norma Operacional Básica do SUS 01/93. *Diário Oficial da União*, Brasília, 24 de maio de 1993a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM Nº 2.203 de 05 de novembro de 1996. Norma Operacional Básica do SUS – NOB 01/96. *Diário Oficial da União*, Brasília, 06 de novembro de 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria GM Nº 1.399*, de 15 de dezembro de 1999. Regulamenta a NOB SUS 01/96 no que se refere às competências da União, estados, municípios e Distrito Federal. Disponível em: <http://www.funasa.gov.br/web%20Funasa/Legis/pdfs/portarias_m/pm_1399_1999.pdf>. Acesso em: 01 abr. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria GM Nº 2.473* de 29 de dezembro de 2003. Estabelece as normas para a programação pactuada das ações de vigilância sanitária no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, fixa a sistemática de financiamento e dá outras providências. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/legis/portarias/2473_03.htm>. Acesso em: 01 abr. 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria MS/GM Nº 3.264, de 27 de dezembro de 2007. Autoriza transferência de recursos financeiros do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Estaduais de Saúde referentes ao incentivo destinado ao apoio da organização e funcionamento dos Colegiados de Gestão Regional. *Diário Oficial da União*, Brasília, 28 de dezembro de 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução Nº 258 de 07 de janeiro de 1991. Aprova a Norma Operacional Básica/SUS Nº 01/91. *Diário Oficial da União*, Brasília, 10 jan 1991.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. *Inovação gerencial em serviços públicos de saúde e cidadania*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002 b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Rede Nacional de Humanização. *HumanizaSUS*: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 3. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006 b. 52 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRITO, J. S. *Introdução à fundamentação da metafísica dos costumes de I. Kant*. Porto (PT): Contraponto, 1994.

CAMPOS, A. M. *Decisão e informação gerencial*. Rio de Janeiro: EBAP/FGV, 1998. Mimeo.

CAMPOS, G. W. S. Análise crítica das contribuições da saúde coletiva à organização das práticas de saúde no SUS. In: FLEURY, S. (Org.). *Saúde e democracia*. São Paulo: Lemos, 1997. p. 113-124.

CAMPOS, G. W. S. *Um método para análise e co-gestão de coletivos*. São Paulo: Hucitec, 2000. p. 239.

CANTARINO, G. *Jornal do CONASEMS*, Brasília, set/out/1998.

CARVALHO, A. V. *Aprendizagem organizacional em tempos de mudança*. São Paulo: Pioneira, 1999.

CARVALHO, C. E. Passos importantes, muitas dificuldades. *Monde Diplomate*, Brasil, v. 19, p. 10-11, fev., 2009.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção. *PHYSIS: Rev. Saúde Colet.*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.

CECÍLIO, L. C. O. (Org.). *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo: Hucitec, 1997. 333 p. (Série Saúde em Debate).

CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE-CONASEMS. O SUS, a constituição e a lei: a posição do CONASS. *Saúde em Debate*, Londrina, n. 40, p. 9-12, set. 1993.

CORNÉLIO, R. R. *A formulação da decisão no nível estratégico de uma organização pública: um estudo sobre o processo decisório na SMS-RJ*. 1999, 131 f. Dissertação. (Mestrado em Saúde Coletiva) - Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. 1999.

COSTA, A. M.; BARROS, D. F.; MARTINS, P. E. Linguagem, relações de poder e o mundo do trabalho: a construção discursiva do conceito de empreendedorismo. *Rev. Adm. Pública*, Rio de Janeiro, v. 42, n. 5, p. 995-1018, set./out. 2008.

FARIA, H. P.; SANTOS, M. A.; AGUIAR, R. A. T. Gestão colegiada: conceitos e pressupostos para o alcance da alta responsabilidade organizacional. *Saúde Digital*, Belo Horizonte, n. 22, out. 2003. Disponível em: <<http://www.pbh.gov.br/smsa/biblioteca/sausedigital/outubro2003/especializacao.html>>. Acesso em: 20 abr. 2011.

FAIRCLOUGH, N. *Discurso e mudança social*. Brasília: UnB, 2001.

FLEURY, A.; FLEURY, M. T. L. Construindo o conceito de competência. *Rev. Adm. Contempor.* Rio de Janeiro, v. 4, edição especial, p.183-196, 2001.

FOGEL, K. *Produzir software livre: como gerir um projecto de software livre com Sucesso. [Online]. CreativeCommons Attribution-ShareAlike (3.0):* Mountain View, CA, CreativeCommons Attribution-ShareAlike, 2007. Disponível em: <<http://producingoss.com/pt-pt/>>. Acesso em: 22 mar. 2011.

GADELHA, C. A. G.; MACHADO, C. V.; LIMA, L. D.; BAPTISTA, T. W. Saúde e desenvolvimento: uma perspectiva territorial. In: VIANA, A. L. D.; ELIAS, P. E. M.; IBAÑEZ, N. (Org.). *Saúde, desenvolvimento e território*. São Paulo: Hucitec, 2009. p. 97-123.

GASKELL, G. (Org.). *Pesquisa qualitativa com texto imagem e som: um manual prático*. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2003. cap.1, p.17-36.

GIDDENS, A. *A constituição da sociedade*. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

GIL, A. C. Entrevista. In: _____. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. São Paulo: Atlas, 2007. cap. 11, p. 117-127.

GIOVANELLA, L.; LOBATO, L. V. C. *Sistemas de saúde: origens, componentes e dinâmica*. In: *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. 123 p.

GOMES, F. A. M.; GOMES, C. F. S.; ALMEIDA, A. T. *Tomada de decisão gerencial: enfoque multicritério*. São Paulo: Atlas, 2002.

GONÇALVES, C.A.; MALACHIAS, I.; ASSIS, L. M.; SILVA, M. F. M.; PORTO, M. A. C. M.; COSTA, M. G. M.; SOUZA, R. C. O. **Desafios da gestão compartilhada no âmbito do SUS: constituição das Comissões Intergestores Bipartite Microrregional no Estado de Minas Gerais**. 2006. Monografia (Especialização em Saúde Pública) - Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, Fundação Educacional Lucas Machado – Feluma; Governo della Regione del Lombardia / L'Italia; Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais – SES/MG, Belo Horizonte, 2006.

GODOY, A. S. Pesquisa qualitativa tipos fundamentais. *Rev. Adm. Empr.*, São Paulo, v.35, n.3, p. 20-29, maio/jun. 1995.

HÉRITIER, A. **Policy-making and diversity in Europe**. Cambridge: Cambridge University Press, 1999.

IMMERGUT, E. M. As regras do jogo: a lógica da política de saúde na França, na Suíça e na Suécia. *Rev. Bras. Ciênc Sociais*, São Paulo, v. 30, p. 139-165, 1996.

LAVILLE, C.; DIONNE A, J. Das informações à conclusão. In: _____. **A construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas**. Belo Horizonte: Artmed, 2007. cap. 8, p. 197-231.

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel da Normas Operacionais Básicas. *Ciênc. Saúde Colet.*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 269-291, 2001

LIJPHART, A. **Modelos de democracia: desempenho e padrões de governo em 36 países**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003. 389 p.

LIMA, C. J.; RIVERA, F. J. U. Gestão de sistemas regionais de saúde: um estudo de caso no Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 10, p. 2179-2189, out. 2006.

LIMA, L. D. **Federalismo, relações fiscais e financiamento do Sistema Único de Saúde: a distribuição de receitas vinculadas à saúde nos orçamentos municipais e estaduais**. Rio de Janeiro: Museu da República, 2007. 352 p.

LINDBLOM, C. E. **O processo de decisão política**. Brasília: Editora UnB, 1985.

MACHADO, C. V. ***Direito universal, política nacional: o papel do Ministério da Saúde na política de saúde brasileira de 1990 a 2002.*** Rio de Janeiro: Museu da República; 2007. 504 p.

MACHADO, C. V.; VIANA, A. L. D. Descentralização e coordenação federativa na saúde. In: VIANA, A. L. D.; ELIAS, P. E. M.; IBAÑEZ, N. (Org.). ***Saúde, desenvolvimento e território.*** São Paulo: Hucitec, 2009. p. 21-59.

MACHADO, C. V.; LIMA, L. D.; BAPTISTA, T. W. F. Configuração institucional e papel dos gestores no Sistema Único de Saúde. In: MATTA, G. C.; PONTES, A. L. C. ***Políticas de saúde: a organização e a operacionalização do Sistema Único de Saúde.*** Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

MATUS, C. ***Planificación e accion practica.*** Brasília: Organización Panamericana de la Salud, 1988. 115 p.

MEDAUAR, O. ***O direito administrativo em evolução.*** 2. ed. São Paulo: RT, 2003. 134 p.

MENDES, E. V. ***Uma agenda para a saúde.*** São Paulo: Hucitec, 1996.

MENDES, E. V. ***As redes de atenção à saúde.*** Belo Horizonte: ESP/MG, 2009

MENDES, E. V. O SUS que temos e o SUS que queremos: uma agenda. ***Rev. Min. Saúde Pública-ESP/MG***, Belo Horizonte, v. 3, n. 4, p. 04-26, jan./jun. 2004.

MERHY, E. E. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. ***Ciênc. Saúde Colet.***, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 305-314, 1999

MINAYO, M. C. S. ***O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.*** 7. ed. São Paulo: Hucitec, 2000. 269 p.

MINAYO, M. C. S. ***O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.*** 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MINAYO, M. C. S. ***O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.*** 9. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Deliberação CIB-SUS/MG nº 338** de 15 de março de 2007. Delega competência à Comissão Intergestores Bipartite Microrregional para homologar pactuações. Disponível em: < http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/deliberacoes/2007/Del%20338%20CIBs%20M%20competencia.pdf>. Acesso em: 23 abr. 2011.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Deliberação nº 095** de 17 de maio de 2004. Cria no âmbito da Comissão Intergestores Bipartite de Minas Gerais – CIB-SUS/MG, as Comissões Intergestores Bipartites Macrorregionais e microrregionais e dá outras providências. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/deliberacoes/2004/del95.doc>. Acesso em: 05 maio 2008.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Deliberação nº 377** de 20 de setembro de 2007. Aprova o Termo de Compromisso de Gestão – TCG do Estado de Minas Gerais e dos Municípios que menciona. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/deliberacoes/2007/Deliberacao%20CIB-SUS-MG%20No377%20Setembro.pdf>. Acesso em: 8 maio 2008.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Metodologia e base conceitual do Plano Diretor de Regionalização de Minas Gerais**. Apresentação em *power point* realizada no âmbito do Projeto de Cooperação ENSP/SESDEC-RJ. Rio de Janeiro: 07 de agosto de 2008.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Resolução nº 637** de 25 de junho de 1993. Cria a Comissão Intergestores Bipartite e dá outras providências. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/institucional/cib/atos-de-organizacao/atos-de-organizacao/resolucao-ses-no-637-de-25-de-junho-de-1993-publicada-no-mg-de-26-06-00>. Acesso em: 15 mar. 2011.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Gerência de Regionalização e Informações em Saúde. **PDR-Plano Diretor de Regionalização de MG**: breve histórico/conceitos. Belo Horizonte: SES/MG; 15 dez. 2005. Disponível em:<http://www.saude.mg.gov.br/politicas_de_saude/arquivos-pdr/Apresentação%20PDR%20para%20Internet%20com%2044%20slides%20em%20PDF.pdf>. Acesso em: 25 maio 2008.

MINTZBERG, H.; AHLSTRAND, B.; LAMPEL, J. **Safári de estratégia: um roteiro pela selva do planejamento**. Porto Alegre: Bookman, 2000.

MONTANA, P.; CHARNOV, B. **Administração**. São Paulo: Saraiva, 1999.

MORESI, E. A. D. O contexto organizacional. In: TARAPANOFF, K. *Inteligência organizacional e competitiva*. Brasília: Editora UnB, 2001a.

MORESI, E. A. D. Monitoramento ambiental. In: TARAPANOFF, K. *Inteligência organizacional e competitiva*. Brasília: Editora UnB, 2001b.

MORITZ, G. O.; PEREIRA, M.F. *Processo decisório*. Florianópolis: SEAD/UFSC, 2006.168p.

MOURA, M. L. S.; FERREIRA, M. C.; PAINE, P. A. *Manual de elaboração de Projetos de Pesquisa*. Rio de Janeiro: UERJ, 1998.

MOTTA, F. P.; VASCONCELOS, I. G. *Teoria geral da administração*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2002.

MUÑOZ, D. R.; FORTES, P. A. C. O princípio da autonomia e o consentimento livre e esclarecido. In: COSTA, S. I. F.; OSELKA, G.; GARRAFA, V. (Coord.). *Iniciação à bioética*. Brasília: CFM, 1998. p. 53-70.

NORONHA, J. C.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. O Sistema Único de Saúde. In: _____. *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

NORONHA, J. C.; LIMA, L. D.; MACHADO, C.V. A gestão do Sistema Único de Saúde: características e tendências. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde no Brasil: contribuições para a agenda de prioridades de pesquisa*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

OLIVEIRA, J. A. P. Desafios do planejamento em políticas públicas: diferentes visões e práticas. *Rev. Adm. Pública*, Rio de Janeiro, v.40, n. 1, p. 273-288, mar./abr. 2006.

PEREIRA, A. M. M. *Dilemas federativos e regionalização na saúde: o papel do gestor estadual do SUS em Minas Gerais*. 2009. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <[http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetalheObra](http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetalheObra?select_action=&co_obra=165387) Form.do?select_action=&co_obra=165387>. Acesso em: 20 mar. 2011.

PEREIRA, M. J. L. B.; FONSECA, J. G. M. *Faces da decisão: as mudanças de paradigmas e o poder da decisão*. São Paulo: Makron Books, 1997.

PERRENOUD, P. *Dez novas competências para ensinar*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

RANCIERE, J. *Dissenso*. Entrevista. 2008. Disponível em: <<http://grupomare.blogspot.com/2008/08/entrevista-com-jacques-rancire-sobre-o.html>>. Acesso em: 15 fev. 2010.

RANCIERE, J. O Dissenso. In: NOVAES, A. (Org.). *A crise da razão*. São Paulo: Companhia das Letras; Brasília: Ministério da Cultura; Rio de Janeiro: Fundação Nacional de Arte, 1996.

RIBEIRO, A. L. *Teorias da administração*. São Paulo: Saraiva, 2003.

RIVERA, F. J. U. *Agir comunicativo e planejamento social*: uma crítica ao enfoque estratégico. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

RIVERA, F. J. U. A gestão situacional (em saúde) e a organização comunicante. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 12, p. 357-372, 1996.

RIVERA, F. J. U. ; ARTMAN, E. Planejamento e Gestão em Saúde: Flexibilidade metodológica e agir comunicativo. In: RIVERA, F. J. U. *Análise estratégica em saúde e gestão pela escuta*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

ROSE, N. Authority and the genealogy of subjectivity. In: HEELAS, P.; LASH, S.; LARSEN, P. (Editors). *Detraditionalization: critical reflections on authority and identity*. Oxford: Blackwell, 1999. p. 294-327.

ROUANET, S. P. Dilemas da moral iluminista. In: _____. *Ética*. São Paulo: Cia. das Letras, 1994. p. 149-162.

SALLUM Jr., B. Crise, democratização e liberalização no Brasil. In: SALLUM Jr. B. (Org.). *Brasil e Argentina hoje: política e economia*. Bauru: Edusc, 2004. p. 47-77.

SANTOS, L.; ANDRADE, L. O. M. A Organização do SUS sob o ponto de vista constituicional: Rede Regionalizada e Hierarquizada de Serviços de Saúde. In: CARVALHO, G. *Redes de atenção à saúde no SUS: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações de serviços de saúde*. Campinas, SP: IDISA; CONASEMS, 2008

SARTORI, G. *A teoria da democracia revisitada: o debate contemporâneo*. Rio de Janeiro: Ática, 1994.

SEGRE, M.; SILVA, F. L.; SCHRAMM, F. R. O contexto semântico e filosófico de princípio de autonomia. *Rev. Bioética*, Brasília, v. 6, n.1, 1998. Disponível em: <<http://www.cfm.org.br/revista/bio1v60conthistorico.htm>>. Acesso em: 12 ago. 2001

SERAPIONI, M. Potencialidades e desafios das Comissões Intergestores Bipartite (CIBs): resultados de um estudo nacional. In. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. *Gestores do SUS: olhares e vivências*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 193 p. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios)

SILVA, F. S. Desafios para o aperfeiçoamento das redes de atenção à saúde no SUS no contexto da implementação do pacto pela Saúde. In: _____. *Redes de Atenção à Saúde no SUS: o pacto pela Saúde e rede regionalizadas de ações e serviços de Saúde*. Campinas, SP: IDISA; CONASEMS, 2008. p. 202.

SILVA, I. F. *O Processo decisório nas Instâncias Colegiadas do SUS no Estado do Rio De Janeiro*. 2000. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2000.

SILVA, J. A. *Curso de direito constitucional positivo*. São Paulo: Malheiros, 2007

SILVA, M P.; MENDES, E. V. *Pacto de gestão: da municipalização autárquica à regionalização cooperativa*. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde, 2004. 80 p.

SIMON, H. A. *A capacidade de decisão e liderança*. Rio de Janeiro: Fundo de Cultura, 1963.

SIMON, H. A. *Comportamento administrativo*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1970.

SOUZA, C. Governos e sociedades locais em contextos de desigualdades e de descentralização. *Cienc. Saude Colet.*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 431-442, 2002.

TRIVIÑOS, A. N. S. *A pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas, 1995.

TSEBELIS, G. *Nested Games*. California: University of California, 1990.

VELLOSO, I. S. C.; CECI, C.; ALVES, M. Reflexões sobre relações de poder na prática de enfermagem. *Rev. Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre, v. 31, n. 2, p. 388-391, jun. 2010.

VERGARA, S. C. Razão e Intuição na tomada de decisão: uma abordagem exploratória. *Rev. Adm. Pública*, Rio de Janeiro, v.25, n. 3, p. 120-138, jul./set. 1991.

VERGARA, S. C. Sobre a Intuição na Tomada de Decisão. *Rev. Adm. Pública*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 130-157, abr./jun. 1993.

VIANA A. L. D. As três institucionalidades da política social e a política de saúde no Brasil. In: VIANA, A.L.; LIMA, L. D. (Org.). *Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil*. 2010. (No prelo).

VIANA, A. L. D.; HEIMANN, L. S.; LIMA, L. D.; OLIVEIRA, R. G.; HORA, S. R. Mudanças significativas no processo de descentralização do sistema de saúde no Brasil. *Cad. Saude Publica*, Rio de Janeiro, v.18, Supl., p. S139-S151, 2002

VIANA, A. L. D.; LIMA, L. D.; FERREIRA, M. P. Condicionantes estruturais da regionalização na saúde: tipologia dos Colegiados de Gestão Regional. *Ciênc. Saúde Colet.*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2317-2326, 2010.

VIANA, A. L.D.; LIMA, L. D.; OLIVEIRA, R. G. Descentralização e federalismo: a política de saúde em novo contexto - lições do caso brasileiro. *Cienc. Saude Colet.*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 493-507, 2002.

VIANA, A. L. D.; MACHADO, C. V.; BAPTISTA, T. W.; LIMA, L. D.; MENDONÇA, M. H. M.; HEIMANN, L. S.; ALBUQUERQUE, M. V.; IOZZI, F. L.; DAVID, V. C.; IBAÑEZ, P.; FREDERICO, S. Sistema de saúde universal e território: desafios de uma política regional para a Amazônia Legal. *Cad. Saude Publica*, Rio de Janeiro, v. 23, Supl. 2, p. S117-S131, 2007.

VIEGAS, S. M. F. *O cuidado na estratégia de saúde da família: a vivência do enfermeiro com o cliente*. 2005. 159f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-graduação da Escola de Enfermagem, UFMG, Belo Horizonte, 2005.

YIN, R. K. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001. 187p.

APÊNDICES

APÊNDICE A
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar voluntariamente de uma pesquisa intitulada “COMISSÕES INTERGESTORES BIPARTITE: PROCESSOS DECISÓRIOS E RESPONSABILIDADES DA GESTÃO MUNICIPAL, desenvolvida no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFMG, sob a responsabilidade da mestranda Aline Cerqueira Cruz, sob orientação da Professora Dra Marília Alves.

Trata-se de uma pesquisa qualitativa que tem como objetivo compreender os processos decisórios em Comissões Intergestores Bipartite Microrregionais no Estado de Minas Gerais e a adequação das decisões às responsabilidades da gestão municipal em saúde. O estudo justifica-se para contribuição de discussões da legislação do SUS e da Gestão colegiada no SUS, na melhor compreensão dos aspectos identificados no processo de descentralização e de implementação do SUS em Minas Gerais; contribuir na orientação de estratégias para a gestão municipal em saúde, no aperfeiçoamento do sistema de gestão microrregional.

Sua participação é voluntária e consiste em responder a algumas perguntas constantes de uma ficha de identificação e do roteiro de entrevista. O local, data e horário da entrevista serão previamente agendados, de acordo com a sua disponibilidade, ocasião em que esclarecerei os objetivos e finalidades do estudo e quaisquer outras dúvidas que se façam presentes. Você poderá se retirar da pesquisa se assim o desejar a qualquer momento e não receberá nenhuma remuneração por participar da pesquisa, concedendo-me a entrevista e autorizando minha presença como observadora nas reuniões da CIB. As informações serão utilizadas somente para a dissertação de mestrado, seu nome não será divulgado e não haverá nenhuma implicação para o seu trabalho, tendo em vista que as informações fornecidas serão de conhecimento somente das pesquisadoras

O uso dos dados e informações é restrito para a pesquisa e a divulgação dos resultados depois da análise será feita através de trabalhos científicos, preservando o seu anonimato. A qualquer momento, você poderá pedir informações ou esclarecimentos sobre o andamento da pesquisa, bem como sair da mesma e não permitir a utilização de seus dados. Não haverá pagamento de qualquer espécie pela participação.

Eu, _____ CI _____ Declaro que fui devidamente orientado sobre a finalidade e objetivo do estudo, bem como da utilização dos dados exclusivamente para fins científicos, e sua divulgação posterior, tendo meu nome mantido em sigilo. Aceito participar como entrevistado e reconheço que poderei deixar o estudo se assim desejar, sem prejuízos no meu trabalho.

Assinatura do entrevistado

Assinatura do pesquisador

Data:

Contatos:

Aline Cerqueira Cruz

E-mail: alinecruzbr@yahoo.com.br

Telefone: (031) 32235962/97118725

Comitê de Ética em pesquisa (COEP) da UFMG

Av. Pres. Antônio Carlos, nº 6627. Unidade

Administrativa II - 2º andar - Sala 2005. b Pampulha

Telefone: (31) 3499-4592.

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

Orientadora: Profª Dra. Marília Alves.

Av Alfredo Balena 190, centro

Fone 31 34099826

E-mail: marilix@enf.ufmg.br

APÊNDICE B**Projeto:.....****Roteiro da entrevista**

Nº _____

____ Secretário Municipal de Saúde

____ Membro Suplente do Secretário Municipal de Saúde na CIB M

____ Representante Estadual na CIB M

Data: ____ / ____ / _____ Início: _____ Término: _____

Idade:

Sexo:

Formação acadêmica:

Tempo de formado:

Pós - graduação: () sim () não Se sim, qual? _____

Cargo:

Tempo no cargo:

Vínculo: Estatutário _____ contrato _____

Nome do Município:

Microrregião:

Macrorregião:

- 1- Descreva como ocorrem as decisões na CIB Micro que você participa. Faça um breve relato da vivência como gestor/ membro da CIB Micro.
- 2- Qual é sua percepção em relação aos processos decisórios ocorridos na CIB Micro?
- 3- Em que você se baseia para participar das decisões na CIB Micro?
- 4- Quais fatores exercem influencia na tomada de decisão na CIB Micro?
- 5- Fale-me da tomada de decisão nesta instância CIB Micro e qual a importância das decisões na gestão do município e na implementação de Políticas de Saúde na sua região e no estado de Minas.
- 6- Qual é a autonomia da CIB Micro para tomar decisões e influenciar a implementação das mesmas?
- 7- Como você, gestor implementa em seu município as ações decididas na CIB Micro?
- 8- Há uma avaliação das decisões tomadas na CIB Micro? Se sim como ocorre?

ANEXOS