

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

***“Colegiados de gestão regional no estado do Rio de Janeiro: atores,
estratégias e negociação intergovernamental”***

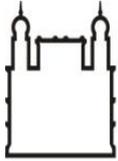
por

Renata Pestana Vianna

*Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre em
Ciências na área de Saúde Pública.*

Orientadora: Prof.ª Dr.ª Luciana Dias de Lima

Rio de Janeiro, março de 2012.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



Esta dissertação, intitulada

“Colegiados de gestão regional no estado do Rio de Janeiro: atores, estratégias e negociação intergovernamental”

apresentada por

Renata Pestana Vianna

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.^a Dr.^a Anamaria Carvalho Schneider

Prof.^a Dr.^a Silvia Victoria Gerschman de Leis

Prof.^a Dr.^a Luciana Dias de Lima – Orientadora

Dissertação defendida e aprovada em 30 de março de 2012

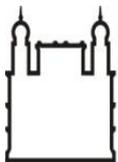
Catálogo na fonte
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

V617 Vianna, Renata Pestana
Colegiados de gestão regional no Estado do Rio de Janeiro: atores,
estratégias e negociação intergovernamental. / Renata
Pestana Vianna. -- 2012.
xiii,155 f. : tab. ; graf. ; mapas

Orientador: Lima, Luciana Dias de
Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública
Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2012

1. Regionalização. 2. Políticas Públicas de Saúde.
3. Relações Intergovernamentais. 4. Estratégias.
5. Colegiado de Gestão Regional. I. Título.

CDD - 22.ed. – 362.10425098153



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



A U T O R I Z A Ç Ã O

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, por processos fotocopiadores.

Rio de Janeiro, 30 de março de 2012.

Renata Pestana Vianna

CG/Fa

À Regina, minha mãe, que sempre me incentivou a conhecer e aprender, principal responsável por esta conquista e fonte de inspiração por sua coragem, força e generosidade.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora e professora, Luciana Dias de Lima, pela grande dedicação e apoio durante todo o percurso do mestrado e pelos valiosos ensinamentos.

Aos participantes do grupo de pesquisa “Estado, Proteção Social e Políticas de Saúde” da Escola Nacional de Saúde Pública, pelos debates enriquecedores que muito favoreceram o amadurecimento teórico desse estudo.

À professora Carla Lourenço Tavares de Andrade pelas contribuições e esclarecimentos em relação à análise dos dados quantitativos.

À Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro e ao Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Rio de Janeiro, pela colaboração e disponibilidade em participar da pesquisa, e, em especial, a Rafaela Almeida, pela prontidão em fornecer os materiais solicitados.

Aos amigos, Marcelle, Mariana, Daniel, Iná, Luciana, Washington e, em especial, a minha amiga Maura, pela amizade e companheirismo durante cada momento do mestrado.

Ao meu marido, Patrício, pelo incentivo, carinho e compreensão.

A minha mãe, por sua força, dedicação e amor.

A Deus, por ter me protegido e iluminado meu caminho e minhas escolhas.

“Há um tempo em que é preciso abandonar as roupas usadas, que já tem a forma do nosso corpo, e esquecer os nossos caminhos, que nos levam sempre aos mesmos lugares. É o tempo da travessia, e, se não ousarmos fazê-la, teremos ficado para sempre à margem de nós mesmos.”

(Fernando Pessoa)

“Vivendo e aprendendo a jogar
Nem sempre ganhando
Nem sempre perdendo
Mas, aprendendo a jogar.”

(Guilherme Arantes)

RESUMO

Esse estudo analisou a conformação dos Colegiados de Gestão Regional (CGR) no estado do Rio de Janeiro, no contexto do Pacto pela Saúde, a partir de quatro dimensões principais: indução e implantação inicial, institucionalidade, processo político e padrões de relacionamento (intergovernamental e entre organismos de gestão compartilhada) e capacidade de atuação dos CGR.

Foram identificados os principais atores envolvidos e as estratégias utilizadas no processo de implantação, bem como a dinâmica de funcionamento e o conteúdo das negociações nessas instâncias regionais.

Realizou-se, também, um mapeamento dos condicionantes históricos, estruturais e político-institucionais do processo de regionalização em saúde no estado, tendo em vista que tais aspectos influenciam a forma como a política é conduzida nesse estado.

A implantação dos CGR no Rio de Janeiro ocorreu tardiamente se comparado a outros estados do Brasil, acompanhando, no entanto, o padrão de desenvolvimento das políticas de regionalização no estado. Em 2009, foram promovidas pela Secretaria Estadual de Saúde, em parceria com o COSEMS-RJ, oficinas regionais que se desdobraram na conformação de dez CGR. Percebeu-se que o funcionamento dessas instâncias de negociação e pactuação intergovernamental apresentou variações entre as regiões, relacionadas, principalmente, à pré-existência de práticas de planejamento, estruturas e mecanismos de co-gestão regional.

Em relação às potencialidades e desafios dos CGR, observou-se que, embora constituídas recentemente, essas instâncias lograram promover maior aproximação e integração entre os entes governamentais nos espaços regionais. Além disso, favoreceram a troca de experiência e o aprendizado entre os gestores, particularmente em relação às políticas públicas de saúde (federais e estaduais). No entanto, o trabalho empírico sugere que ainda é preciso avançar no que diz respeito ao desenvolvimento de uma cultura de planejamento regional, que possibilite maior autonomia das regiões no desenvolvimento de políticas ajustadas às suas próprias realidades. Nesse processo, a função indutora e coordenadora atribuída à esfera estadual será de extrema importância.

Palavras-chave: Regionalização, planejamento regional, relações intergovernamentais, Colegiado de Gestão Regional.

ABSTRACT

This study examined the conformation of the Regional Management Boards (CGR) in the state of Rio de Janeiro, on the Health Pact context, from four main dimensions: induction and initial implantation, institutionality, political process and relation patterns (intergovernmental and between co-management organizations) and capacity of action of CGR.

It were identified the main actors involved, the strategies used in the implantation process, the dynamics of the operation and the content of negotiations in these regional organizations.

It also performed a mapping of historical, structural and political-institutional conditions of the process of regionalization in health in the State of Rio de Janeiro.

The implantation of CGR in Rio de Janeiro occurred late compared to other states of Brazil, following, however, the pattern of development of regionalization policies in the state. In 2009, were promoted by the Secretary of State for Health, in association with COSEMS-RJ, regional workshops, from which ten CGR were conformed. It was noticed that the functioning of these instances of intergovernmental negotiation varied between regions, mainly related to pre-existence of planning practices, structures and mechanisms for regional co-management.

In relation to the potential and challenges of the CGR, it was observed that, although recently established, these instances have succeeded in promoting greater proximity and integration among government entities in regional areas. In addition, favored the exchange of experience and learning among managers, particularly in relation to public health policies (federal and state). Nevertheless, empirical work suggests the need for develop a culture of regional planning, which allows greater autonomy for regions in developing policies relate to their own realities. In this process, the inducer and coordinator function assigned to the state level is extremely important.

Key-words: Regionalization, regional planning, intergovernmental relations, Regional Management Board.

SUMÁRIO

Lista de Quadros, Tabelas e Figuras.....	xi
Lista de Siglas.....	14
INTRODUÇÃO.....	16
1 REGIONALIZAÇÃO E RELAÇÕES INTERGOVERNAMENTAIS NA POLÍTICA DE SAÚDE	20
1.1 A regionalização no contexto do SUS e as mudanças relacionadas ao Pacto pela Saúde.....	20
1.2 Instâncias federativas na política de saúde e seu papel na regionalização	23
2 DESENHO DO ESTUDO	33
2.1 Objetivos	33
2.2 Marco teórico-metodológico.....	33
2.3 Estratégias Metodológicas	37
3 O ESTADO DO RIO DE JANEIRO: HISTÓRIA, POLÍTICA DE SAÚDE E ORGANIZAÇÃO REGIONAL	44
3.1 Breve retrospectiva histórica da conformação do Rio de Janeiro.....	45
3.2 Organização e regionalização do sistema de saúde no estado do Rio de Janeiro .	52
3.3 Perfil regional do sistema de saúde no estado	58
4 O PROCESSO DE CONFORMAÇÃO DOS COLEGIADOS DE GESTÃO REGIONAL NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO	80
4.1 Indução e implantação inicial dos CGR.....	80
4.2 Institucionalidade dos CGR	87
4.3 Processo político e padrões de relacionamento dos CGR.....	97
4.4 Capacidade de atuação dos CGR: planejamento regional e gestão intergovernamental	105
DISCUSSÃO	111
CONSIDERAÇÕES FINAIS	119
REFERÊNCIAS	121
ANEXOS	127
ANEXO 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	127
ANEXO 2 – ROTEIROS DE ENTREVISTA E QUESTIONÁRIO.....	129

LISTA DE QUADROS, TABELAS E FIGURAS

QUADROS

Quadro 1- Número de CGR constituídos e informados à CIT por macrorregião - Brasil, 2006 a 2010.	31
Quadro 2- Matriz de referência para coleta e análise de informações da pesquisa.	41
Quadro 3- Mês em que ocorreu a primeira reunião e número aproximado de reuniões ordinárias e extraordinárias dos CGR segundo regiões, Rio de Janeiro - 2009 a 2011..	90
Quadro 4- Quadro-síntese dos resultados	117

TABELAS

Tabela 1- Informações populacionais segundo regiões - Rio de Janeiro , 2008.	63
Tabela 2- Índice de Desenvolvimento Humano segundo regiões - Rio de Janeiro, 2000.	65
Tabela 3- Participação percentual dos setores da economia segundo regiões - Rio de Janeiro, 2006.....	66
Tabela 4- Equipamentos de saúde e cobertura da estratégia de saúde da família segundo regiões - Rio de Janeiro, 2008.	71

FIGURAS

Figura 1- Regiões de Saúde do Estado do Rio de Janeiro – Brasil, 2009	58
Figura 2- Taxa de mortalidade por 100 mil habitantes segundo regiões - Rio de Janeiro , 2008.	68
Figura 3- Mortalidade proporcional segundo regiões - Rio de Janeiro , 2008.	69
Figura 4- Taxa de mortalidade infantil segundo regiões - Rio de Janeiro, 2008.....	70
Figura 5- Taxa de leitos em hospitais gerais e especializados por mil habitantes segundo regiões - Rio de Janeiro, 2008.	72
Figura 6- Produção ambulatorial de média e alta complexidade por habitante segundo regiões - Rio de Janeiro , 2008.	73
Figura 7- Taxa de internações totais e de alta complexidade por mil habitantes segundo regiões - Rio de Janeiro, 2008.	74

Figura 8- Taxa de médicos e outros profissionais de saúde por mil habitantes segundo regiões - Rio de Janeiro, 2008.	75
Figura 9- Cobertura dos planos privados de saúde segundo regiões - Rio de Janeiro, 2008.	76
Figura 10- Despesa total e com recursos próprios municipais em saúde segundo regiões- Rio de Janeiro, 2008.	77
Figura 11- Percentual de recursos próprios municipais e transferências vinculadas à saúde segundo regiões - Rio de Janeiro, 2008.	78
Figura 12- Grau de prioridade dado à implantação dos CGR pelos municípios e estado segundo percepção dos Coordenadores Regionais – Rio de Janeiro, 2011.	82
Figura 13 - Fatores que contribuíram para a incorporação dos CGR nas agendas dos municípios segundo percepção dos Coordenadores Regionais – Rio de Janeiro, 2011.	82
Figura 14 - Fatores que contribuíram para a incorporação dos CGR na agenda do estado segundo percepção dos Coordenadores Regionais – Rio de Janeiro, 2011.	83
Figura 15 - Atores que participaram do processo de implantação dos CGR nas regiões segundo percepção dos Coordenadores Regionais – Rio de Janeiro, 2011.	84
Figura 16- Estratégias e incentivos utilizados na implantação dos CGR nas regiões segundo percepção dos Coordenadores Regionais – Rio de Janeiro, 2011.	84
Figura 17 - Fatores que influenciaram a escolha do representante estadual nos CGR segundo percepção dos Coordenadores Regionais– Rio de Janeiro, 2011.	93
Figura 18 - Regularidade da participação dos representantes municipais nas reuniões do CGR no período de 2009 a 2011 segundo percepção dos Coordenadores Regionais– Rio de Janeiro, 2011.	95
Figura 19 - Qualidade da participação dos municípios nos CGR no período de 2009 a 2011 segundo percepção dos Coordenadores Regionais – Rio de Janeiro, 2011.	95
Figura 20- Participação de outros atores nas reuniões dos CGR, além de seus integrantes formais, no período de 2009 a 2011 segundo percepção dos Coordenadores Regionais– Rio de Janeiro, 2011.	96
Figura 21 - Principais motivos de conflito intergovernamental nos CGR no período de 2009 a 2011 segundo percepção dos Coordenadores Regionais – Rio de Janeiro, 2011.	98
Figura 22- Principais campos da atenção à saúde discutidos nas reuniões dos CGR segundo percepção dos Coordenadores Regionais no período de 2009 a 2011– Rio de Janeiro, 2011.	99

Figura 23 - Principais atores que influenciaram na definição da pauta de discussão dos CGR no período de 2009 a 2011 segundo percepção dos Coordenadores Regionais – Rio de Janeiro, 2011.	100
Figura 24 - Fatores que influenciaram a pauta de discussão dos CGR no período de 2009 a 2011 segundo percepção dos Coordenadores Regionais– Rio de Janeiro, 2011.	101
Figura 25 - Atores que influenciaram o processo decisório nos CGR no período de 2009 a 2011 segundo percepção dos Coordenadores Regionais – Rio de Janeiro, 2011.	102
Figura 26 - Relação predominante entre municípios nos CGR no período de 2009 a 2011 segundo percepção dos Coordenadores Regionais – Rio de Janeiro, 2011.	102
Figura 27 - Relação predominante entre municípios e estado nos CGR no período de 2009 a 2011 segundo percepção dos Coordenadores Regionais – Rio de Janeiro, 2011.	103
Figura 28 - Evolução da constituição dos Colegiados de Gestão Regional nos anos de 2006, 2007 e 2008. Situação em dezembro de cada ano.	111

LISTA DE SIGLAS

AIS- Ações Integradas de Saúde

CGR- Colegiado de Gestão Regional

CIB- Comissão Intergestores Bipartite

CIMS- Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde

CIPLAN- Comissão Interministerial de Planejamento

CIS- Comissão Interinstitucional de Saúde

CIT- Comissão Intergestores Tripartite

CONASEMS- Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde

CONASP- Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária

CONASS- Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde

CONLESTE- Consórcio Intermunicipal de Desenvolvimento da Região Leste Fluminense

COSEMS- Conselho de Secretário Municipais de Saúde

CRIS- Comissão Regional Interinstitucional de Saúde

GOP- Grupo Operacional Provisório

INAMPS- Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

MPAS- Ministério da Previdência e Assistência Social

NDVS- Núcleo Descentralizado de Vigilância em Saúde

NIDE- Núcleo de Integração e Desenvolvimento Estratégico

NOAS- Norma Operacional de Assistência à Saúde

NOB- Norma Operacional Básica

PAIS- Programa de Ações Integradas de Saúde

PDI- Plano Diretor de Investimentos

PDR- Plano Diretor de Regionalização

PES- Plano Estadual de Saúde

POI- Programação e Orçamentação Integradas

PPI- Programação Pactuada Integrada

SES- Secretaria Estadual de Saúde

SUDS- Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS- Sistema Único de Saúde

INTRODUÇÃO

A regionalização, enquanto processo de organização territorial do sistema de saúde, esteve presente nos principais documentos que fundamentaram legalmente e orientaram a construção do SUS.

De acordo com a Constituição Federal de 1988 (Art.198):

As ações e serviços de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as diretrizes de descentralização, atendimento integral e participação da comunidade¹.

Dessa forma, é prevista constitucionalmente a articulação entre as diretrizes da regionalização e descentralização para a conformação do sistema de saúde. Entretanto, a experiência brasileira indica que essas diretrizes não operaram conjuntamente ao longo dos anos, gerando fragmentação das ações e serviços de saúde e enormes desigualdades regionais².

Esse quadro foi acentuado devido ao processo de descentralização conduzido no país na década de 90, com ênfase na municipalização e menor destaque para a regionalização. Nesse contexto, os municípios assumiram maiores responsabilidades na provisão e organização de sistemas municipais não tendo sido claramente definidos o papel dos governos estaduais e das instâncias regionais³.

Em outros países, tais como, Inglaterra, Itália, Alemanha, Espanha e Canadá, a descentralização articulou-se a processos de planejamento que possibilitaram a organização de redes regionalizadas de serviços, associadas à criação e fortalecimento de autoridades sanitárias regionais. Tais experiências sugerem que foram conferidas atribuições limitadas aos governos locais, enquanto os níveis regionais (em alguns casos os próprios estados) tornaram-se os principais responsáveis pelo planejamento e gestão de sistemas de saúde⁴.

Todavia, no Brasil, a regionalização retorna à agenda governamental em 2001 por meio da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS 01/2001)⁵. A NOAS deu destaque ao planejamento e organização regional do sistema de saúde com vistas a promover maior equidade na alocação dos recursos e no acesso da população às ações e

serviços de saúde em todos os níveis de atenção. Entretanto, o caráter excessivamente técnico e normativo da proposta comprometeu sua adequação às diversas realidades loco - regionais e políticas.

Em 2006, é firmado o Pacto pela Saúde, constituído por três dimensões, entre elas o Pacto de Gestão, cujo eixo estruturante é a regionalização. Na perspectiva do Pacto pela Saúde, a regionalização do sistema de saúde, em oposição a uma concepção estritamente técnica, está relacionada ao fortalecimento da pactuação política entre os entes federados. Essa abordagem é inovadora em relação à NOAS, pois traz em seu bojo a importância do fortalecimento das relações intergovernamentais na condução regional do sistema de saúde.

Tendo em vista os conflitos de ordem federativa e a trajetória do processo de descentralização no país, compreende-se que a consolidação da regionalização depende de negociações e modificações nas práticas de planejamento e gestão do sistema.

O marco normativo do SUS propõe a adoção de instrumentos direcionados para o planejamento regional, tais como o Plano Diretor de Regionalização e o Plano Diretor de Investimentos. O Pacto também prevê a criação de mecanismos de articulação intergovernamental, denominados Colegiados de Gestão Regional (CGR)¹, dos quais participam representantes do gestor estadual e todos os gestores municipais que compõem uma região de saúde.

Nesse estudo, compreende-se a regionalização como um processo político que envolve mudanças na distribuição de poder e o estabelecimento de um sistema de inter-relações entre diferentes atores sociais (governos, agentes, organizações, cidadãos) no espaço geográfico. Inclui, ainda, a criação de novos mecanismos e instrumentos de planejamento, integração, gestão, regulação e financiamento de uma rede de ações e serviços de saúde no território⁶.

Partindo dessa concepção política da regionalização, o estudo teve como foco a implementação dos Colegiados de Gestão Regional no estado do Rio de Janeiro. Pretendeu-se identificar os limites e potencialidades desses espaços de negociação e pactuação entre os entes para a consolidação de uma identidade regional e fortalecimento da regionalização na saúde.

A escolha por esta temática está relacionada às reflexões da autora durante sua pós-graduação em Saúde Coletiva, através da qual teve oportunidade de realizar

estágios na Secretaria Municipal e Estadual de Saúde do Rio de Janeiro. Nesse período, surgiram questionamentos acerca da atuação e esforços desses órgãos na construção de uma rede assistencial mais articulada e integrada, a qual viabilizasse o acesso dos usuários às ações e serviços adequados às suas necessidades. Outra questão instigante para a autora também estava relacionada aos aspectos político-institucionais, culturais e históricos que condicionavam e particularizavam a construção de uma rede de atenção à saúde regionalizada no estado do Rio de Janeiro.

Alguns estados do Brasil, já avançaram no processo de regionalização e na implementação dos CGR, no entanto, no estado do Rio de Janeiro, a organização de uma rede de atenção regionalizada se apresenta como uma tarefa bastante complexa e desafiadora.

A implementação dos CGR foi iniciada recentemente nesse estado, não tendo sido, até o momento, objeto de pesquisas mais aprofundadas. Considera-se, dessa forma, fundamental o estudo dessas instâncias em sua fase inicial de implantação, a fim de que sejam elaboradas propostas que contribuam tanto para a superação das dificuldades, quanto para o fortalecimento das oportunidades e ações bem sucedidas.

Algumas questões nortearam a investigação: Qual tem sido o papel desempenhado pela Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro e outras instâncias colegiadas do SUS no processo de implantação dos CGR no estado? Como tem se dado o funcionamento dos CGR? Em que medida os CGR têm contribuído para o fortalecimento do processo de planejamento e co-gestão regional? Quais são as especificidades históricas e políticas do estado do Rio de Janeiro que influenciam o processo de regionalização e particularmente a implementação dos CGR?

Tais questões orientaram o desenvolvimento desta investigação.

O presente trabalho se inseriu em um projeto de pesquisa intitulado “Avaliação do processo de regionalização do Sistema Único de Saúde no estado do Rio de Janeiro”, inscrito no Programa “Jovem Cientista do Nosso Estado” da Fundação de Amparo à Pesquisa do estado do Rio de Janeiro (FAPERJ) e coordenado pela pesquisadora Luciana Dias de Lima.

Este estudo também integrou o grupo de pesquisa “Estado, Proteção Social e Políticas de Saúde” da Escola Nacional de Saúde Pública, especificamente no que se

refere à linha “Formulação e Implementação de Políticas Públicas e Gestão de Sistemas de Saúde”.

ⁱ Através do Decreto Presidencial 7.508 de 28 de junho de 2011, os CGR passam a ser denominados Comissões Intergestores Regionais (CIR), as quais têm como função pactuar a organização e o funcionamento das ações e serviços de saúde integrados em redes de atenção no âmbito regional.

1 REGIONALIZAÇÃO E RELAÇÕES INTERGOVERNAMENTAIS NA POLÍTICA DE SAÚDE

1.1 A regionalização no contexto do SUS e as mudanças relacionadas ao Pacto pela Saúde

Desde o início dos anos 1990, a descentralização foi uma das estratégias utilizadas para a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, por meio da transferência de responsabilidades e recursos financeiros do Ministério da Saúde para os governos estaduais e, principalmente, para os municípios. A descentralização adquiriu força no país em um contexto nacional de redemocratização e de reforma do Estado, no qual os municípios passam a ser caracterizados como entes federativos autônomos, ampliando seus poderes legislativos, administrativos e tributários.

Entretanto, a despeito dos avanços obtidos com a descentralização no tocante à ampliação da rede assistencial e à participação de novos atores que dão sustentabilidade à política de saúde, ainda persistem graves problemas relativos à iniquidade no acesso e à qualidade da atenção que comprometem a legitimidade do SUS junto à população. É necessário superar os desafios relacionados à fragmentação resultantes de um processo de descentralização que levou à organização de sistemas municipais isolados.

Sobre esse aspecto, Mendes & Pestana⁷ ressaltam que as normas e instrumentos emitidos pelo governo federal a partir da Constituição de 1988 favoreceram a expansão dos serviços municipais de saúde devido ao modelo de transferência de recursos adotado, no qual os repasses efetivados pelo Ministério da Saúde estavam vinculados à remuneração da produção realizada pelos serviços sob gestão das esferas locais. De acordo com os autores, esse incentivo implícito aplicado à realidade federativa brasileira onde 75% dos municípios têm menos de 20 mil habitantes, teve como efeito um processo de “*municipalização autárquica*”.

A impossibilidade de todos os municípios constituírem em seu território político-administrativo uma rede de atenção integral, dada as variações de porte populacional e capacidade administrativa e financeira entre eles, acabou por gerar fragmentação, baixa qualidade dos serviços e descontinuidade do cuidado à saúde.

O privilégio da estratégia de descentralização para os municípios sem considerar a importância do planejamento regional e do papel das secretarias estaduais de saúde não favoreceu a organização de redes de ações e serviços de saúde entre municípios e a garantia da atenção à saúde em todos os níveis de complexidade do sistema⁸.

O modelo de descentralização adotado no Brasil também comprometeu o planejamento do sistema de saúde, tornando-o uma prática isolada de cada município e privando-o de uma perspectiva regional mais ampla, ainda que experiências e tentativas de articulação entre os municípios pudessem ser observadas na segunda metade da década de 90 com maior ou menor ênfase em vários estados do país⁹.

Kuschnir¹⁰ ressalta que a municipalização teve como consequência a perda da base territorial e populacional para a consolidação de regiões de saúde, ao desconsiderar a escala e reforçar a noção de “cada município por si”.

Destaca-se, dessa forma, que as diretrizes da descentralização e regionalização não foram conduzidas de forma articulada ao longo da implantação do SUS, a despeito de a regionalização estar presente na Carta Constitucional de 1988 e na Lei nº 8.080/90. Em conformidade com o arcabouço legal do SUS, a atuação conjunta dessas diretrizes deveria permitir que a responsabilidade pela organização do sistema de saúde ultrapassasse o âmbito local e se constituísse a nível regional.

Um maior enfoque na estratégia de regionalização só foi possível a partir dos anos 2000, com a edição da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS-SUS nas versões 01/2001 e 01/2002)^{5,11}. A NOAS enfatizou o processo de regionalização do SUS como estratégia fundamental para a ampliação do acesso às ações e serviços de saúde, baseada, sobretudo, na distribuição e organização dos serviços no território. Segundo Viana *et al*¹² a NOAS não trouxe avanços significativos para a adequação regional dos processos de descentralização em curso, ante a excessiva normatividade técnica, porém houve um estímulo ao planejamento regional no âmbito dos estados, com a instituição do Plano Diretor de Regionalização (PDR)¹³.

Em 2006, é firmado o Pacto pela Saúde, compreendido como um acordo assumido entre os gestores responsáveis pela implementação do SUS nas diferentes esferas de governo com o objetivo de estabelecer novas estratégias na gestão, no planejamento e no financiamento do sistema¹⁴.

Mas quais os elementos trazidos pelo Pacto pela Saúde para o avanço da regionalização?

O Pacto pela Saúde é formado por três dimensões, entre elas, o Pacto de Gestão, cujo eixo estruturante é a regionalização. Conforme o documento, a diretriz deve orientar o processo de identificação e construção de regiões de saúde, nas quais as ações

e serviços devem ser organizados de forma a garantir o direito da população à saúde e a potencializar os processos de planejamento, negociação e pactuação entre os gestores¹⁴.

As Regiões de Saúde são recortes territoriais inseridos em um espaço geográfico contínuo, identificadas pelos gestores municipais e estaduais a partir de identidades culturais, econômicas e sociais, de redes de comunicação e infra-estrutura de transportes compartilhados no território. Nessas regiões, as ações e serviços devem ser organizados com o objetivo de atender às demandas das populações dos municípios a elas vinculados, garantindo o acesso e a integralidade da atenção à saúde. Dessa forma, deve estar garantido o desenvolvimento da atenção básica da assistência e parte da média complexidade, assim como as ações básicas de vigilância em saúde¹⁵.

De acordo com o Pacto de Gestão, o processo de regionalização tem como finalidade a garantia do acesso, resolutividade e qualidade às ações e serviços de saúde cuja complexidade e contingente populacional transcendam a escala local/municipal; ampliação da visão dos problemas, associada à capacidade de diagnóstico e decisão loco-regional; racionalização dos gastos e otimização dos recursos, possibilitando ganho em escala nas ações e serviços de saúde de abrangência regional.

No Pacto de Gestão, foram mantidos os instrumentos de planejamento regional instituídos pela NOAS, como: o Plano Diretor de Regionalização (PDR), Plano Diretor de Investimentos (PDI), além da Programação Pactuada e Integrada da Atenção à Saúde (PPI), prevista na NOB-SUS 96¹⁶. O PDR deve expressar o desenho final do processo de identificação e reconhecimento das regiões de saúde, em suas diferentes formas, em cada estado e deve conter os desenhos das redes regionalizadas de atenção à saúde, em articulação com a PPI. Já o PDI deve expressar os recursos de investimentos para atender às necessidades pactuadas no processo de planejamento regional e estadual.

A necessidade de estados e municípios estarem habilitados em alguma forma de gestão para assumirem as responsabilidades e prerrogativas dentro do sistema é substituída, a partir do Pacto pela Saúde, pela assinatura dos Termos de Compromisso de Gestão. Essa estratégia diferencia-se pela proposição de acordos entre as diferentes esferas de governo a partir da formalização de compromissos assumidos perante outros gestores e à população sob sua responsabilidade. Esses compromissos compreendem responsabilidades sanitárias e de gestão e a pactuação de metas prioritárias dos Pactos pela Vida e de Gestão e de indicadores úteis para o monitoramento e avaliação dos compromissos assumidos¹⁴.

Entretanto, um ponto crítico dessa proposta, ressaltado por Machado, Baptista e Lima¹⁷ refere-se ao deslocamento entre a pactuação e um processo efetivo de planejamento. Segundo as autoras, a formalização de compromissos entre os gestores no âmbito do Pacto não necessariamente se respalda por um diagnóstico das reais condições dos governos subnacionais e da programação das ações e investimentos necessários para o cumprimento dos objetivos e metas propostas. Nesse sentido, a base para a elaboração desses compromissos passa a ser a confiança e a expectativa de solidariedade entre os gestores e não o planejamento regional.

Outro aspecto importante a ser considerado é que muitos dos acordos estabelecidos só possuem viabilidade em um território que ultrapassa os limites político-administrativos dos entes federativos e só podem ser concretizados em âmbito regional¹.

Dessa forma, os gestores assumem compromissos os quais não sabem se terão condições de cumprir, sendo necessária a elaboração de diagnósticos e planos que fundamentem seus acordos. Apesar dos pontos críticos supracitados, a proposta de regionalização apresentada pelo Pacto retoma essa temática a partir de uma perspectiva diferenciada em relação aos instrumentos que o antecederam.

Observa-se que tal proposta tem por base pressupostos que permitem uma maior adequação das práticas sanitárias a realidade de diferentes populações, exigindo que os gestores reconheçam e se apropriem das situações regionais e suas peculiaridades.

Além disso, a construção dessa diretriz pauta-se na negociação e pactuação entre os gestores, trazendo à tona a face política desse processo e o reconhecimento da participação de atores e instituições com poderes e interesses múltiplos.

Ibañez et al¹⁸ ressalta que com o Pacto, a regionalização deixa de ser um modelo definido a priori (como era proposto na NOAS) e passa a ser o resultado de uma pactuação entre gestores municipais, estaduais e, em alguns casos, o gestor federal, considerando as diversidades econômicas, culturais e sociais dos lugares. As regiões de saúde são, então, redefinidas como resultado de uma “regionalização viva”.

1.2 Instâncias federativas na política de saúde e seu papel na regionalização

A existência de mecanismos de gestão colegiada com participação de diferentes órgãos de governo remonta a um período anterior ao SUS. Estes surgiram em um

contexto, no qual se tentava buscar respostas e soluções para a crise econômica e novas estratégias para reorientar o setor saúde no Brasil.

Na década de 70, o Brasil vivenciou uma crise econômica, marcada pelas altas taxas de juros internacionais, os altos índices recessivos e inflacionários e a dívida externa brasileira crescente, além de um aumento na instabilidade social.

Em 1981, a crise da previdência tornou-se pública, evidenciada no grande déficit financeiro. Escorel¹⁹ destaca que um dos argumentos existentes à época para explicar a crise estava localizado na assistência médica previdenciária, na sua expansão e na falta de controle dos gastos realizados.

Durante os anos de 1981 e 1982, o governo federal tentou formular diferentes alternativas para lidar com a crise, entretanto, de todo o conjunto de medidas propostas, a única que alcançou razoável grau de consenso foi a de criação do Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP)ⁱⁱ, subordinado diretamente ao presidente da República²⁰.

De acordo com Cordeiro²¹, O CONASP deveria reorganizar a assistência médica, sugerir critérios para alocação de recursos no sistema de saúde, estabelecer mecanismos de controle de custos e reavaliar o financiamento de assistência médico-hospitalar.

Um dos produtos do CONASP foi o Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no Âmbito da Previdência Social, documento conhecido como 'Plano CONASP', o qual propunha: a recuperação operacional do setor público, o aumento da eficiência e da qualidade, a racionalização do sistema como estratégia para a redução de custos, a criação de instrumentos de gerenciamento para maior previsibilidade orçamentária, a extensão da cobertura aos trabalhadores rurais. Cordeiro²¹ ressalta que como estratégia de reorganização estabeleceu a regionalização e a hierarquização do sistema público com base em uma forma de articulação do setor originada pelos Convênios Trilaterais, que envolviam o INAMPS/MPAS, o Ministério da Saúde e Secretarias Estaduais de Saúde.

A partir do plano CONASP, foi implementado o Programa de Ações Integradas de Saúde (PAIS), posteriormente denominado AIS, com vistas a alcançar maior articulação institucional que possibilitasse a realização de ações mais eficientes.

De acordo com Lima²², as AIS obedeciam a quatro princípios para reorientação do setor saúde do país: descentralização administrativa, ampliação da cobertura, assistência planejada e qualificação dos serviços. As quatro estratégias objetivavam a estruturação de sistemas estaduais e municipais de saúde a partir da transferência dos recursos do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS/MPAS) para as secretarias conveniadas.

O primeiro período das AIS, de 1983 a 1984, foi marcado por limitações conjunturais, que diziam respeito aos efeitos da crise da previdência social e às fortes resistências dos prestadores privados de serviços médico-hospitalares e de suas articulações de poder existentes no âmbito do aparelho institucional da previdência social²⁰.

Em 1985, foram nomeados representantes do movimento sanitário para importantes cargos de direção no Ministério da Saúde e Ministério da Previdência e Assistência Social, favorecendo, assim, uma mudança no direcionamento dado até então à política nacional de saúde. Segundo Escorel¹⁹, as AIS, estratégia marginal do governo anterior, foi ratificada como estratégia de reorientação setorial e tornou-se a política do INAMPS. Essa prioridade refletiu-se tanto no orçamento do INAMPS para 1986, quanto na crescente adesão das prefeituras aos convênios AIS.

Com a finalidade de efetivar o modelo sistêmico proposto, foram formadas novas instâncias colegiadas de gestão, denominadas Comissões Interinstitucionais de Saúde (CIS) no âmbito estadual, Comissões Interinstitucionais Municipais de Saúde (CIMS) em nível municipal e Comissões Regionais Interinstitucionais de Saúde (CRIS) em nível regional, além do desenvolvimento de instrumentos de programação e orçamentação integradas (POI).

Bertone, Gevaerd e Cordoni Jr²³ ressaltam que anteriormente à implantação das AIS não havia nenhuma coordenação entre as várias instituições públicas existentes, como Ministério da Saúde, INAMPS/MPAS, Secretarias estaduais e municipais. Com a criação das AIS, inicia-se um processo, ainda incipiente de gestão colegiada, a partir da ativação da CIPLANⁱⁱⁱ e, posteriormente com a implantação das AIS nos estados, a criação das CIS, CRIS e CIMS.

Em relação ao POI, Lima e Viana⁹, destacam sua relevância para a integração dos recursos financeiros, humanos, físicos e materiais dos órgãos federais, estaduais e

municipais, vinculando a orçamentação ao acompanhamento e avaliação dos programas de saúde, a partir da elaboração de planos estaduais de saúde.

Dessa forma, essas instâncias tornaram-se fundamentais no que se refere à construção, aprovação e acompanhamento das metas definidas neste instrumento de programação e orçamentação. Enquanto fóruns de construção de novas relações de poder, possibilitaram que estados e municípios assumissem o papel de atores na política estadual e nacional de saúde²². Apesar dessa afirmação, um maior fortalecimento das negociações políticas só foi possível no período seguinte, caracterizado pela criação dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde – SUDS.

Em julho de 1987, foi aprovado o decreto que criou os SUDS, que, segundo Lucchese²⁴, também tinha como objetivos a descentralização do sistema de saúde, a valorização do setor público na execução da política de saúde, a participação da população e dos profissionais de saúde na gestão e controle orçamentário, e a priorização de contratos com serviços filantrópicos de forma complementar à atenção prestada por serviços próprios, tendo por base o direito público e qualidade dos serviços. Tal sistema reforçava a utilização da POI, já que priorizava o uso dos instrumentos de planejamento na administração de serviços para uma alocação mais equânime dos recursos.

Noronha & Levcovitz²⁰ argumentam que foram transferidos às Secretarias Estaduais de Saúde, o poder e as atividades técnico-administrativas centrais das Superintendências Regionais do INAMPS, apontando para uma estratégia de estadualização da gestão de serviços de saúde, seja pela transferência de funções federais, seja pelo destaque dado às CIS.

Segundo Lima²², as CIS, presididas e coordenadas pelos estados, continuaram funcionando no período SUDS e foram fortalecidas politicamente com o aprofundamento das atribuições de planejamento e acompanhamento do sistema.

Tais instâncias instituídas no contexto pré-SUS representaram uma importante experiência de integração institucional, dada a fragmentação e separação das ações de saúde pública e previdenciária observada durante o regime militar. Elas também contribuíram para um fortalecimento das relações entre as esferas subnacionais, principalmente no âmbito estadual, possibilitando uma gradativa descentralização administrativa e a transferência de recursos para estados e municípios, em contraponto à forte centralização que marcou o período ditatorial. Entretanto, não foi identificada na

literatura nenhuma referência à atuação dessas instâncias no que se refere à instituição de processos de planejamento e gestão regional.

Com a promulgação da Constituição Federal de 1988¹ e da Lei Orgânica da Saúde (Lei n.8.080, de 19 de setembro de 1990, complementada pela Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990)^{25, 26}, novas relações e arranjos foram estabelecidos entre as esferas de governo.

Uma inflexão importante ocorrida nesse contexto refere-se à diretriz da descentralização político-administrativa, presente entre os princípios e diretrizes definidos na Lei Orgânica da Saúde^{iv}. Esse tipo de descentralização abrange não apenas a transferência da gestão de serviços públicos para as esferas subnacionais, como também, o poder decisório e a responsabilidade na formulação e implementação de políticas, no financiamento e controle da rede assistencial e sobre o conjunto de prestadores privados.

Levcovitz, Lima & Machado²⁷ ressaltam que a década de 90 testemunhou a passagem de um sistema extremamente centralizado do ponto de vista político, administrativo e financeiro para um cenário em que milhares de gestores passaram a se constituir atores fundamentais no campo da saúde.

Destaca-se que processos de centralização e descentralização de políticas governamentais entre entes federativos, implicam o deslocamento consentido de modalidades e gradientes de poder e autonomia no âmbito institucional, pressupondo a necessidade de acordos políticos formais entre as partes envolvidas²⁸.

Dessa forma, a descentralização de políticas governamentais em países com sistemas federais exigem, segundo Abrucio²⁹, um processo negociado e extenso de compartilhamento de decisões e responsabilidades. Esse processo de negociação e compartilhamento torna-se ainda mais complexo no caso brasileiro^v, em que há um número elevado de municípios, muitos deles com menos de 10.000 habitantes.

Além disso, vale ressaltar que o sistema público de saúde instaurado no país, de caráter universal e igualitário, embora seja caracterizado por uma proposta fortemente descentralizadora, também é orientado pelas diretrizes da integralidade, hierarquização e regionalização. Essa configuração suscita reflexões acerca das possibilidades de conduzir arranjos, ao mesmo tempo, descentralizados e cooperativos, já que nem

sempre a conformação de um sistema integral de saúde coincide com os limites territoriais dos entes subnacionais.

Em relação a esse aspecto, Viana, Lima & Oliveira³⁰ destaca que a descentralização associada à diretriz da gestão única resulta na conformação de sistemas municipais e estaduais, entretanto, a integralidade e a hierarquização induzem à formação de outros arranjos, como consequência da relação intergestores.

Tendo em vista a necessidade de conciliar as características do sistema federativo brasileiro e as diretrizes do SUS, foram criadas na área da saúde as comissões intergestores, com o intuito de propiciar o debate e a negociação entre as três esferas de governo no processo de formulação e implementação da política de saúde³¹.

De abrangência nacional, a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) foi criada em julho de 1991, através da portaria ministerial n.1.180, em conformidade com a recomendação do Conselho Nacional de Saúde. É constituída paritariamente por representantes do Ministério da Saúde, representantes dos secretários estaduais de saúde indicados pelo Conass^{vi} e dos secretários municipais de Saúde indicados pelo Conasems.

Noronha, Lima & Machado³¹ ressaltam que ao longo da década de 90, a CIT se consolidou como canal importante de debate sobre temas relevantes, promovendo a participação de estados e municípios na formulação da política nacional de saúde e incentivando a interação permanente entre gestores do SUS das diversas esferas de governo e unidades da federação. A dinâmica de funcionamento dessa instância de negociação tem possibilitado o reconhecimento das demandas e conflitos comuns aos três níveis de governo no que tange à implementação das diretrizes nacionais, favorecendo a construção de acordos governamentais e o amadurecimento político dos gestores do SUS.

Posteriormente, com a publicação da Norma Operacional Básica de 1993 (NOB 93)^{vii}, foram instituídas as Comissões Intergestores Bipartite (CIB) em âmbito estadual. Tais instâncias são conformadas paritariamente por representantes do governo estadual indicados pelo Secretário de Estado de Saúde e representantes dos secretários municipais de saúde indicados pelo Conselho de Secretários Municipais de Saúde (Cosems) de cada estado. De acordo com a NOB 93, a CIB é considerada uma instância

privilegiada de negociações e decisão quanto aos aspectos operacionais do SUS, com ênfase no processo de descentralização no âmbito estadual.

Levcovitz, Lima & Machado²⁷ ressalta que com a criação das CIB, a coordenação do processo de descentralização nos estados não se constitui como atribuição exclusiva do governo estadual, já que em sua composição é prevista a participação da representação municipal, a qual em conjunto com o estado, é responsável por decisões de natureza alocativa, distributiva e operativa de serviços de saúde.

Em relação à dinâmica de funcionamento da CIT e das CIB e seu papel na regionalização, é necessário compreender, segundo Lima & Viana⁹, o momento político no qual essas instâncias estão inseridas. Como foi observado anteriormente, a descentralização foi a estratégia privilegiada para organização do sistema nos anos 90, e essa temática prevaleceu na agenda dessas instâncias ao longo da década mencionada.

Na CIT, os principais temas tratados diziam respeito às diretrizes e instrumentos de descentralização e mecanismos de transferência de recursos federais. Somente a partir do ano 2000, iniciou-se a discussão sobre a NOAS e a regionalização da assistência³².

Enquanto nas pautas de discussão das CIB, também predominou a temática da descentralização, incluindo, particularmente, o processo de habilitação às condições de gestão vigentes à época e o estabelecimento de tetos financeiros⁹.

Dessa forma, no contexto das NOB, as CIB possuíam um papel incipiente na regionalização, apesar de ao final desse período, já ser possível observar algumas experiências de negociação regional isoladas, através das CIB regionais. Com a edição da NOAS, os assuntos tratados nesses fóruns começam a incluir o tema da regionalização, através da discussão do plano de regionalização.

Em 2006 foram instituídos os Colegiados de Gestão Regional através do Pacto pela Saúde. Essas novas instâncias de negociação intergovernamental configuram-se como espaços permanentes de negociação, com regras próprias e funcionamento estável, formados pela representação do estado e do conjunto de municípios nas regiões, dando oportunidade para que os diferentes interesses regionais sejam manifestados e organizados naquele território¹⁵.

De acordo com Viana *et al*⁶, os 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 os autores denominam “vazio” de governança regional.

Mas de que maneira essas instâncias poderão preencher esse espaço regional pouco enfatizado em políticas anteriores?

Ainda que em alguns estados fosse possível identificar estratégias de integração e articulação em âmbito regional anteriores ao Pacto pela Saúde, tais quais as CIB Regionais e os Consórcios, essas experiências não se configuraram como uma política nacional disseminada em todo o território brasileiro, como no caso dos CGR. Assim, a implantação desse fórum em todos os estados do Brasil sugere uma organização do sistema de saúde em âmbito regional, através da negociação entre os entes governamentais.

Destaca-se, dessa forma, a possibilidade de considerar as especificidades das regiões no processo de planejamento, através da identificação dos problemas e prioridades e de propostas de soluções mais adequadas a cada realidade regional.

Além disso, espera-se que no âmbito dos CGR seja possível dar maior visibilidade à diversidade de atores e instituições governamentais e não governamentais que influenciam os processos políticos e definem os rumos das políticas de saúde nas regiões.

A potencialidade dessas instâncias em promover ou fortalecer práticas de planejamento regional associada ao reconhecimento dos diversos atores pertencentes ao cenário político das regiões sinaliza uma oportunidade de valorização do espaço regional como lócus de formulação e implementação de políticas.

Entre as atribuições do CGR estabelecidas na Portaria GM/MS nº 399/2006¹⁴ estão, a instituição do processo de planejamento regional, que define as prioridades, as responsabilidades de cada ente, as bases para a PPI, o desenho do processo regulatório, as estratégias de qualificação do controle social, as linhas de investimento e o apoio para o processo de planejamento local.

Os primeiros CGR foram constituídos ainda em 2006, em estados da Região Centro-oeste e Sul. As demais regiões constituíram a partir de 2007¹⁵. Conforme mostra

o Quadro 1, o número de CGR constituídos aumentou gradativamente ao longo dos anos, desde a edição do Pacto pela Saúde, alcançando em 2010 um total de 415 CGR em todo o Brasil³³.

Quadro 1- Número de CGR constituídos e informados à CIT por macrorregião - Brasil, 2006 a 2010.

Regiões	2006	2007	2008	2009	2010
Centro-Oeste	16	35	35	35	33
Norte	–	15	21	43	53
Sul	22	56	56	57	57
Nordeste	–	59	93	115	117
Sudeste	–	139	147	156	155
Brasil	38	304	352	406	415

Fonte: CGPD/DAGD/SE/MS.

Destaca-se, que o contexto nacional do Pacto pela Saúde favoreceu mudanças na relação entre as CIB e a política de regionalização. Verificou-se que tanto a atuação das CIB se mostrou relevante para a regionalização, como os processos de regionalização têm levado a uma revisão do papel das CIB ao demandar novas atribuições e favorecer o maior dinamismo dos debates nessa instância³⁴.

As CIB estão sendo capazes de gerar mudanças de relacionamento entre os gestores, propor iniciativas e experiências de regionalização e formalizar compromissos intergovernamentais voltados para a solução de problemas loco-regionais. Por sua vez, a regionalização tem originado mudanças na organização e funcionamento das CIB^{viii}, nas relações entre os gestores e nos conteúdos das negociações, com destaque para o aumento de pautas regionais^{iv34}.

Dessa forma, percebe-se que os CGR e os incentivos à regionalização instituídos pelo Pacto pela Saúde estão viabilizando, além de um maior debate sobre a política de regionalização, modificações no papel e nas relações estabelecidas entre instâncias de negociação intergovernamental.

Entretanto, resta-nos compreender em que medida os CGR têm contribuído para o fortalecimento de práticas de planejamento regional e para a elaboração de políticas e instrumentos necessários para a conformação de sistemas de saúde regionalizados.

ⁱ Um exemplo fornecido por Kuschnir¹⁰ ilustra esse aspecto ao considerar o compromisso de municípios em relação ao aumento da cobertura de mamografias para 60%, conforme a meta estabelecida pelo Pacto pela Vida. Nesse caso, assim como em outros, não é imprescindível a formulação de um plano que defina as estratégias que possibilitarão alcançar a meta, sendo suficiente a declaração e a vontade de atingí-la,

mesmo quando o município não dispõe de ofertas de mamografia e depende de referências fora do seu território.

ⁱⁱ O CONASP, criado em 1981, como órgão do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), foi composto por técnicos de diferentes Ministérios e representantes da sociedade civil.

ⁱⁱⁱ A CIPLAN foi criada em 1980, como instância de articulação entre os Ministérios da Saúde e da Previdência e Assistência Social. Posteriormente, o Ministério da Educação também passou a integrar a comissão que desempenhou importante papel de coordenação na implantação dos convênios das AIS.

^{iv} Os principais princípios e diretrizes do SUS são: Universalidade no acesso e igualdade na assistência; Integralidade na assistência; Participação da comunidade e Descentralização, hierarquização e regionalização de ações e serviços de saúde.

^v A estrutura federativa do Estado Brasileiro é composta por três esferas de governo, incluindo os municípios, juntamente com estados e a União, como partes integrantes da federação e relativamente independentes em sua própria esfera de ação.

^{vi} Os secretários estaduais e os secretários municipais de Saúde criaram, na década de 80, órgãos colegiados nacionais para sua representação política junto às instâncias de governo federais e estaduais de formulação e gestão da política de saúde. São eles: o Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (Conass — 1982) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems — 1988).

^{vii} Nos anos 90, foram publicadas quatro normas operacionais básicas (NOB), de 1991, 1992, 1993 e 1996. Lima²² argumenta que as NOB foram criadas e adotadas como instrumentos jurídico-institucionais, tendo como objetivos: aprofundar e reorientar a implementação do SUS nos vários níveis do sistema, definir novos objetivos estratégicos, diretrizes e movimentos tático-operacionais, regular as relações entre seus gestores e normatizar e operacionalizar o SUS.

^{viii} As CIB vêm alterando suas formas de organização e operação, com impactos nas mudanças de regras e fluxos decisórios. Por exemplo, algumas CIB redirecionaram seus papéis nas questões de caráter regional, ao assumirem uma atuação mais complementar às instâncias regionais³⁴.

^{iv} As discussões realizadas nessas instâncias incluem, entre outros temas, os planos de regionalização, a pactuação de metas e a conformação dos Colegiados de Gestão Regional⁹.

2 DESENHO DO ESTUDO

2.1 Objetivos

Objetivo Geral

Analisar o processo de implantação dos Colegiados de Gestão Regional no estado do Rio de Janeiro no contexto do Pacto pela Saúde.

Objetivos específicos

1. Mapear os condicionantes históricos, estruturais e político-institucionais do processo de regionalização em saúde no estado do Rio de Janeiro e suas regiões.
2. Identificar o papel desempenhado pela Secretaria de Estado de Saúde e de instâncias colegiadas do SUS que atuam no plano estadual (Conselho de Secretários Municipais de Saúde, Comissão Intergestores Bipartite e Conselho Estadual de Saúde) no processo de implantação dos Colegiados de Gestão Regional.
3. Analisar a dinâmica de funcionamento e o conteúdo das negociações nos Colegiados de Gestão Regional e sua relação com outros mecanismos de articulação intergovernamental e gestão compartilhada do SUS em âmbito regional e estadual.
4. Discutir os limites e possibilidades dos Colegiados de Gestão Regional para o fortalecimento dos processos de planejamento regional e gestão intergovernamental do estado do Rio de Janeiro.

2.2 Marco teórico-metodológico

Tendo em vista a intenção de analisar o processo de implantação dos Colegiados de Gestão Regional no estado do Rio de Janeiro, esta pesquisa se fundamentou no campo de estudos de análise de políticas públicas.

Souza³⁵ define a política pública como o campo do conhecimento que busca, ao mesmo tempo, colocar o ‘governo em ação’ e/ou analisar essa ação (variável

independente) e, quando necessário, propor mudanças no rumo ou curso dessas ações (variável dependente).

Tal concepção de políticas públicas se aproxima dos propósitos deste estudo, devido ao seu enfoque na atuação do governo, entretanto, compreende-se que a construção de políticas públicas envolve diversos processos e atores, além dos governantes. Dessa forma, de acordo com Viana & Baptista³⁶, as políticas públicas expressam as orientações do Estado, envolvendo recursos, atores, arenas, idéias e negociação.

Souza³⁵ ressalta que apesar do reconhecimento de que outros segmentos que não os governos se envolvem na formulação de políticas públicas e no seu processo, tais como grupos de interesse e movimentos sociais, os governos mantêm sua capacidade de intervenção.

Vale destacar que a principal contribuição da análise de políticas públicas tem sido a de possibilitar maior transparência acerca do padrão político e decisório adotado pelos Estados³⁶.

A análise de políticas públicas desenvolveu uma abordagem denominada Ciclo da Política Pública, a qual compreende cinco grandes fases: o reconhecimento do problema, que corresponde à fase de entrada de um conflito na agenda política; a proposta de uma solução, que corresponde à fase de formulação da política; em seguida, a escolha por uma solução, que se refere à fase da tomada de decisão; o momento de pôr uma solução em andamento, o que equivale à fase de implementação; e, finalmente, o monitoramento de resultados ou fase de avaliação da política³⁶.

A vantagem desse método é permitir que uma fase seja estudada em profundidade, a partir do entendimento de que cada uma das etapas mencionada possui especificidades a serem exploradas com maior detalhamento.

A delimitação de uma agenda parte do reconhecimento de um problema como de relevância pública. Um modelo desenvolvido por John Kingdon, denominado *Multiple Streams Model* contribui para a análise de processos de mudança na agenda governamental. Tal modelo considera que um problema torna-se prioritário em algumas circunstâncias, como: quando mobiliza a ação política de grupos de interesse, quando constitui situação de crise ou quando representa uma situação de oportunidade³⁷.

O tema da regionalização reaparece na agenda do governo federal, traduzindo-se no Pacto pela Saúde, o qual considerou a regionalização da saúde como eixo estruturante e instituiu os Colegiados de Gestão Regional como um dos principais instrumentos de planejamento e gestão regional.

Da mesma forma que diversos fatores estão envolvidos na introdução desse tema na agenda federal, a inserção da regionalização nas agendas estaduais e municipais também foi motivada e influenciada por diferentes aspectos. Apesar de este estudo ter como enfoque a etapa da implementação, considerou-se importante compreender quais os fatores influenciaram a introdução da temática dos CGR na agenda estadual e municipal.

A fase de implementação da política é o momento em que uma determinada solução é colocada em prática, não devendo ser compreendida como uma fase administrativa da política. É neste momento que se descobre a real potencialidade de uma política, já que esta fase reúne novos atores e novos pactos, inseridos em um contexto diferente daquele no qual a política foi formulada.

De acordo com Viana & Baptista³⁶ na fase da implementação inicia-se um novo processo decisório, uma nova formulação da política, agora voltada para a sua aplicabilidade mais imediata e já não mais sujeita a intervenções ampliadas dos grupos sociais que sustentaram a proposta previamente aprovada.

Em cada estado o processo de implantação dos CGR reuniu diferentes atores com interesses e poderes distintos que conformaram processos particulares de construção dessa política. É importante ressaltar que a abordagem da Regionalização apresentada no Pacto pela Saúde permite que estados e municípios façam adequações conforme suas especificidades locais. A organização federativa do Brasil também reserva para as esferas subnacionais poderes e autonomia relativos que garantem sua participação na formulação e modificação de algumas políticas. Sob este ponto de vista, a implementação dos CGR no estado do Rio de Janeiro apresenta contornos específicos que expressam tanto aspectos mais gerais do estado ao qual pertencem, quanto aspectos próprios de cada região.

Tenta-se, dessa forma, superar a divisão institucionalizada entre aqueles que formulam e os que implementam a política e a visão de que a política é uma ‘propriedade’ dos formuladores situados no topo das organizações, como atores que têm

o controle do processo de formulação. A política passa por mudanças e adaptações ao se relacionar com um determinado contexto e com as organizações responsáveis por sua implementação.

Outro referencial teórico utilizado neste estudo foi a corrente do neo-institucionalismo, para a qual as instituições devem ser compreendidas de forma central nas análises relativas aos processos políticos e sociais.

Assim, torna-se necessário o reconhecimento das instituições envolvidas na implementação da política, por meio da identificação do conjunto de atores, suas regras político-institucionais e o contexto sócio-econômico e político no qual a política se insere. Esses aspectos conformam os fatores que explicam a forma como a política será conduzida no interior das instituições.

Pretendeu-se, desse modo, conhecer quais os fatores mais gerais do estado e particulares das regiões que influenciam a implementação dos CGR no estado do Rio de Janeiro.

Para os neo-institucionalistas não é possível estabelecer grandes postulados definitivos ou teorias gerais, mas apenas teorias de médio alcance baseadas em afirmações provisórias a serem testadas e alteradas a partir da realização de estudos históricos. Dessa forma, é fundamental a incorporação das especificidades de cada situação histórica nas análises³⁸.

Marques³⁸ destaca que o enfoque em variáveis de nível intermediário possibilita dar conta da variação histórica e conjuntural dos fenômenos, rejeitando enfoques deterministas presentes em teorias globalizantes como o marxismo, a teoria sistêmica e o funcionalismo. Assim, grandes estruturas (como a luta de classe) são mediadas pelas instituições (partidos, sindicatos, etc) e ganham formas históricas específicas.

Hall citado por Thelen & Steinmo³⁹ define que as instituições incluem regras formais, procedimentos consentidos, práticas operacionais padronizadas que estruturam a relação entre os indivíduos nas várias unidades da política e da economia. Esta definição ampla inclui tanto regras formais como constrangimentos informais relacionados com códigos de comportamento e convenções em geral.

Com isso, a condução do processo de implantação dos CGR pelos atores, suas estratégias e projetos, será influenciada pelas regras normativas e construções cognitivas

integrantes das instituições. A corrente do neo-institucionalismo busca elucidar como as instituições moldam as estratégias políticas e influenciam os resultados da política⁴⁰.

O institucionalismo histórico e a escolha racional são duas vertentes do Neo-institucionalismo. As duas correntes, apesar de suas diferenças, compartilham uma mesma questão, que segundo Thelen & Steinmo³⁹, diz respeito a maneira como as instituições moldam as estratégias políticas e influenciam os resultados políticos.

De acordo com a vertente da escolha racional, as instituições representam constrangimentos à escolha estratégica, alterando o comportamento auto-interessado. Enquanto a vertente histórica, afirma que os agentes, na maior parte do tempo, tentam seguir as regras e normas sociais sem pensar sobre seus próprios interesses³⁸. Estes últimos não consideram as instituições como mais uma variável (como na escolha racional), mas sim como estruturante das estratégias dos atores, das suas metas e das situações políticas, deixando sua marca nas conseqüências da política³⁹.

A escolha pela vertente histórica se justifica pela compreensão de que as instituições não só estruturam as situações em que os atores se encontram, mas também alteram a conformação das preferências desses atores, a partir do reconhecimento de que as preferências são construídas no âmbito social e político.

No presente estudo, a corrente neo-institucionalista contribuiu para compreendermos como práticas de planejamento regional e estruturas regionalizadas instituídas previamente ao Pacto pela Saúde influenciam a implantação dos CGR e seu funcionamento.

Tal abordagem, em conjunto com a análise de políticas públicas, ofereceu o arcabouço teórico para a análise do processo de implantação dos CGR no âmbito do estado do Rio de Janeiro e de suas regiões.

2.3 Estratégias Metodológicas

Este estudo consistiu em uma pesquisa de abordagem eminentemente qualitativa desenvolvida por meio do estudo de caso da implantação dos Colegiados de Gestão Regional no estado do Rio de Janeiro.

De acordo com Yin⁴¹, o método de estudo de caso como estratégia da pesquisa social possibilita preservar aspectos importantes da vida real. A escolha por este método

deve ocorrer quando as perguntas centrais do estudo incluem “como” e “por que”, e quando são analisados acontecimentos contemporâneos sobre os quais não há, ou há pouco controle do pesquisador. Duas fontes de evidência muito comuns no estudo de caso são a observação direta e série sistêmica de entrevistas⁴¹.

No âmbito desta pesquisa, foi realizada uma revisão bibliográfica que possibilitou identificar alguns aspectos centrais da discussão sobre os temas referentes à regionalização e ao papel dos Colegiados de Gestão Regional no Pacto pela Saúde, bem como da trajetória da regionalização no estado do Rio de Janeiro. Outras estratégias metodológicas utilizadas neste trabalho incluem entrevistas e análise documental.

A análise dos documentos envolveu a legislação e normatizações federais e estaduais referentes à regionalização e à atuação dos CGR, planos e instrumentos de programação (Plano Estadual de Saúde, Plano Diretor de Regionalização, Plano Diretor de Investimentos, Programação Pactuada e Integrada), Regimento interno e atas.

As entrevistas foram realizadas com atores-chave envolvidos com a política estadual de saúde, com destaque para aqueles que participam da condução do processo de regionalização e também com atores municipais integrantes dos CGR nas regiões. Foram utilizados dois tipos de instrumentos: um roteiro semi-estruturado e outro estruturado (questionário com algumas questões abertas) (ANEXOS).

As entrevistas semi-estruturadas incluíram aspectos mais gerais relacionados à condução do processo de implantação dos CGR no estado, enquanto as entrevistas estruturadas abordaram aspectos particulares no que tange ao estabelecimento e modos de operação dos Colegiados nas regiões. As entrevistas semi-estruturadas foram realizadas com os responsáveis pela regionalização da SES-RJⁱ e com a Diretoria do COSEMSⁱⁱ, composta pelo Presidente e Vice Presidente, Secretária Geral, Secretária Extraordinária de Sistemas, Secretária Extraordinária de Redes de Serviços de Saúde, Secretária Extraordinária de Gestão e Planejamento e Secretário Extraordinário de Regionalização. Foram realizadas oito entrevistas, quatro com os representantes da SES e quatro com os representantes do COSEMS.

As entrevistas estruturadas foram realizadas com os Coordenadores Regionais dos CGR em cada região, totalizando dez entrevistas. Todos os Coordenadores Regionais são funcionários da SES, apresentando, entretanto, vínculos e trajetórias profissionais diversas no estado. Vale destacar que alguns coordenadores já haviam

atuado em estruturas de gestão regional da SES, como os Núcleos Descentralizados de Vigilância em Saúde (NDVS) e as Centrais Regionais de Regulação. Houve casos, também, de coordenadores que já atuaram na gestão municipal, inclusive como Secretários Municipais de Saúde.

As entrevistas semi-estruturadas foram transcritas e procedeu-se sua análise a partir de uma leitura geral e de aproximações sucessivas. Identificaram-se os elementos mais recorrentes e relevantes a partir da visão dos representantes da SES e do COSEMS, organizando-os por temas relacionados às dimensões e sub-dimensões da matriz de referência apresentada abaixo. Em seguida, verificou-se a existência de convergências e divergências entre os entrevistados.

Para a análise dos questionáriosⁱⁱⁱ, foi construído um banco de dados por meio do Software SPSS e realizada uma análise descritiva simples das informações agregadas, a partir das quais foram elaboradas tabelas e gráficos. As informações obtidas por meio dos questionários expressaram a visão dos Coordenadores Regionais. Tal estratégia configurou-se, nesse estudo, como mais uma opção metodológica para apreensão do evento qualitativo em questão: o processo de implantação dos CGR.

Pereira⁴², em relação a esse aspecto, destaca que o dado qualitativo é uma forma de quantificação do evento qualitativo que normatiza e confere um caráter objetivo à observação. O autor distingue essa opção metodológica da chamada pesquisa qualitativa, a qual também se ocupa da investigação de eventos qualitativos, porém com referenciais teóricos menos restritivos e com maior oportunidade de manifestação para a subjetividade dos pesquisados. Dessa forma, além do questionário, que possibilitou apreender as características mais objetivas do evento qualitativo observado, utilizaram-se a entrevista semi-estruturada e os distintos documentos, os quais conferiram maior flexibilidade e subjetividade às análises realizadas.

Ainda em relação às entrevistas semi-estruturadas e estruturadas, vale ressaltar seu papel central no processo de análise e elaboração dos resultados. As outras fontes utilizadas, como documentos legais e normativos, planos, Regimento Interno dos CGR e atas assumiram um papel periférico e complementar às entrevistas e viabilizaram um maior aprofundamento das informações obtidas por meio destas.

Incluiu-se, também, uma análise quantitativa e descritiva dos condicionantes estruturais da região, contemplando informações de caráter sócio-econômico e do sistema de saúde, a partir de dados secundários.

O quadro 2 foi construído com base no referencial teórico do institucionalismo histórico e do método de análise da política públicas e sistematiza as dimensões e sub-dimensões de análise da pesquisa, bem como as variáveis que nortearam a coleta de informações, construção dos roteiros de entrevista e análise documental. Tal matriz de referência conta com quatro dimensões: indução e implantação inicial dos CGR, institucionalidade dos CGR, conteúdos das relações intergovernamentais e capacidade de atuação dos CGR.

Quadro 2- Matriz de referência para coleta e análise de informações da pesquisa.

Dimensões	Sub-dimensões	Variáveis	Fontes
Indução e Implantação Inicial do CGR	O CGR na agenda governamental	_ Fatores que influenciaram a introdução da temática na agenda estadual e municipal _ Prioridade da temática na agenda	Entrevistas semi-estruturada e estruturada
	Atores envolvidos	_ Papel da Secretaria Estadual de Saúde, Conselho Municipal de Secretários de Saúde, (COSEMS), Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e Conselho Estadual de Saúde (CES) no processo de implementação do CGR	Entrevistas semi-estruturada e estruturada
	Estratégias e incentivos utilizados para a implementação	_ Tipos de incentivos e estratégias para indução da implantação (financeiro, profissional...)	Entrevistas semi-estruturada e estruturada
Institucionalidade do CGR	Histórico da Regionalização	_ Existência de estruturas regionais constituídas previamente ao Pacto pela Saúde _ Práticas pré-existentes de planejamento e negociações regionais	Entrevistas semi-estruturada e estruturada
	Organização e Funcionamento do CGR	_ Tempo e tipos de instrumentos legais ou normativos de implantação do CGR no estado _ Número, periodicidade e regularidade das reuniões _ Existência e papel da Secretaria Executiva e do coordenador do CGR _ Presença e atuação de estruturas técnico-políticas (ex: Câmara técnica e Grupos de Trabalho) _ Existência e data da última atualização do Regimento Interno _ Existência de uma agenda regular de reuniões _ Existência e papel de Comissão de Integração Ensino-Serviço (CIES) _ Existência de sede própria do CGR (espaço físico para as reuniões) e tipos de recursos disponíveis (financeiros, materiais e humanos) _ Mecanismos utilizados para divulgação do calendário, convocações e pautas das reuniões _ Mecanismos utilizados para sistematização das discussões e divulgação dos acordos intergovernamentais	Entrevistas estruturada / Análise Documental (Regimento Interno e Atas)
	Adequação e Representatividade Regional do CGR	_ Critérios utilizados para definição da abrangência e recorte regional do CGR (condições sócio-econômicas, perfil do sistema de saúde, identidades culturais, fluxos assistenciais, área de influência de cidades, infra-estrutura viária e de serviços) _ Perfil dos integrantes dos CGR _ Rotatividade dos integrantes do CGR _ Existência de quórum para realização das reuniões _ Regularidade da participação dos gestores municipais de saúde e do representante estadual de saúde _ Modos e critérios para a escolha do representante estadual, Coordenador e/ou Secretário Executivo do CGR _ Participação de outros atores de importância para a região, como prestadores de serviços públicos ou privados e organizações colegiadas	Entrevistas estruturada / Análise Documental (Regimento Interno e Atas)

Processo político e padrões de relacionamento do CGR	Principais influências na definição da pauta	<ul style="list-style-type: none"> _ Formas de definição da pauta (quem define a pauta; critérios utilizados e principais influência na definição da pauta) 	Entrevista estruturada
	Temática predominante	<ul style="list-style-type: none"> _ Principais temas abordados _ Campos da atenção à saúde envolvidos na discussão (assistência à saúde; vigilância epidemiológica; vigilância sanitária; desenvolvimento; produção e regulação de insumos para a saúde; formação e gestão de recursos humanos, promoção da saúde e articulação intersetorial) _ Prioridade dada aos temas/metapas do Pacto pela Vida 	Entrevista estruturada / Análise Documental (Atas)
	Natureza e tipos de relações intergovernamentais no CGR	<ul style="list-style-type: none"> _ Existência e tipos de estratégias de articulação/coordenação federativa (ex: mecanismos e instrumentos para preparação das reuniões, para repartição de responsabilidades, para processamento de impasses, para negociação política e estabelecimento de acordos) _ Tipos de relações entre os membros do CGR (técnico-políticas, político-partidárias, pessoais, corporativas) _ Principais motivos de conflito entre os municípios (divergências políticas, econômico-financeiro, técnicas, etc) _ Principais temas de consenso _ Caráter das reuniões (informativo, consultivo, deliberativo) 	Entrevista estruturada / Análise Documental (Atas)
	Relações do CGR com outras instâncias colegiadas e de gestão regional	<ul style="list-style-type: none"> _ Existência, regularidade e tipos de relações estabelecidas entre o CGR e as instâncias colegiadas (Consórcios, CIB, COSEMS e Conselhos de Saúde) _ Existência, regularidade e tipos de relações estabelecidas entre o CGR e estruturas de gestão regional da SES _ Existência de estratégias de articulação, sobreposição ou complementaridade de funções, conflitos e convergência 	Entrevistas semi-estruturada e estruturada
Capacidade de atuação do CGR	Planejamento regional	<ul style="list-style-type: none"> _ Existência de um enfoque regional no diagnóstico e elaboração de propostas _ Definição de prioridades e metas para a região _ Definição das responsabilidades de cada ente na região 	Entrevista estruturada
	Gestão Intergovernamental	<ul style="list-style-type: none"> _ Atualização e acompanhamento da PPI na região _ Existência de estratégias e instrumentos de regulação da atenção à saúde em âmbito regional _ Existência de estratégias e instrumentos de financiamento em âmbito regional _ Existência de estratégias e instrumentos para formalização e monitoramento dos acordos intergovernamentais 	Entrevista estruturada

Fonte: Elaboração da autora, 2010.

ⁱ Os representantes da SES entrevistados foram: Subsecretária, Chefe da Assessoria de Integração Regional, Chefe da Assessoria de Acompanhamento do Pacto pela Saúde, Chefe da Assessoria de Planejamento.

ⁱⁱ Os representantes do COSEMS entrevistados foram: Presidente, Tesoureira, Secretário Extraordinário de Acompanhamento dos Programas de Saúde, Secretário Extraordinário de Regionalização.

ⁱⁱⁱ A maioria das questões presentes nesse instrumento admitia mais de uma resposta do entrevistado.

3 O ESTADO DO RIO DE JANEIRO: HISTÓRIA, POLÍTICA DE SAÚDE E ORGANIZAÇÃO REGIONAL

O Rio de Janeiro possui características próprias que o diferenciam dos demais estados da federação brasileira. O reconhecimento das especificidades do Rio de Janeiro exige considerar a configuração do território estadual não como mera descrição dos elementos que o modelam, mas como representação de um contexto sócio-espacial mais amplo, no qual se conjugam processos históricos, políticos, sociais e econômicos, de natureza e escalas diversas⁴³.

Para Davidovich⁴³, dois aspectos principais traduzem a singularidade do território fluminense. O primeiro diz respeito à concentração metropolitana e à prevalência de marcos da ocupação histórica e do legado da divisão territorial do trabalho da fase urbano-industrial, instaurada na década de 1930 até, aproximadamente, 1970. O segundo se refere à falta de laços históricos de solidariedade e de pertencimento coletivo da população no novo estado do Rio de Janeiro conformado a partir de 1975. Um legado que ainda permanece nas identidades carioca e fluminense, e que traduz a contradição entre a posição urbana sucessivamente acumulada pela cidade do Rio de Janeiro e o isolamento secular mantido em relação ao seu entorno⁴⁴.

Natal⁴⁵, por sua vez, destaca que o Rio de Janeiro, além de ser um dos mais populosos do Brasil, possui importância ímpar no contexto nacional por ter sido capital do Império e da República, definindo-se com sólidas tradições políticas e culturais. Soma-se a isso, o desenvolvimento de uma das três maiores economias do país, que se manteve importante mesmo após a crise dos anos 1980, destacando-se pelo maior grau de polarização do PIB e da população em sua região metropolitana⁴⁶.

Segundo os autores citados, a análise da trajetória de conformação do estado permite compreender alguns fatores condicionantes de suas características atuais. Nesse sentido, na primeira seção desse capítulo, realizou-se uma breve retrospectiva histórica sobre o Rio de Janeiro, entendendo ser este um recurso fundamental para a compreensão do modo como as diversas políticas, mais detidamente as da saúde, são conduzidas nesse território.

Nesse percurso, foram destacados alguns aspectos de grande relevância, como o fato do Rio de Janeiro ter se constituído inicialmente como espaço de articulação nacional, porto brasileiro e centro militar, e, posteriormente, tornado-se capital do

Brasil: centro cultural, político e econômico; sede do controle financeiro do país e de empresas públicas e privadas de atuação nacional ou internacional. Soma-se a isso, o desenvolvimento nesse estado da região metropolitana mais populosa e polarizada do país.

Já na segunda seção, foram analisadas a organização do sistema de saúde e a trajetória da política de regionalização no estado do Rio de Janeiro, aspectos que guardam estreita relação com o percurso histórico desse estado.

Na terceira seção, identificou-se o perfil das dez regiões de saúde constituídas no estado do Rio de Janeiro, através da utilização de indicadores que expressam as condições demográficas, socioeconômicas e de saúde da população, a oferta e cobertura do sistema de saúde. O diagnóstico traçado visa à identificação de algumas características gerais do estado e suas regiões, que influenciam e conferem singularidade ao processo de regionalização da saúde no Rio de Janeiro.

3.1 Breve retrospectiva histórica da conformação do Rio de Janeiro

A ocupação do Rio de Janeiro teve início em 1502, com a chegada à costa brasileira da primeira expedição portuguesa, que ao entrar na Baía de Guanabara, confundiu-a com a foz de um grande rio, chamando-a de Rio de Janeiro. Posteriormente, em 1565, foi fundada a cidade de São Sebastião do Rio de Janeiro, cuja principal função era a defesa desse trecho do litoral brasileiro.

A fim de efetivar o povoamento da região, sesmarias foram distribuídas e surgiram os engenhos de açúcar, as lavouras, os curtumes. Já no final do século XVI, começaram a chegar os primeiros escravos da África para trabalhar nos engenhos. Ao iniciar-se o século XVII, existia, à margem da Baía de Guanabara, um modesto povoado, que se estendia até a várzea, sem a preocupação de urbanização. Ao final do século, a cidade estava constituída administrativamente e socialmente, com uma população de cerca de 12 mil habitantes⁴⁷.

Lessa⁴⁸ destaca que o Rio, desde sua fundação, teve importância para a diplomacia portuguesa como plataforma para a retaguarda militar, devido à sua posição estratégica e adequada à concentração militar. O ciclo do ouro confirmou essas suposições iniciais sobre o lugar.

Assim como as demais localidades situadas no litoral do país, o território fluminense foi um importante entreposto comercial e alcançou relevância por ocasião da

exploração do ouro, firmando-se como centro econômico do Brasil⁴⁶. Por sua maior proximidade das regiões das minas, em 1763, a metrópole carioca tornou-se a capital da colônia, de onde os representantes da coroa portuguesa controlavam o escoamento do ouro. O Rio de Janeiro transformou-se também em principal porto de entrada de importações e centro distribuidor de manufaturas, particularmente de escravos africanos.

Em 1808, a Corte portuguesa fixou residência no Rio de Janeiro. Na época havia apenas duas cidades, Rio de Janeiro e Cabo Frio, e as Vilas Angra dos Reis, Parati, Magé, Macacu, São Salvador (Campos dos Goytacazes) e São Gonçalo. Em 1822, com a Proclamação da Independência, a cidade do Rio de Janeiro passou a sediar o Império do Brasil.

Em 1834 foi formalizada a criação do Município Neutro, permanecendo como capital do país e marcando a separação política da cidade com a província Fluminense⁴⁸ⁱ.

A província Fluminense, com a criação do Município Neutro, passou a ter a mesma organização político-administrativa das demais, tendo sua capital na Vila Real da Praia Grande, que no ano seguinte passou a se chamar Niterói.

Nas primeiras décadas do século XIX, o café foi o produto que impulsionou a economia brasileira e seu nascimento ocorreu no interior da cidade do Rio de Janeiro, mais especificamente nas matas da Tijuca. Posteriormente, esse produto se expandiu na Província Fluminense.

Lessa⁴⁸ descreve a articulação de áreas de plantio e a trajetória do seu escoamento, revelando a importância dessa cultura:

A marcha do café tem um registro cronológico na fundação dos municípios fluminenses: Valença (1823), Mangaratiba (1831), BarraMansa (1832), Paraíba do Sul e Vassouras, Nova Iguaçu, Duque de Caxias e Itaboraí (1833), Pirai(1837), Saquarema (1841), Casemiro de Abreu e Rio Bonito(1846), Rio Claro (1849), São Fidélis(1850), Petrópolis (1857), Araruama(1859), Santa Maria Madalena(1861), Carmo (1874), Sapucaia(1881), Santo Antônio de Pádua(1882) e Itaperuna (1885). O Rio de Janeiro, cidade com dinamismo próprio desde o período colonial, deu suporte a esta rede de cidades locais. O ciclo ferroviário reforçou poderosamente a centralização urbana no Rio⁴⁸.

Até meados da década de 1870, a aristocracia cafeeira do Rio de Janeiro dominou o país, pois a província era responsável por 60% da produção nacional. Com o

esgotamento das terras e a expansão do café para o Espírito Santo e São Paulo, a economia local começou a entrar em declínio⁴⁹.

Em 1889, após a Proclamação da República, a cidade continuou como capital nacional, sendo o Município Neutro transformado em Distrito Federal e a província fluminense em estado.

Como capital federal, o Rio de Janeiro foi palco de diversos acontecimentos políticos e sociais, tais como: a Proclamação da República em 1889, a Promulgação da Primeira Constituição da República em 1891, as Revoltas da Armada em 1891, da Chibata em 1910, da Vacina em 1904, dos Dezoito do Forte em 1922, a Revolução de 1930, o golpe de 1937 que resultou na instalação da ditadura do Estado Novo, sob o comando de Getúlio Vargas, a redemocratização do país em 1946, a luta pela criação da Petrobras e o suicídio de Getúlio Vargas, em 1954ⁱⁱ.

Após a Revolução de 1930, o Estado Nacional conduziu o projeto de consolidação da economia brasileira por meio da industrialização, num contexto marcado pela ideologia do nacional-desenvolvimentismo.

Santos⁴⁶ considera que apesar da industrialização ter sido alavancada com maior vigor em São Paulo, a economia fluminense também foi beneficiada pela instalação de empresas produtoras de insumos básicos, como a Companhia Nacional de Álcalis (Cabo Frio, em 1937), a Companhia Siderúrgica Nacional (Volta Redonda, em 1941) e a Refinaria Duque de Caxias (Duque de Caxias, em 1952).

A Capital urbanizou-se em sintonia com esses novos tempos. Em termos de produção industrial, ficou em posição secundária quando comparado a São Paulo. Todavia, concentrava serviços sofisticados, com núcleo de comando do sistema bancário, sediando os escritórios centrais da maioria das grandes empresas, sendo o portal dos visitantes nacionais e estrangeiros e alimentado por contínuas e crescentes injeções de gasto público⁴⁸.

A região metropolitana cresceu aceleradamente, atingindo, em 1960, uma população de 3.140 mil pessoas. O Rio, até 1950, continuou recebendo portugueses, porém houve uma intensificação do fluxo inter-regionais, traduzindo-se em uma migração interna para o Rio, principalmente de nordestinos e mineiros.

Lessa⁴⁸ ressalta que a região metropolitana do Rio cresceu rapidamente, com a posterior eliminação da malária e a drenagem inicial de amplas várzeas, além da construção dos eixos ferroviários e as estações da Central e Leopoldina. Contudo, esse movimento, natural em qualquer dinâmica metropolitana, será no Rio marcado pela original e desigual atuação de duas jurisdições distintas: O Distrito Federal e o estado do Rio de Janeiro. Tal particularidade terá efeitos na característica descontinuidade da futura Região Metropolitana.

Por outro lado, Natal⁴⁵ destaca que a economia fluminense começou a perder importância no cenário nacional já a partir dos anos vinte, tanto no setor industrial, quanto em outros segmentos da economia. À medida que a economia paulista avançava e ocupava posição de grande importância no contexto nacional, a região fluminense passava a depender cada vez mais das atividades prestadoras de serviços e do setor público.

Além da perda de dinamismo industrial, a agricultura fluminense ao longo do século XX tem uma história de lenta e irreversível atrofia, tornando-se incapaz de abastecer o mercado carioca.

Quando Brasília, a nova capital, foi inaugurada em 1960, a cidade do Rio de Janeiro foi elevada à condição de Estado da Guanabara, mantendo tal situação até 1975, data em que ocorreu a fusão entre os Estados da Guanabara e o do Rio de Janeiro.

De acordo com Santos⁴⁶, no Estado de São Paulo, as indústrias localizavam-se nas áreas de entorno da metrópole paulistana, formando um sólido cinturão industrial. O estado dotou essas áreas da necessária infra-estrutura para implantação industrial, e as receitas estaduais dali provenientes contribuiriam para o financiamento de investimentos no interior estadual. Porém, no Rio de Janeiro, esse processo foi bloqueado em função da separação entre os dois entes governamentais que constituíam a economia fluminense. O Estado da Guanabara, constituindo-se em uma cidade-estado, implementou políticas de desenvolvimento que contemplavam apenas as áreas contidas na cidade, a fim de receber os desejados investimentos industriais.

Dessa forma, não foi colocada em prática uma estratégia conjunta de coordenação entre esses dois estados capaz de integrar o núcleo e a periferia e superar a fragmentação originada da divisão político-administrativa da região fluminense.

Santos⁴⁶ acrescenta que ambos os estados enfrentaram uma longa estagnação econômica. Enquanto os administradores do antigo Estado do Rio de Janeiro esperavam alguma iniciativa do governo federal para ressarcir-los dos prejuízos arcados com o forte adensamento dos municípios da Baixada Fluminense, cuja população trabalhava na Guanabara, mas demandava infra-estrutura nas cidades onde moravam no estado do Rio de Janeiro, a Guanabara financiava investimentos públicos para a redefinição da geografia econômica e social da cidade, através das arrecadações de origem tanto estaduais, quanto municipais.

Após a fusão dos dois estados, tentou-se alavancar a economia do interior fluminense, mediante a localização de novos setores tecnologicamente de ponta, como é o caso da energia atômica, com a criação da Usina Nuclear de Angra dos Reis ou da Companhia Brasileira de Computadores. No entanto, o agravamento do contexto externo e da crise cambial impediu a realização de todos os projetos de investimento, o que afetou negativamente a economia fluminense. Dessa forma, de acordo com Santos⁴⁶, a fusão passou a ser percebida como uma estratégia política de afastar do poder estadual o governador Chagas Freitas, representante do partido que fazia oposição política ao governo federalⁱⁱⁱ.

Ainda que a fusão pretendesse diminuir o peso político do partido de oposição, isso não se efetivou, dado que Chagas Freitas, foi eleito governador do novo estado do Rio de Janeiro em 1979. Vale destacar que, no plano político, a atuação de Chagas Freitas caracterizou-se por uma modalidade particular de utilização da máquina pública estatal, marcada pelo clientelismo e pela corrupção^{iv}. De acordo com Gerschman⁵⁰, a modalidade de exercício da política oriunda da máquina chaguista influenciou a futura trajetória do estado e da cidade do Rio de Janeiro, à medida que dificultou a incorporação de inovações capazes de definir políticas em outros formatos que não os baseados no clientelismo e no papel das lideranças políticas de cunho tradicional. Criou, também, empecilhos para o estabelecimento de pactos cooperativos nas esferas estaduais e municipais, ao implementar políticas que não tinham como base o compromisso do estado com o interesse público^v.

Entre o início dos anos de 1980 e meados da década de 1990, a sociedade fluminense passou por uma ampla crise de caráter econômico, social, federativo e cultural⁴⁵.

A primeira característica dessa crise estava relacionada à pronunciada decadência e a falta de competitividade da indústria fluminense. A obsolescência de setores importantes da indústria fluminense (naval, siderúrgica) sinalizava tanto para a dificuldade desse estado se apropriar da tecnologia de ponta de bens de consumo duráveis, quanto para a inexistência de uma política industrial integrada. A fragilidade da indústria não permitia uma orientação para os mercados nacionais e internacionais, dessa forma, sua produção voltava-se basicamente para o mercado interno ao próprio estado.

O segundo aspecto relacionava-se à efetiva redução dos gastos do governo federal no estado. A política de recessão econômica do governo federal estabeleceu cortes dos investimentos públicos, atingindo negativamente o território fluminense, o qual contava com um importante setor público. Nessa época, 25% do funcionalismo público federal e outros 25% dos aposentados e pensionistas federais residiam no Estado do Rio de Janeiro, principalmente em sua capital. Os efeitos da política de recessão incidiram gravemente sobre o dinamismo econômico ao reduzir o poder de compra das famílias e empresas.

O terceiro aspecto diz respeito ao agravamento da chamada questão social, evidenciado pela deterioração das condições de trabalho, baixos salários, queda do emprego formal, ocupação de jovens e crianças e elevação da concentração de renda.

Uma quarta característica da crise a ser destacada relaciona-se aos conflitos de natureza federativa, particularmente os estabelecidos entre governos estadual e federal. A política de corte de gastos do governo federal evidenciou a grande dependência da economia fluminense em relação às rendas oriundas dessa instância de governo (transferências constitucionais, salários para funcionários públicos e aposentadorias e pensões).

Por último, destaca-se um impacto na auto-estima da população fluminense e em especial da carioca, causado pelo sentimento de perda relativo tanto à transferência da capital para Brasília quanto pela fusão entre o Estado da Guanabara e o antigo Estado do Rio de Janeiro. Gerschman⁵⁰ destaca que a identidade carioca foi abalada e que a cidade precisou ser novamente redimensionada à nova condição municipal a que se agrega também o fato de se tornar sede do governo estadual em um estado com baixo valor simbólico.

Natal, ainda ressalta que é fundamental relacionar a origem dessa crise à própria industrialização de São Paulo, estado que se tornou a principal economia do país, passando a delegar às demais economias regionais funções especializadas e de complemento à sua própria economia.

A partir dos anos 1990, ocorreram algumas mudanças positivas na dinâmica econômica do estado fluminense. Esse período é caracterizado pelo ideário de que os problemas da economia, no caso a fluminense, estariam relacionados ao financiamento dos gastos e que sua solução emergiria das parcerias com o setor privado para fins de avanços logísticos, viabilizando a entrada de capitais nacionais e estrangeiros nesta região. No Estado do Rio de Janeiro foram realizados investimentos na instalação de novas empresas e nos setores da extrativa mineral e de telecomunicações, os quais foram decisivos para um maior dinamismo econômico neste estado. Poucos foram os investimentos realizados pelo governo federal e estadual.

Natal⁴⁵ ressalta que as crises econômicas e o grave insulamento econômico da região fluminense, estariam começando a sofrer mudanças positivas em decorrência de alguns fatores como: a fusão, as recentes políticas públicas (recursos e obras, principalmente viárias), a construção da ponte Rio-Niterói, o acirramento da violência urbana carioca, que afugenta pessoas para outros locais e as novas estratégias de localização das empresas. Soma-se a esses fatores, a crise econômica da Capital, tendo como um de seus efeitos a redução de postos de trabalho.

Na segunda metade dos anos 90, avançaram as escalas de atuação das empresas sediadas nos vários municípios, alguns passando a reforçar ou a assumir papéis do tipo ‘capital regional’ ou mesmo interagindo com parcelas importantes dos municípios do estado, em alguns casos até a nível nacional. Esse fenômeno, aliado à movimentação da população no território, contribuiu para a diminuição do histórico insulamento fluminense.

Natal⁴⁵ afirma que o estado do Rio de Janeiro estruturou nesse passado recente uma rede urbana, a qual deriva, em parte, da própria afirmação em lugares diversos, de projetos de referência ou de desenvolvimento capitaneados pela parceria Governo Estadual e a Federação das Indústrias do Estado do Rio de Janeiro (FIRJAM). Alguns desses projetos vêm contribuindo para certa dinamização econômica de suas regiões, como por exemplo, os pólos de pedras ornamentais, de confecções, fruticultura irrigada, entre outros. Os avanços obtidos em termos de estradas de rodagens, telefonias e

energia elétrica foram decisivos para que alguns desses projetos viessem mesmo a ser cogitados.

Esse mesmo autor⁵¹ argumenta que a capitalidade do Rio de Janeiro e a presença das Organizações do Estado levaram-no a desconsiderar os problemas considerados locais em prol das questões relativas aos rumos da sociedade brasileira, causando um forte sentimento de identidade nacional em sua população. Dessa forma, são propostas algumas saídas para essa questão e os problemas dela decorrentes, como: o resgate na escala estadual da atividade de planejamento e o desenvolvimento de um projeto nacional de referência.

3.2 Organização e regionalização do sistema de saúde no estado do Rio de Janeiro

A organização atual do sistema de saúde no Rio de Janeiro guarda estreita relação com o percurso histórico desse estado. Como discutido anteriormente, o Rio de Janeiro é resultado da fusão ocorrida em 1975 entre o estado da Guanabara, anteriormente capital federal, e o antigo estado do Rio de Janeiro. A partir de então, o ex-estado da Guanabara se transforma em município e capital do novo estado.

A fusão entre esses dois estados durante o regime militar demarcou uma nova fase nas relações intergovernamentais no Rio de Janeiro. O estado da Guanabara, atual município do Rio de Janeiro, caracterizava-se por ter uma “economia forte”, com amplo setor de serviços e importante parque industrial para a época, além de grande expressão política e cultural no cenário nacional.

O antigo estado do Rio de Janeiro, porém, não apresentava essas características, possuindo uma economia com predominância agropecuária e pouca expressão industrial. Exceto pela existência de indústrias de base localizadas em Volta Redonda e Duque de Caxias^{vi}, a maioria dos municípios era pobre e bastante dependente do estado e do Governo Federal.

Parada⁵² destaca duas importantes conseqüências da junção de “um estado forte com um estado fraco” para a política estadual de saúde. A primeira diz respeito às dificuldades encontradas pelo novo estado para desenvolver as ações de saúde sob sua responsabilidade. A segunda encontra-se nos conflitos federativos, que no caso da saúde tornou bastante complexa a relação da capital com o estado e os outros municípios.

De acordo com Gerschman⁵⁰, a fusão não conduziu à integração e as disputas geradas entre o estado e o seu município-sede acabaram por interferir nas suas relações e enfraquecem a atuação político-governamental das duas instâncias administrativas.

Antes de ocorrer a fusão, a Secretaria de Saúde do antigo estado do Rio de Janeiro pautava-se por um modelo de prestação assistencial predominantemente voltado para as ações de saúde pública e tendo por base os programas do Ministério da Saúde⁵².

Nesse período, a fragmentação entre os órgãos federais da saúde e da previdência resultou em políticas de atenção diferentes para os contribuintes previdenciários e o restante da população do estado. Os primeiros tinham acesso à assistência médica individual e curativa, enquanto os demais às ações de prevenção e controle de agravos e doenças.

O Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) era representado no estado do Rio de Janeiro pela Superintendência Regional do Inamps e as relações entre os prestadores privados contratados não contavam com a participação ou intermediação dos órgãos municipais e estaduais, sendo estabelecidas diretamente entre a Superintendência Regional e o Governo Federal.

Por sua vez, a atuação do Ministério da Saúde no âmbito estadual ocorria através dos programas desenvolvidos pelos equipamentos próprios do estado. Todavia, houve uma preocupação por parte da SES em dividir o estado em cinco regiões, a fim de disseminar as ações de saúde pelo interior do estado de forma descentralizada e regionalizada, estabelecendo nessas regiões selecionadas as coordenadorias de saúde.

Já no Estado da Guanabara, havia uma grande estrutura de natureza pública, herdada da época em que este foi capital nacional. Tal estrutura era formada por unidades próprias do ex-Distrito Federal, unidades do Ministério da Saúde, do INAMPS, das universidades, hospitais militares e aqueles destinados aos servidores públicos federais e estaduais. Os equipamentos de assistência à saúde do estado da Guanabara asseguravam o atendimento de saúde pública, bem como os de assistência médica individual ambulatorial e hospitalar⁵².

A distribuição dos serviços ambulatoriais obedecia ao critério de regionalização, em que cada região administrativa contava com um centro médico sanitário. Já a rede hospitalar, embora não utilizasse esse mesmo critério, encontrava-se em bairros populosos e que permitissem fácil acesso da população.

Em 1975, foi criada a ‘Secretaria da Fusão’, responsável pela gestão da saúde no estado. Dessa forma, a Secretaria de Saúde do ex-estado do Rio de Janeiro absorveu a secretaria de saúde do antigo estado da Guanabara, que trouxe consigo um conjunto de complexas unidades hospitalares.

A transferência de hospitais localizados no antigo estado da Guanabara para a Secretaria Estadual de Saúde do novo estado do Rio de Janeiro foi fruto de negociações do grupo de trabalho pré-fusão, explicando a existência até os dias de hoje de um número expressivo de hospitais estaduais no município do Rio.

No entanto, a estadualização de algumas unidades foi uma mudança de difícil compreensão, significando a criação de mais uma instância atuando de forma isolada, desarticulada e sem referência dentro do município.

Martins⁵³ ressalta que questões de ordem cultural para superar a ação privilegiada no campo da assistência de caráter preventivo e a escassez de recursos financeiros trouxeram dificuldades para a SES assumir suas novas responsabilidades e conduzir políticas que viabilizassem a integração de recursos dos diferentes níveis de governo.

Com o fim do regime militar, é promulgada a Constituição Federal de 1988, na qual os municípios ganham status federativo e o poder é descentralizado para as instâncias subnacionais.

Na área da saúde, União, estados e municípios, assumem novas atribuições, nem sempre muito bem definidas, mas que inserem mudanças na forma como o sistema de saúde era conduzido.

Os municípios passam a ser responsáveis pela execução e prestação direta de serviços à população, enquanto aos estados caberia o papel ligado ao planejamento, controle e assessoria aos municípios.

De acordo com Parada⁵² essa fase de transição produziu transferências de unidades e atribuições para os municípios sem que, no entanto, o papel condutor do estado estivesse presente sob a forma de política regional.

Souza⁵⁴ enfatiza que com o estabelecimento do SUS, os municípios passam a sofrer maior pressão para facilitar o acesso aos serviços de saúde e melhorar a qualidade de sua prestação. No entanto, a limitação da capacidade de arrecadação dos governos

municipais e a transferência de unidades para os municípios, resultando em mudanças institucionais e administrativas, apresentam-se como um obstáculo a essas pressões.

As características de implantação do SUS nos anos 1990, em particular do processo de descentralização político-administrativa com ênfase na municipalização, tenderam a exacerbar os conflitos existentes. Os repasses financeiros oriundos do Ministério da Saúde eram encaminhados diretamente para os fundos municipais, sem a mediação do nível estadual, dificultando o diálogo entre estado e municípios.

Em relação à situação de gestão estadual, vale destacar que o estado do Rio de Janeiro não chegou a se habilitar às condições de gestão avançada da NOB SUS 01/96. Somente com a habilitação na Norma operacional de Assistência à Saúde (NOAS-SUS 01/02), o estado do Rio passou a receber transferências diretas de recursos federais do Fundo Nacional para o Fundo Estadual de Saúde, correspondentes ao valor do teto estadual de recursos federais, descontadas as transferências diretas aos municípios que já estavam habilitados a uma das condições de gestão estabelecidas pela NOB SUS 01/96. Como a totalidade dos municípios do estado já estava habilitada, com vários municípios de grande porte em Gestão Plena do Sistema Municipal, a transferência de recursos federais para o Fundo Estadual é pequena se comparada às transferências diretas para os fundos municipais.

Caracteriza-se, assim, o processo de descentralização no estado do Rio de Janeiro em particular nos anos 1990, marcado pela municipalização, com transferências diretas do Fundo Nacional para os municípios, habilitação estadual tardia e pouco poder financeiro do estado.

Essas características, associadas às peculiaridades da rede de serviços regional sugerem as dificuldades da SES em desempenhar um papel de coordenação do SUS, ainda que alguns esforços tenham sido empreendidos nesse sentido.

Ao final da década de 1990, previamente ao contexto NOAS, houve algumas iniciativas de organização da atenção com base regional, como a realização de estudos de fluxo e utilização de serviços pela população com base nas regiões do estado, com ênfase nas internações e procedimentos de maior complexidade. Tais estudos serviram de base para a implantação de um sistema de cotas de utilização de serviços em pólos assistenciais, por meio de instrumentos como a Ficha de Referência Intermunicipal-

FRI. Outra iniciativa que merece destaque refere-se à indução de criação de consórcios intermunicipais por parte da SES⁵⁵.

Schneider⁵⁶ realizou um estudo sobre a formação dos consórcios intermunicipais de saúde no estado do Rio de Janeiro, os quais, segundo a autora, surgem, durante a década de 90, para responder aos problemas relacionados ao reduzido aporte de recursos financeiros e à necessidade de conferir maior eficiência e eficácia às ações e serviços de saúde. Essas experiências obtiveram apoio da SES-RJ e do COSEMS-RJ para sua consecução, no entanto, dificuldades relativas ao repasse dos recursos para financiar os consórcios prejudicaram sua operacionalização em alguns casos.

Com a mudança de governo em 1999, o debate sobre a integração regional em saúde volta a ocupar lugar central na agenda da SES e a estratégia de regionalização torna-se prioritária, passando a ser promovida mediante um conjunto de estratégias articuladas, entre as quais merecem destaque: o processo de Planejamento Estratégico Situacional; a formação e funcionamento do Núcleo de Integração e Desenvolvimento estratégico (NIDE); a elaboração do Plano Diretor de Regionalização; a Programação Pactuada e Integrada; e a implementação de Centrais de Regulação das Ações de Saúde⁴⁷.

O processo de Planejamento Estratégico Situacional buscou ampliar a articulação dos diferentes setores da SES e fomentar canais de comunicação entre os gestores do sistema a partir de uma dinâmica de planejamento ascendente. Vale destacar que o Planejamento Estratégico Situacional fundamentou, no período de 1999 a 2002, as diversas reuniões regionais, com a participação das áreas da SES-RJ e representação do conjunto de municípios de cada região. O objetivo desses encontros voltou-se para identificação de prioridades, elaboração do Plano Estadual de Saúde e do Plano Diretor de Regionalização⁵³.

Noronha *et al*⁴⁷ ressalta que, com vistas a viabilizar esse processo, foi criado, ainda em 1999, o Núcleo de Integração e Desenvolvimento Estratégico (NIDE), como um grupo da SES-RJ, voltado para a articulação interna das áreas técnicas e coordenação dos processos regionais de gestão compartilhada do sistema de saúde, com a finalidade de estabelecer parcerias para a solução das prioridades identificadas regionalmente^{vi}.

Em 2001, foi elaborado o Plano Diretor de Regionalização, contendo o desenho das regiões e microrregiões e a configuração dos módulos assistenciais¹³.

A iniciativa de regionalização do início dos anos 2000, ainda que não efetivada em importantes aspectos, dentre eles a da organização de Redes de Atenção, é um importante marco, na medida em que insere na agenda estadual a retomada de seu papel na política de saúde, dessa forma, a NOAS pode ser considerada como o início da regionalização da saúde no estado⁵⁵.

Após aderir às propostas e diretrizes do Pacto pela Saúde em 2007, a SES-RJ retoma o processo de construção da regionalização e inicia uma série de oficinas regionais que tiveram como objetivos a constituição dos Colegiados de Gestão Regional, a avaliação e um possível redesenho das regiões de saúde, e a elaboração de agenda para desenvolvimento da segunda etapa de implantação do Plano Diretor de Regionalização no estado do Rio de Janeiro⁵⁷.

Em 2009, a estrutura organizacional da SES-RJ passou por mudanças, dentre as quais, a extinção da Subsecretaria de Desenvolvimento do Sistema, responsável, entre outras funções, pelo planejamento regional da saúde. Dessa forma, a condução do processo de regionalização passou a ser uma atribuição da Assessoria de Integração Regional^{viii}, subordinada à Subsecretaria Geral.

Nesse processo atual de regionalização, a discussão sobre o planejamento regional tem ocorrido no âmbito das regiões de maneira participativa, com parceria do COSEMS e concomitante à revisão da PPI, em oficinas específicas com vistas à confecção de um novo PDR, cujo desenho está referenciado na autonomia dos municípios para assumir a atenção básica e na capacidade de atenção de média e alta complexidade. Essa é alvo de pactuação intermunicipal e inter-regional, com conseqüente organização de fluxos assistenciais.

A configuração atual das Regiões de Saúde reitera a divisão do PDR de 2001, apenas com uma diferença que diz respeito à criação de uma nova região referente ao município do Rio de Janeiro^{ix}, totalizando dez regiões no estado, cada qual com um CGR correspondente, a saber: Baía da Ilha Grande, Baixada Litorânea, Centro-Sul, Serrana, Médio Paraíba, Norte, Noroeste, Metropolitana I, Metropolitana II e Capital.

Segundo resultado de estudo recente, a implantação dos CGR tem se dado de maneira assimétrica no estado, pois é dependente da capacidade de organização da região, ainda que esteja sob a coordenação do estado. Algumas variáveis influenciam a

implantação das instâncias colegiadas, tais como a tradição regional, sua capacidade de articulação e a pressão político-partidária⁵⁵.

3.3 Perfil regional do sistema de saúde no estado

Características gerais e sócio-demográficas

O estado do Rio de Janeiro divide-se em 92 municípios, com uma população estimada de aproximadamente 16 milhões de habitantes. Está situado na região Sudeste brasileira e limita-se com os Estados de Minas Gerais, São Paulo e Espírito Santo, conformando uma das menores unidades da federação, com área total de 43.780,16 Km² (IBGE, 2010). Os municípios estão agrupados em oito regiões de governo, a saber: Norte Fluminense, Noroeste Fluminense, Baixadas Litorâneas, Metropolitana, Serrana, Centro-Sul Fluminense, Médio Paraíba e Costa Verde⁵⁸.

O Plano Diretor de Regionalização da Saúde estabeleceu uma divisão do estado em nove Regiões de Saúde¹³, quais sejam: Metropolitana I, Metropolitana II, Serrana, Norte, Noroeste, Baixada Litorânea, Centro-Sul, Médio Paraíba e Baía de Ilha Grande. Posteriormente, a Capital configurou-se como mais uma região de saúde, destacando-se da região Metropolitana I, o que totaliza dez Regiões de Saúde no estado (Figura 1).

Figura 1- Regiões de Saúde do Estado do Rio de Janeiro – Brasil, 2009



Fonte: Atlas de serviços de saúde do Estado do Rio de Janeiro⁵⁹.

A região Norte é composta por oito municípios e uma população de aproximadamente 788.769 habitantes, 4,96% do total do estado. Juntos os municípios de Campo e Macaé concentram 80% da região. O desenvolvimento do Norte Fluminense se baseou na indústria açucareira e do álcool, porém, nos últimos anos, as atividades petrolíferas na Bacia de Campos ganharam destaque, tendo como base de apoio o município de Macaé que vive um processo acelerado da malha urbana. As atividades econômicas do Norte Fluminense estão voltadas, principalmente, para o setor secundário da economia, associado à exploração do petróleo e gás natural. Em relação às condições de saneamento nessa região, destaca-se a precariedade da instalação de rede de esgoto, cuja cobertura é muito baixa e variável segundo os municípios, e o abastecimento de água e rede geral se mostraram inferior à média do estado⁵⁷.

A região da Baía da Ilha Grande está situada no litoral sul do estado e é composta por três municípios e uma população de aproximadamente 231.221 habitantes, 1,45% do total do estado. Trata-se da região mais preservada do estado em termos ambientais, com uma área urbana reduzida e grande percentual de formações florestais. No que se refere à economia da região, além do grande potencial turístico, outras atividades como a indústria de construção naval e as usinas de energia nuclear assumem papel importante no contexto regional⁵⁹. Tais atividades, apesar de possibilitarem maior dinamização do comércio e dos serviços, impactaram significativamente a pesca e a agricultura familiar, além de deflagrarem um processo de favelização de parte da população nativa, decorrente da especulação imobiliária. Importante demarcar que a Baía da Ilha Grande é a única região do estado que ainda apresenta comunidades indígenas em seu território. As proporções de pobres são superiores à média estadual, assim como a concentração de renda, evidenciada nas desigualdades sociais em que uma população nativa mais pobre vinculada às atividades tradicionais como a pesca e a agricultura vive ao lado de uma população migrante, com alta renda e em sua maioria proveniente do Rio de Janeiro⁵⁷. As condições de saneamento de rede de esgoto mostram-se precárias, principalmente em Paraty e Mangaratiba. Já Angra dos Reis apresenta melhores condições tanto no que diz respeito à cobertura de rede de esgotos como de abastecimento de água.

A região do Médio Paraíba é composta por doze municípios, totalizando aproximadamente 879.678 habitantes, 5,54% da população total do estado. Caracteriza-se por uma paisagem com formações diversificadas que compõe o grande vale do curso médio do Rio Paraíba do Sul. A Região do Médio Paraíba é, depois da região

Metropolitana, a mais industrializada do Estado do Rio de Janeiro, destacando-se o eixo Volta Redonda - Barra Mansa – Resende⁵⁷. Essa região comporta um parque industrial diversificado, porém a indústria metal-mecânica apresenta historicamente um papel de destaque, desde a implantação em 1946 da Companhia Siderúrgica Nacional em Volta Redonda⁵⁹. O Município de Resende abriga indústrias diversas, destacando-se a fábrica de ônibus e caminhões da Volkswagen. É importante registrar que, além da indústria, a agropecuária também assume papel de destaque no Médio Paraíba, já que a região é uma das maiores produtoras de leite do estado. A rede de abastecimento de água da região apresenta o percentual de 77% de população atendida e quanto à instalação sanitária, a média da região é também superior a do estado, indicando a existência de melhores condições de saneamento.

A região Centro-Sul é composta por onze municípios, nos quais habita uma população de aproximadamente 316.400 habitantes, 1,99% da população do estado. Todos os municípios desta região têm menos de cem mil habitantes. Historicamente, a região desenvolveu-se com a cultura do café e viveu, durante algumas décadas, as consequências da decadência desta cultura. Atualmente sua economia se baseia na criação de gado, na olericultura e no turismo. Algumas grandes propriedades têm sido transformadas em hotéis-fazenda. As condições de saneamento dessa região no que concerne ao abastecimento de água e à instalação de rede de esgoto apresentam grande variação entre os municípios, dessa forma, alguns municípios apresentam altas coberturas nesses indicadores, enquanto em outros é possível identificar valores bem abaixo da média estadual.

A região da Baixada Litorânea é constituída por nove municípios, totalizando cerca de 636.156 de habitantes, 4% do total do estado. Os municípios de Cabo Frio e Araruama, em conjunto concentram quase 50% da população da região. Caracteriza-se pela presença de grandes áreas de baixada e restinga, compondo, no seu litoral, um conjunto formado por várias lagoas e grandes extensões de praias, o que a torna um importante pólo turístico. A região, entre os anos de 2000 e 2007, apresentou o maior crescimento populacional do estado, apontando para um quadro de possível adensamento populacional periférico vinculado à ausência de regulamentação adequada do uso e parcelamento do solo. A exploração do petróleo na área da Bacia de Campos contribui para que as atividades econômicas estejam voltadas, principalmente para o setor secundário, apesar da importância do setor de serviços, especialmente ligado ao

turismo. A região conta com uma rede de esgotos bastante precária e variações entre os municípios quanto ao abastecimento de água.

A região Serrana é composta por dezesseis municípios, totalizando aproximadamente 922.268 habitantes, 5,81% da população do estado. Os municípios de Petrópolis, Nova Friburgo e Teresópolis concentram mais de 70% da população total da região. Nova Friburgo e Petrópolis são os principais pólos regionais. Nova Friburgo desenvolve atividades nas áreas de indústria, comércio e de serviços e apresenta indústrias de gêneros diversos, destacando-se as de metalurgia, vestuário e têxtil, predominando nessas duas últimas, empresas de pequeno e médio porte⁵⁷. Essa região também se dedica às atividades ligadas ao turismo e à agricultura, esta com menor intensidade. Assim como em outras regiões, a estrutura sanitária de esgoto e abastecimento de água ainda precisa ser ampliada para atender à população satisfatoriamente.

A região Noroeste é composta por 14 municípios, totalizando cerca de 333.799 habitantes. Observou-se que a região Noroeste apresentou o maior vazio populacional, concentrando apenas 2,10% do total da população fluminense. Nenhum dos municípios possui mais de cem mil habitantes, sendo que quatro deles possuem menos de dez mil habitantes. Itaperuna é a cidade com a maior população e o centro regional. Os municípios dessa região estão localizados à maiores distâncias da capital do estado, tornando inviáveis as chamadas migrações pendulares (casa/trabalho/escola/casa) e dificultando os contatos com o nível central de Atenção à Saúde⁵⁷. Essa região se desenvolveu com base na cultura do café, responsável pela ocupação desta parte do território fluminense. Com o declínio da cafeicultura, as atividades agropecuárias que a substituíram não conseguiram evitar o esvaziamento econômico e demográfico que se seguiu. Soma-se a isso a fraca expansão das atividades industriais e terciárias, que influenciam negativamente a geração de emprego e renda na região. Entretanto, essa região vem desenvolvendo atividades no setor de extração mineral, voltado para a exploração de rochas ornamentais, que responde por significativa geração de empregos.

A região Metropolitana I e II e a Capital concentram aproximadamente 74% da população total do estado. A região mais populosa é a Capital, que apresentou uma concentração de 38,81% do total da população do estado, seguida da região Metropolitana I (22,91%).

Estudos desenvolvidos em 2003 e 2008 enfatizam que essa enorme concentração populacional na região Metropolitana e uma alta taxa de urbanização representam características peculiares desse estado^{47,60}.

Vale destacar que a região Metropolitana congrega capital, infra-estrutura e força de trabalho, além de concentrar a maior parte das indústrias. Reúne também serviços especializados em diversos setores e órgãos e instituições públicas. Essa região, apesar dessa diversidade de recursos, apresenta contradições e graves problemas, tais como: a distribuição desigual dos serviços e equipamentos urbanos, o aumento de habitações precárias e a expansão das favelas, a intensa degradação do meio ambiente e o conseqüente esgotamento dos recursos naturais e a insegurança pública, demonstrada pelos altos índices de criminalidade.

A maioria dos equipamentos e serviços mencionados está localizada no município do Rio de Janeiro, atraindo populações que se encaminham para localidades próximas à capital em busca de ofertas de trabalho e a fim de utilizar os serviços nela instalados. Em contrapartida, os municípios periféricos, a despeito da grande população residente, sempre careceram de políticas públicas de habitação, saneamento, educação, saúde, transporte e outros, contribuindo, assim, para explicar os valores do IDH-M verificados na região Metropolitana, situados abaixo de todas as outras regiões do estado⁵⁷.

Todas as regiões, exceto as Metropolitanas I e II, são constituídas por um número significativo de municípios de pequeno e médio porte. Do total de 92 municípios, 30% têm menos que 20 mil habitantes e outros 30% entre 20 e 50 mil, totalizando 60% com menos de 50 mil habitantes⁶⁰.

A região Metropolitana I, excluída a Capital, é constituída por onze municípios com uma população de aproximadamente 3.636.490 habitantes. Os municípios mais populosos são Duque de Caxias e Nova Iguaçu, que juntos concentram quase 50% da população da região. Essa região apresenta pólos industriais desenvolvidos, estrutura portuária e malha viária federal e estadual, que viabilizam o transporte dos bens e produtos produzidos no estado. O setor terciário é predominante na economia da região.

O município do Rio de Janeiro apresentou uma população de aproximadamente 6.161.047 habitantes. Essa cidade é marcada historicamente pelas suas funções político-administrativas e econômicas, pela diversidade de recursos e serviços existentes, mas

também, por grandes desigualdades sociais. Sua economia é baseada predominantemente no setor terciário.

A região Metropolitana II é composta por sete municípios de características muito heterogêneas, com uma população de cerca de 1.912.177 habitantes, 12,04% do total do estado. Os municípios da região apresentam populações que variam de 1 milhão de habitantes em São Gonçalo, a 20.000, em Silva Jardim. São Gonçalo, Niterói e Itaboraí concentram juntos quase 90% da população total da região. As diferenças entre os municípios também se expressa em relação às atividades econômicas desenvolvidas, com alguns municípios com características predominantemente rurais. Porém, na totalidade da região observa-se um maior desenvolvimento do setor terciário. A implantação do Complexo Petroquímico do Rio de Janeiro (COMPERJ) em Itaboraí provocará mudanças socioeconômicas e espaciais na região.

Tabela 1- Informações populacionais segundo regiões - Rio de Janeiro, 2008.

Regiões	População		Nº de municípios da região	Participação percentual do município com maior número de habitantes	Hab./Km2
	n	%			
Baía da Ilha Grande	231.221	1,45	3	Angra dos Reis 71%(164.191 hab.)	100,15
Baixada Litorânea	636.156	4	9	Cabo Frio 28%(180.635 hab.)	210,82
Centro-Sul	316.400	1,99	11	Três Rios 23%(75.754 hab.)	237,87
Médio Paraíba	879.678	5,54	12	Volta Redonda 29%(259.811 hab.)	158,4
Metropolitana I	3.636.490	22,91	11	Duque de Caxias 23%(864.392)	1.095,20
Capital	6.161.047	38,81	1	Rio de Janeiro 100%(6.161.177)	4.831,87
Metropolitana II	1.912.177	12,04	7	São Gonçalo 51%(1.912.177)	683,77
Noroeste	333.799	2,1	14	Itaperuna 29%(333.799)	54,21
Norte	788.769	4,96	8	Campos dos Goytacazes 54%(431.839)	81,83
Serrana	922.268	5,81	16	Petrópolis 33%(312.766)	107,88
Estado do Rio de Janeiro	15.872.362	100	92	-	363,24

Fonte: Base de Indicadores dos Colegiados de Gestão Regional⁶¹.

Características socioeconômicas

Em relação às características socioeconômicas, foi considerado o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) e o percentual do Valor Adicionado de diferentes setores da economia segundo as regiões. Tais indicadores possibilitam uma aproximação das condições socioeconômicas da população e das características da economia regional.

O IDH é uma medida de desenvolvimento que possui como unidade de análise o país ou a região e é composto por três componentes, renda, longevidade e educação. O componente renda é mensurado pelo PIB *per capita* corrigido pelo poder de compra da moeda de cada país. A longevidade utiliza o número esperado de anos de vida ao nascer, enquanto a educação é mensurada através do índice de analfabetismo e da taxa de matrícula em todos os níveis de ensino. O IDH varia de 0 a 1, sendo considerados como de baixo desenvolvimento os países que atingem menos de 0,499 pontos, de médio desenvolvimento aqueles que apresentam valores de 0,500 até 0,799, e de alto desenvolvimento os que atingem pontuação superior a 0,800 no IDH⁶².

O Valor Adicionado representa o valor que cada atividade acrescenta aos bens e serviços consumidos no seu processo produtivo. É a contribuição gerada pelas diversas atividades econômicas ao Produto Interno Bruto (PIB).

No ano de 2000, o Estado do Rio de Janeiro apresentou um IDH de 0,807, situando-se como quinto maior IDH entre os estados do Brasil, superando a média nacional de 0,766.

O IDH, conforme observou-se na Tabela 2, não apresentou grande variação entre as regiões do estado. A região que obteve o IDH mais elevado foi a Capital (0,84) e o valor mais baixo foi encontrado na Metropolitana I (0,68). A maioria das regiões se situou, de acordo com as classificações definidas por este indicador, em um nível médio de desenvolvimento, que engloba valores entre 0,5 a 0,79. No que se refere ao componente renda, todas as regiões apresentaram valor acima da média estadual (0,69), exceto as regiões Metropolitana I (0,61) e Noroeste (0,69). O componente que apresentou maiores valores foi a escolaridade, com destaque para a Capital (0,93). Neste aspecto, grande parte das regiões obtiveram valores acima da média estadual, exceto a Metropolitana I e a Noroeste.

Em se tratando das diferenças intra-regionais, vale ressaltar que não houve uma variação importante entre os municípios em uma mesma região. Uma diferença mais significativa entre os valores do IDH foi observada em duas regiões: Metropolitana II e Noroeste. Na região Metropolitana II, foi encontrada uma diferença de 0,17 pontos entre o município com o IDH mais alto e o mais baixo, respectivamente, Niterói (0,89) e Tanguá (0,72). Já na Noroeste, o município com IDH mais alto foi Itaperuna (0,79) e o mais baixo foi observado em Varre-Sai (0,68), resultando em uma diferença de 0,11 pontos.

Os valores de IDH mais elevados na Região Metropolitana II devem-se à presença do município de Niterói nesse local. Esse município foi, durante muito tempo, a capital do antigo estado do Rio de Janeiro, perdendo esta função em 1975, quando se deu a fusão com o Estado da Guanabara.

Os Municípios do Rio de Janeiro e Niterói são os que melhores condições oferecem para atrair novos investimentos no Estado. O Rio de Janeiro, por ser o principal centro produtor e distribuidor de bens e serviços de todo o estado, além de ser a sede do Governo estadual e de diversas instituições públicas e privadas. Niterói, pela função já exercida também como sede de governo estadual, além de se beneficiar da proximidade da cidade do Rio de Janeiro, principalmente após a construção da Ponte Rio-Niterói. São também os municípios melhor pontuados nos indicadores sociais⁵⁷.

Tabela 2- Índice de Desenvolvimento Humano segundo regiões - Rio de Janeiro, 2000.

Regiões	IDH			
	IDH-M	IDH-M renda	IDH-M longevidade	IDH-M escolaridade
Baía da Ilha Grande	0,78	0,73	0,75	0,86
Baixada Litorânea	0,78	0,72	0,74	0,87
Metropolitana II	0,8	0,75	0,76	0,9
Capital	0,84	0,84	0,75	0,93
Serrana	0,79	0,74	0,76	0,86
Centro-Sul	0,77	0,71	0,73	0,87
Médio Paraíba	0,8	0,73	0,76	0,91
Metropolitana I	0,68	0,61	0,64	0,8
Noroeste	0,75	0,68	0,74	0,83
Norte	0,75	0,7	0,71	0,86
Estado do Rio de Janeiro	0,76	0,69	0,73	0,85

Fonte: PNUD, Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil.

Em relação à participação das diferentes atividades na economia regional (Tabela 3), observou-se uma grande expressividade do setor de serviços na maioria das regiões e no total do estado do Rio de Janeiro. Natal⁴⁵ resalta que, a partir dos anos 90, em relação ao setor terciário, registrou-se uma ampliação do emprego formalizado no

interior do Rio de Janeiro, à semelhança do que ocorreu em outras regiões do país. O aumento da urbanização e das oportunidades de trabalho no interior ajudam a explicar a relativa desconcentração da participação dos serviços.

O setor industrial obteve maior participação entre as atividades econômicas das regiões Norte (73,54%) e Baixada Litorânea (69,09%). Esses resultados se devem à expansão da indústria ligada à extração do petróleo e gás. Porém, como foi observado, a região do Médio Paraíba também possui tradição em sediar diversas indústrias e atuar nesse setor.

O setor que apresentou menor participação na economia das regiões foi o agropecuário, cujos maiores valores foram encontrados nas regiões Noroeste (4,31%) e Serrana (2,56%). O declínio do setor agropecuário se deu ao longo do século XX, resultando, nos dias atuais, em uma participação muito baixa e pouco expressiva na economia fluminense. No entanto, a região Noroeste ainda realiza atividades ligadas a esse setor, com base em uma estrutura fundiária arcaica, na má utilização da terra e na pecuária extensiva⁵⁷. Já na região Serrana, Nova Friburgo e Teresópolis se destacam pela produção de hortifrutigranjeiros.

Tabela 3- Participação percentual dos setores da economia segundo regiões - Rio de Janeiro, 2006.

Setores da Economia				
Regiões	Agropecuária	Indústria	Serviços	Administração Pública
Baía da Ilha Grande	1,17	35,53	46,32	16,98
Baixada Litorânea	0,36	69,09	21,98	8,57
Centro-Sul	1,97	11,06	63,08	23,89
Médio Paraíba	0,63	38,22	47,79	13,36
Metropolitana I	0,13	23,22	58,37	18,28
Capital	0,04	12,34	73,13	14,48
Metropolitana II	0,35	12,66	78,17	25,47
Noroeste	4,31	15,81	57,01	22,87
Norte	0,68	73,54	18,85	6,92
Serrana	2,56	17,85	60,11	19,48
Estado do Rio de Janeiro	0,42	27,96	56,92	14,7

Fonte: Base de Indicadores dos Colegiados de Gestão Regional⁶¹.

Condições de saúde da população

No que diz respeito à condição de saúde nas regiões, utilizou-se três indicadores: taxa de mortalidade específica, mortalidade proporcional por grupo de causas e taxa de mortalidade infantil. A taxa de mortalidade permite estimar o risco de morte por um determinado agravo à saúde e dimensiona a sua magnitude como problema de saúde

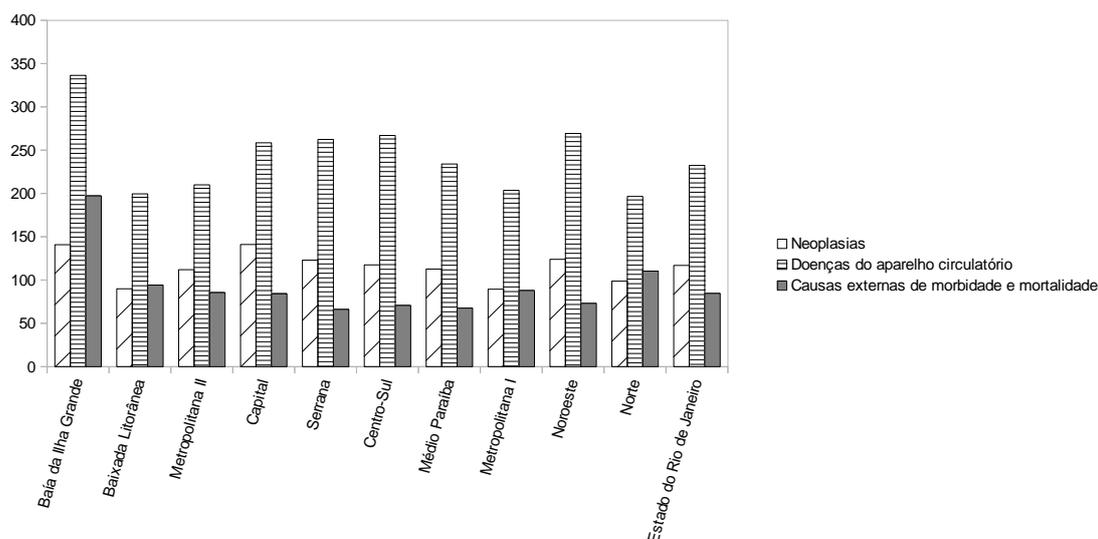
pública. A mortalidade proporcional mede a participação relativa dos principais grupos de causas no total de óbitos com causa definida. Enquanto a mortalidade infantil estima o risco de morte dos nascidos vivos durante o seu primeiro ano de vida e reflete, de maneira geral, as condições de desenvolvimento socioeconômico, bem como o acesso e a qualidade dos recursos disponíveis para atenção à saúde materna e da população infantil⁶³.

No estado do Rio de Janeiro, as principais causas de mortalidade em 2008 estavam relacionadas às Doenças do aparelho circulatório, às Neoplasias e às Causas externas. Em todas as regiões, as taxas de mortalidade (Figura 2) por doenças do aparelho circulatório apresentaram valores mais elevados em relação às outras causas. Esse agravo é considerado atualmente um importante problema de saúde pública e se encontra entre as principais causas de óbito no Brasil e no mundo. No estado do Rio de Janeiro, a taxa de mortalidade por doenças do aparelho circulatório foi de 232,4 óbitos por 100 mil habitantes, com destaque para a região da Baía da Ilha Grande (336,4 por 100 mil habitantes)^x. O município de Mangaratiba, em particular, obteve as maiores taxas da região da Baía da Ilha Grande, alcançando valores bem mais elevados em quase todas as causas em relação à Paraty e Angra dos Reis.

Em contrapartida, a região Norte obteve a menor taxa por doenças do aparelho circulatório (196,6 por 100 mil habitantes), enquanto a região Serrana obteve a menor taxa de mortalidade por causas externas (66,1 por 100 mil habitantes).

Observou-se, entretanto um equilíbrio em relação às taxas de mortalidade entre as regiões.

Figura 2- Taxa de mortalidade por 100 mil habitantes segundo regiões - Rio de Janeiro, 2008.

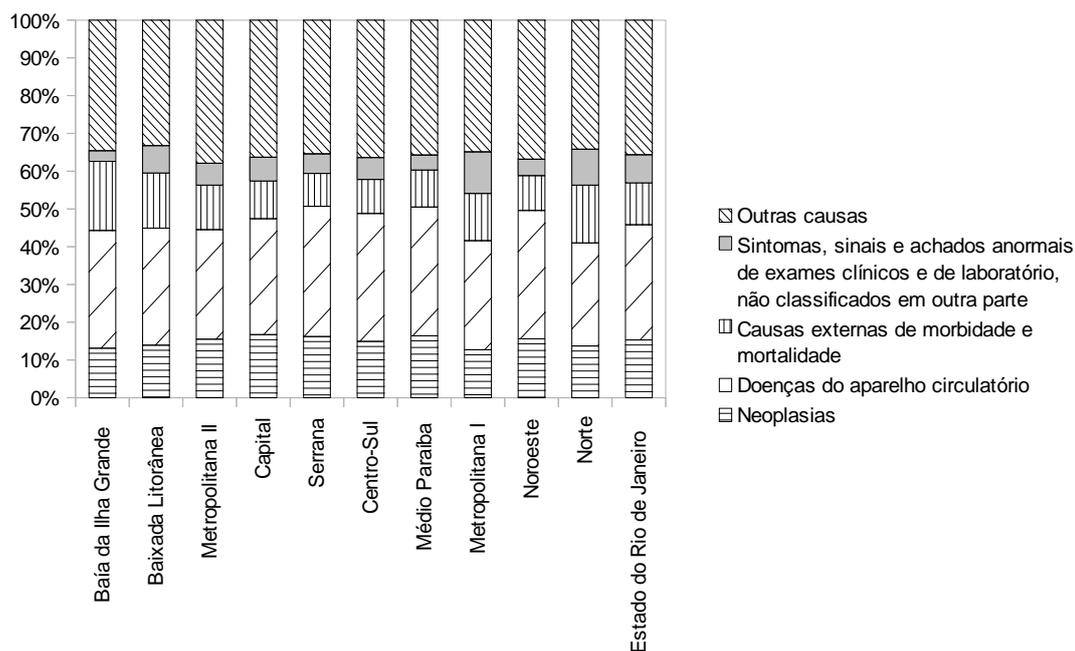


Fonte: Sistema de Informação de Mortalidade/ Datasus / Ministério da Saúde - Elaboração do autor.

Em relação à mortalidade proporcional pelos principais grupos de causa (Figura 3), há grande semelhança entre as regiões no que se refere à participação dos principais grupos de causa no total de óbitos. Em todas as regiões as doenças do aparelho circulatório apresentaram os maiores valores percentuais. Destaca-se que na região da Baía da Ilha Grande a proporção de óbitos por causas externas (18,3%) mostrou-se mais acentuada em relação às outras regiões e à média do estado.

No que tange a mortalidade proporcional por causas mal definidas^{xi}, denominada na 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) como Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte, identificou-se uma proporção mais elevada na região Metropolitana I (11%) em relação à média do estado (7,45%).

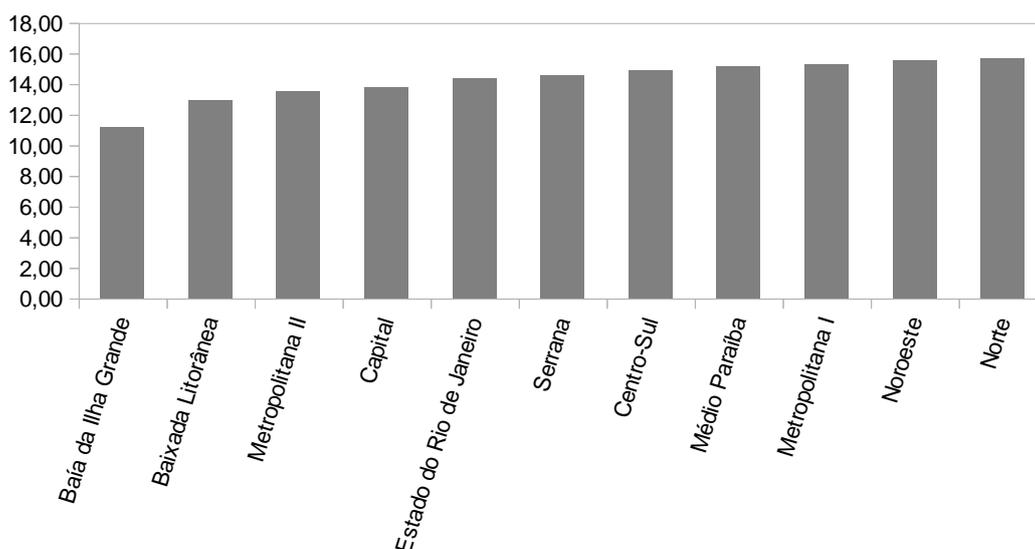
Figura 3- Mortalidade proporcional segundo regiões - Rio de Janeiro, 2008.



Fonte: Sistema de Informação de Mortalidade/ Datasus / Ministério da Saúde.

No que se refere à mortalidade infantil (Figura 4), identificou-se as maiores taxas nas regiões Norte (15,68 por 1000 nascidos vivos) e Noroeste (15,51 por 1000 nascidos vivos) e as menores nas regiões da Baía da Ilha Grande (11,15 por 1000 nascidos vivos) e Baixada Litorânea (12,94 por 1000 nascidos vivos).

Figura 4- Taxa de mortalidade infantil segundo regiões - Rio de Janeiro, 2008.



Fonte: Sistema de Informação de Mortalidade/ Datasus / Ministério da Saúde.

Em 2008, o Estado do Rio de Janeiro atingiu uma cobertura média de 44,15% da Estratégia de Saúde da Família. A região Centro-Sul apresentou a maior cobertura da região (81,42%), seguida da Baía da Ilha Grande (73,11%), enquanto a menor cobertura foi observada na Capital (8,39%). No entanto, observou-se que na maioria das regiões, os municípios apresentaram percentuais de cobertura bastante desiguais, influenciando na média da região. Ainda assim, a região Centro-Sul alcançou coberturas de 100% em quase todos os municípios, exceto em Paraíba do Sul (65,06%) e Três Rios (99,45), destacando-se das demais regiões nesse aspecto⁵⁷.

O município do Rio de Janeiro vem ampliando o número de suas equipes, mas permanece entre os mais baixos percentuais de cobertura do estado. Além da ESF, o município dispõe de postos e centros de saúde, que permanecem prestando atenção na atenção primária⁶⁰.

O indicador relativo ao número de Unidades Básicas de Saúde por 20 mil habitantes obteve os maiores valores nas regiões Noroeste (10,61 por 20 mil habitantes) e Baía da Ilha Grande (7,61 por 20 mil habitantes).

A Capital, apesar de ter apresentado o menor valor nesse indicador (0,64 por 20 mil habitantes), foi a região que concentrou o maior número de hospitais gerais (43) e especializados (56) do estado. O município do Rio de Janeiro conta com uma ampla capacidade de serviços públicos de saúde, em especial hospitais, tanto ligados ao

Ministério da Saúde, hospitais de ensino, vinculados às universidades e ao Ministério da Educação, unidades de referência do antigo Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) e unidades da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, constituindo-se hoje na maior oferta de hospitais públicos do SUS no país⁵⁹. É possível verificar a existência de hospitais especializados em diversas áreas, como em Oncologia, Obstetrícia, Cardiologia, Ortopedia, Ginecologia, Psiquiatria, Neurologia, Geriatria, Tisiologia, Dermatologia Sanitária, Endocrinologia, Reabilitação, Pneumologia e Infectologia.

Conforme foi observado, não há hospitais especializados nas regiões da Baía da Ilha Grande e Baixada Litorânea (Tabela 4).

Tabela 4- Equipamentos de saúde e cobertura da estratégia de saúde da família segundo regiões - Rio de Janeiro, 2008.

Regiões	Cobertura da ESF	Unidades básicas de saúde por 20 mil habitantes	Hospitais gerais	Hospitais especializados
Baía da Ilha Grande	0,7311	7,61	4	-
Baixada Litorânea	49,89%	4,4	3	-
Metropolitana II	39,16%	3,1	28	18
Capital	8,39%	0,64	43	56
Serrana	37,89%	5,44	24	5
Centro-Sul	81,42%	9,8	13	5
Médio Paraíba	44,15%	5,8	23	5
Metropolitana I	24,85%	2,23	31	16
Noroeste	57,86%	10,61	19	3
Norte	24,86%	6,69	17	2
Estado do Rio de Janeiro	44,15%	2,81	205	110

Fonte: Base de Indicadores dos Colegiados de Gestão Regional⁶¹.

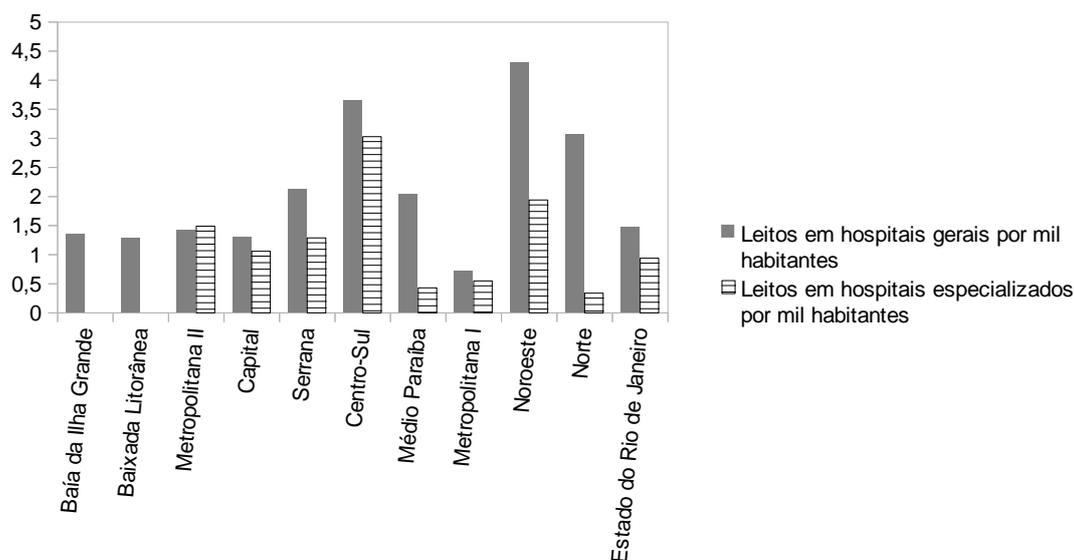
Em relação à taxa de leitos em hospitais gerais, a região Noroeste e Centro-Sul, obtiveram os maiores valores, respectivamente 4,3 e 3,65 leitos por mil habitantes. A Metropolitana I apresentou o menor valor do estado, 0,71 leitos por mil habitantes (Figura 5), indicando uma desproporção na distribuição de leitos no estado.

Se as taxas obtidas forem comparadas com a Portaria GM/MS 1101/2002⁶⁴, a qual estabelece um parâmetro de 2,5 a 3 leitos por mil habitantes, percebe-se que sete regiões ainda não alcançaram esse valor, enquanto, apenas três lograram atingir o referido parâmetro, quais sejam, Noroeste, Centro-Sul e Norte. Na região Centro-Sul, apesar dos valores encontrados serem superiores à média do estado (1,46), foram observadas grandes diferenças nessa região em relação a esse indicador, variando de 1,3 leitos por mil habitantes em Três Rios a 9,5 leitos por mil habitantes em Vassouras.

Kuschnir *et al*⁶⁰ chama a atenção para desigualdade da oferta de leitos no estado, onde o valor do indicador na Noroeste é mais de quatro vezes o da Metropolitana I. A autora observa em sua análise que há relativa suficiência de recursos de internação no estado, mas não em todas as regiões e com disparidades na oferta, resguardando a necessidade de se utilizar com cautela normas de necessidade de recursos, principalmente aquelas derivadas de séries históricas, como é o caso da portaria n.1.101⁶⁴.

A região Centro-Sul se destacou pela taxa de leitos em hospitais especializados, alcançando 3,03 leitos por mil habitantes. Entre esses leitos especializados, 90,16% são direcionados à internação Psiquiátrica e concentram-se no município de Paracambi. Em contraponto, a região Norte obteve a menor taxa do estado nesse indicador, 0,34 leitos por mil habitantes.

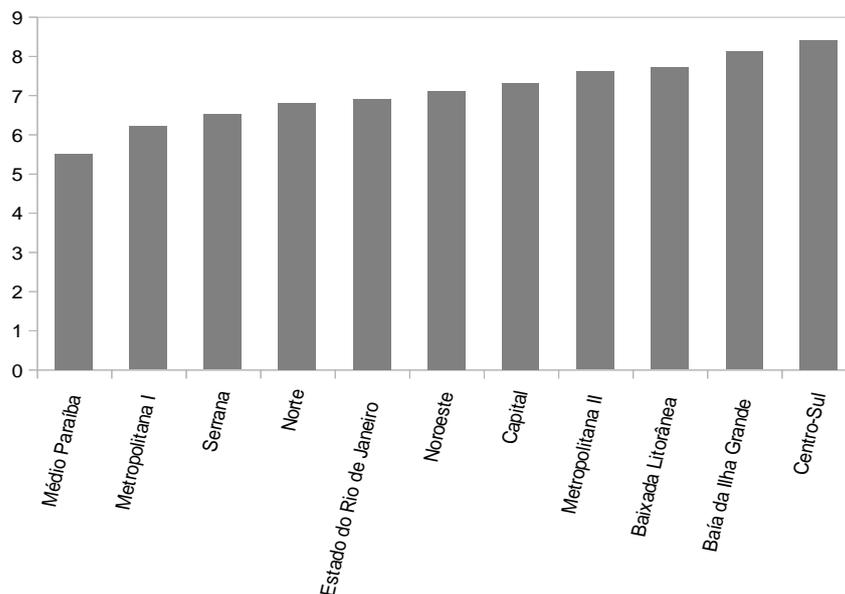
Figura 5- Taxa de leitos em hospitais gerais e especializados por mil habitantes segundo regiões - Rio de Janeiro, 2008.



Fonte: Atlas de serviços de saúde do Estado do Rio de Janeiro⁵⁹.

A região da Baía da Ilha Grande apresentou a maior produção ambulatorial de média e alta complexidade (Figura 6), alcançando 8,1 atendimentos por habitante, enquanto a região Médio Paraíba obteve o menor valor (5,5 atendimentos por habitante).

Figura 6- Produção ambulatorial de média e alta complexidade por habitante segundo regiões - Rio de Janeiro , 2008.



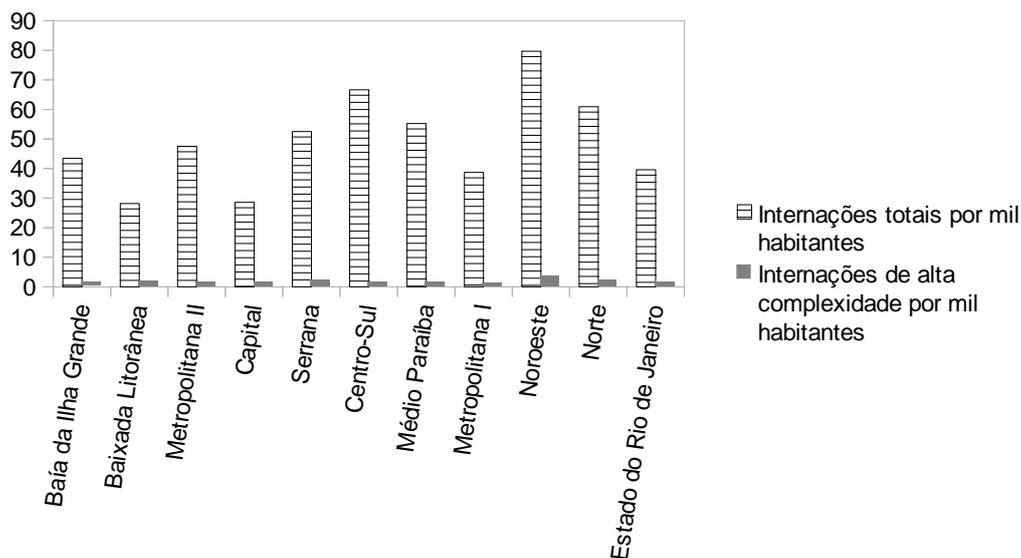
Fonte: Base de Indicadores dos Colegiados de Gestão Regional⁵⁹.

Entre as regiões que mais realizaram internações, observa-se a Noroeste (79,68 por mil habitantes) e Centro-Sul (66,64 por mil habitantes). A Capital, apesar da grande concentração de hospitais nessa região, apresentou uma das menores taxas de internação do estado (28,56 por mil habitantes)(Figura 7).

Em relação à taxa de internações de alta complexidade, os maiores valores foram observados nas regiões Noroeste (3,38 por mil habitantes) e Serra (2,13 por mil habitantes). A Metropolitana I obteve uma taxa de 1,03 por mil habitantes, a menor do estado.

Os fatores que explicam essa grande diferença nas taxas de internação, de acordo com Kuschnir *et al*⁶⁰, não estão relacionados às diferenças de perfil epidemiológico e nem à cobertura da ESF, mas sim à oferta diferenciada de serviços e sua acessibilidade.

Figura 7- Taxa de internações totais e de alta complexidade por mil habitantes segundo regiões - Rio de Janeiro, 2008.



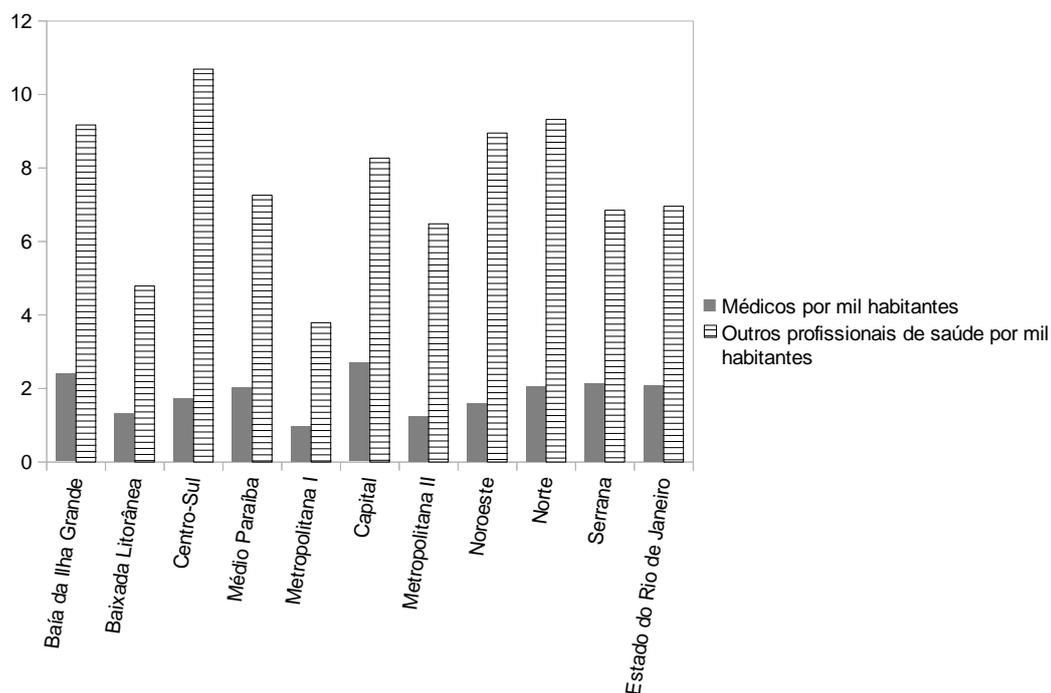
Fonte: Base de Indicadores dos Colegiados de Gestão Regional⁶¹.

Foram observados valores mais elevados, em relação à taxa de médicos, na Capital (2,68 por mil habitantes) e região da Baía da Ilha Grande (2,38 por mil habitantes). Na Metropolitana I, observou-se a menor taxa do estado (0,95 por mil habitantes). Os municípios que integram essa região apresentaram grandes diferenças em relação a esse indicador, a variação da taxa foi de 0,32 médicos por mil habitantes em Seropédica a 3,39 médicos por mil habitantes em Itaguaí (Figura 8).

A Metropolitana I também obteve a menor taxa no que se refere a outros profissionais de saúde (3,79 por mil habitantes), reforçando, novamente, uma grande variação intrarregional, em que Itaguaí apresentou uma taxa de 7,82 por mil habitantes e São João de Meriti, 1,96 por mil habitantes.

A região Centro-Sul obteve a maior taxa de outros profissionais de saúde por mil habitantes (10,69 por mil habitantes), seguida da região Norte, com 9,32 por mil habitantes.

Figura 8- Taxa de médicos e outros profissionais de saúde por mil habitantes segundo regiões - Rio de Janeiro, 2008.



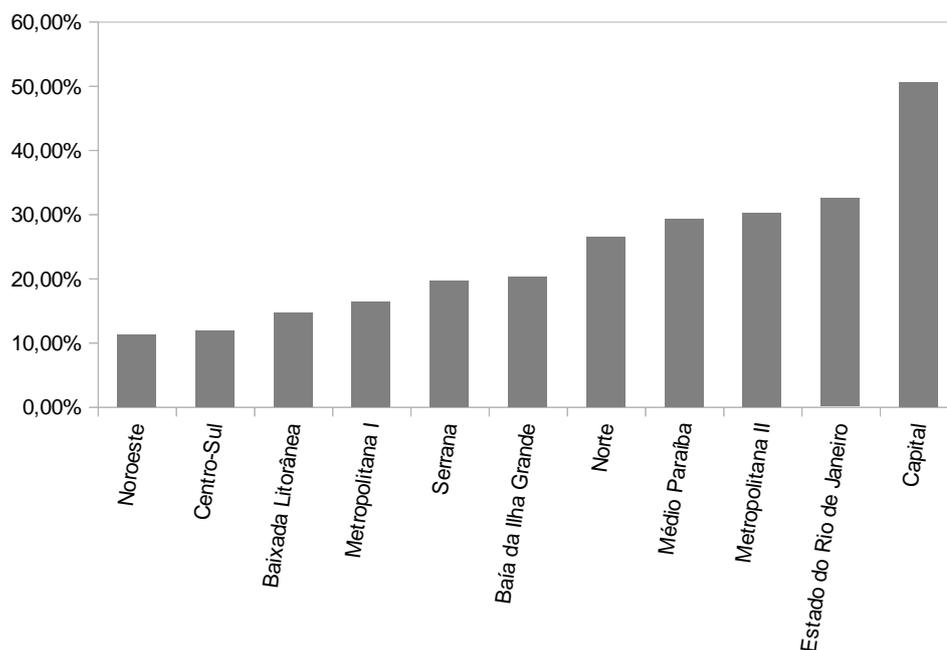
Fonte: Base de Indicadores dos Colegiados de Gestão Regional⁶¹.

De acordo com o Caderno de Informações em Saúde do estado do Rio de Janeiro-Saúde na Área⁵⁷, em relação aos Recursos Humanos, alguns problemas ganham destaque devido a sua ocorrência em diferentes regiões, como: a baixa qualificação e alta rotatividade dos profissionais, insuficiência de profissionais médicos e insuficiência de profissionais qualificados para atuar na Atenção Básica.

Identificou-se que as regiões com maior cobertura de planos privados de saúde são a Capital (50,52%) e a Metropolitana II (30,16%). Nesta última, Niterói é o município com maior cobertura (61,10 %), enquanto, outros municípios como Silva Jardim e Tanguá, possuem uma cobertura em torno de 4% (Figura 9). O alto poder aquisitivo da população residente dos municípios do Rio de Janeiro e Niterói possibilitam explicar as maiores coberturas de planos privados nessas localidades.

As regiões com menor cobertura de planos privados foram Noroeste (11,19%) e Centro-Sul (11,91%).

Figura 9- Cobertura dos planos privados de saúde segundo regiões - Rio de Janeiro, 2008.

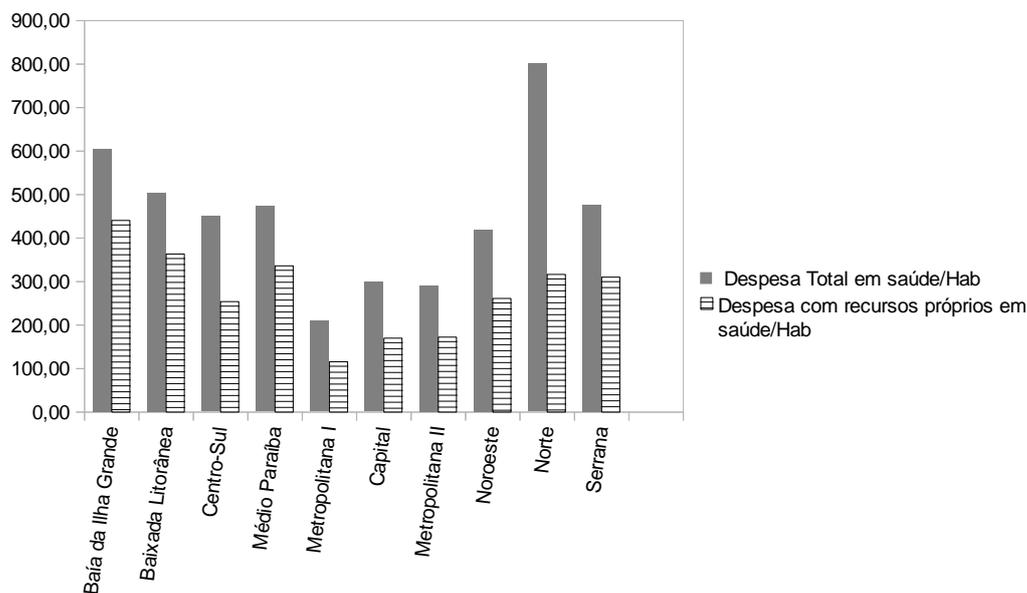


Fonte: Base de Indicadores dos Colegiados de Gestão Regional⁶¹.

A figura 10 evidencia a média dos valores informados pelos municípios em cada região em relação às despesas totais e com recursos próprios municipais em saúde. Observou-se que a região Norte apresentou o maior gasto total em saúde do estado (R\$ 799,17 por habitante). Entretanto, há grandes diferenças entre os municípios, com valores que variaram de R\$ 160,23 em São Fidélis a R\$ 2.173,00 em Quissamã. A Metropolitana I apresentou o menor gasto total por habitante entre as regiões (R\$ 207,80).

Em relação às despesas com recursos próprios municipais em saúde, destacou-se a região da Baía da Ilha Grande com o maior valor (R\$440,56) e a Metropolitana I com o menor (R\$ 115,79).

Figura 10- Despesa total e com recursos próprios municipais em saúde segundo regiões-Rio de Janeiro, 2008.

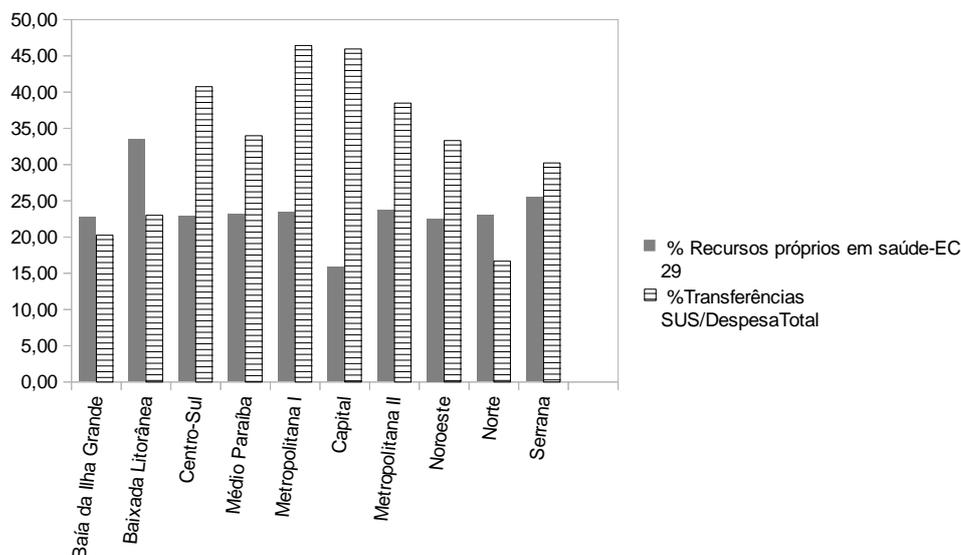


Fonte: Sistema de informação sobre Orçamentos Públicos em Saúde - SIOPS

Quanto ao indicador de cumprimento da Emenda Constitucional n.29/2000 percebe-se que a média municipal em todas as regiões apresentou-se acima do mínimo estabelecido pela emenda (mínimo de 15%). A região que obteve a maior participação percentual foi a Baixada Litorânea (33,34%), com destaque para o município de Rio das Ostras, cuja participação com receita própria em saúde foi de 72,79% (Figura 11).

A análise da participação percentual das transferências do SUS no total das despesas com saúde evidencia que os municípios das regiões Metropolitana I e Capital são os que mais recebem recursos oriundos de outras esferas de governo para suprir suas necessidades de gastos em saúde. Em contrapartida, a região Norte foi a que obteve menor participação de transferências na composição de das despesas municipais.

Figura 11- Percentual de recursos próprios municipais e transferências vinculadas à saúde segundo regiões - Rio de Janeiro, 2008.



Fonte: Sistema de informação sobre orçamentos públicos em saúde – SIOPS.

ⁱ A singularidade institucional prosseguirá até a transferência da capital, em 1960. Somente em 1975, com a fusão do antigo estado, é formalmente reconstituído o recorte territorial preexistente à constituição do Município Neutro.

ⁱⁱ Vale mencionar outros eventos importantes que ocorreram no Rio de Janeiro quando este já não era mais capital nacional, tais quais: o Golpe Militar de 1964, as passeatas de 1968, com a morte do estudante Edson Luiz, as campanhas eleitorais, após a luta pela abertura política e pela anistia, o grande comício das Diretas Já e a Passeata pelo impedimento do Presidente Fernando Collor de Mello⁴⁹.

ⁱⁱⁱ Entre 1971 a 1975, o Estado da Guanabara foi governado por Chagas Freitas, político do partido MDB, opositor ao ARENA, partido do governo central.

^{iv} A atuação de Chagas Freitas deu origem ao termo *chaguismo* para designar uma forma de conduzir a política e a máquina pública estatal caracterizada pelo personalismo e clientelismo, tendo em vista o bom desempenho eleitoral, em detrimento de benefícios sociais e coletivos.

^v Após a derrota de seu sucessor, Miro Teixeira, em 1982, Chagas mantém a máquina política até 1999 quando sai do Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB) e vai para o Partido Progressista (PP). Mas, segundo Gerschman⁵⁰, a máquina criada por ele sobrevive e é alimentada pelos políticos e pela sua dinâmica eleitoral até os dias de hoje.

^{vi} Companhia Siderúrgica Nacional, em Volta Redonda; Complexo Petroquímico da refinaria de Duque de Caxias; Fábrica de Motores, em Duque de Caxias.

^{vii} Devido à escassez de estudos relacionados às políticas da SES-RJ nesse período, não foram encontradas informações que indicassem quais os resultados e desdobramentos das ações iniciadas pelo NIDE.

^{viii} Decreto do governo do estado do Rio de Janeiro nº 41.659 de 23/01/2009.

^{ix} Deliberação CIB-RJ Nº 753 de 13 de novembro de 2009 constitui o Colegiado de Gestão Regional da Capital, composto pela Região de Saúde formada pelo município do Rio de Janeiro.

^x Essa região também obteve as maiores taxa de mortalidade por doenças endócrinas nutricionais e metabólicas (79,5 por 100 mil habitantes), doenças do aparelho respiratório (108,1 por 100 mil habitantes), doenças do aparelho digestivo (44,1 por 100 mil habitantes) e causas externas (197,2 por 100 mil habitantes). Possui taxas de internação por Acidente Vascular Cerebral de 30,90 por 10 mil (acima da

média do estado) habitantes e de Diabetes Mellitus e suas complicações de 12,34 por 10 mil habitantes (média do estado), as quais possibilitam uma avaliação indireta das ações voltadas para prevenção e controle dos fatores de risco para esses agravos⁵⁷.

^{xi} Esse indicador reflete a disponibilidade de infra-estrutura assistencial e de condições para o diagnóstico, bem como a capacitação profissional para preenchimento das declarações de óbito.

4 O PROCESSO DE CONFORMAÇÃO DOS COLEGIADOS DE GESTÃO REGIONAL NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

4.1 Indução e implantação inicial dos CGR

Os CGR foram instituídos oficialmente em 05 de maio de 2009, através da Deliberação CIB/RJ Nº 648/2009. Entretanto, é possível verificar a existência de iniciativas institucionais, motivos e interesses que antecederam e favoreceram a implantação dos CGR no estado do Rio de Janeiro.

Dentre essas iniciativas, destaca-se, ainda na década de 1990, a conformação de estruturas regionais, como as Vice-Presidências Regionais do COSEMSⁱ e os consórciosⁱⁱ de saúde e, nos anos 2000, as Centrais Estaduais Regionais de Regulaçãoⁱⁱⁱ e os Núcleos Descentralizados de Vigilância em Saúde (NDVS)^{iv}. As duas primeiras experiências se deram, principalmente, por iniciativa própria dos municípios, tendo em vista a possibilidade de maior integração dos processos de planejamento e execução de suas ações no espaço regional. Enquanto as demais experiências foram direcionadas pela Secretaria de Estado de Saúde (SES), com vistas a desenvolver práticas regionalizadas nas áreas de vigilância à saúde e regulação.

Outros fatores também contribuíram para que a regionalização ocupasse um papel de destaque nas políticas de saúde desenvolvidas no estado a partir de 2006. Entre esses, a ênfase na negociação regional e os incentivos à regionalização presentes nas políticas federais, e a necessidade de articulação das estruturas preexistentes e das ações em curso no Rio de Janeiro.

Segundo um dos representantes do COSEMS entrevistado na pesquisa:

Antes da implantação dos CGR, já havia uma multiplicidade de instâncias regionais e de ações com enfoque regional, como os consórcios, as Centrais de Regulação, os NDVS, os Comitês Regionais de Urgência e de Mortalidade Materna, entre outros. Havia uma demanda para que todas essas intervenções em âmbito regional, que muitas vezes atuavam de forma desarticulada, fossem mais integradas, e dessa forma, o CGR ofereceu uma resposta a essa necessidade (Representante do COSEMS).

Observou-se que as diretrizes e instrumentos propostos no Pacto pela Saúde informaram o planejamento estadual de saúde no período de 2008 a 2011. O estado do Rio de Janeiro aderiu ao Pacto no segundo semestre de 2007^v, assumindo uma série de atribuições e responsabilidades sanitárias relacionados ao Pacto de Gestão e pela Vida, que foram incorporadas no Plano Estadual de Saúde⁶⁵. Ressalta-se que o PES explicita

como uma de suas diretrizes estratégicas a redefinição da política de regionalização, envolvendo a implantação dos CGR em todas as regiões^{vi}.

Do mesmo modo, outras políticas federais vigentes no período fomentaram a pactuação intergovernamental no âmbito regional, como um pré-requisito para sua implantação e transferência de recursos financeiros. Isso estimulou a configuração dos CGR enquanto espaços privilegiados para negociação e estabelecimento de acordos entre os gestores. Alguns exemplos são a Política Nacional de Saúde do Trabalhador^{vii}, a Política Nacional de Atenção às Urgências^{viii} e a Política Nacional de Educação Permanente^{ix}.

Vale destacar que a adesão às propostas federais pela Secretaria de Estado de Saúde pode ter sido favorecida pelo contexto político à época, já que o partido do representante eleito para o governo do estado conformava uma das bases de apoio ao partido da Presidência da República.

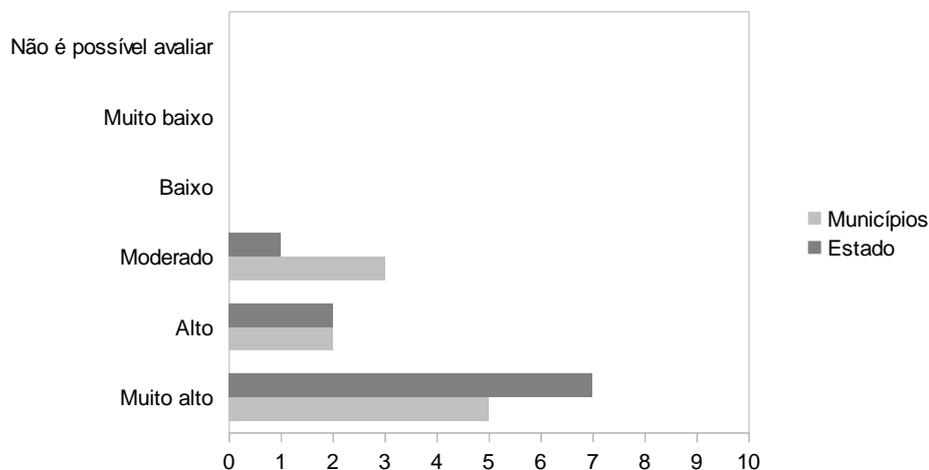
Ainda nesse período, percebeu-se a valorização do enfoque regional na formulação e implantação de políticas estaduais de saúde, bem como na distribuição de recursos próprios do estado para os municípios. Um dos representantes da SES expressa essa visão:

É perceptível um reconhecimento, cada vez maior, da região como um espaço de atuação. Por exemplo, os incentivos da SES relacionados ao Programa de Apoio aos Hospitais do Interior^x, os quais se destinam a hospitais de referência para a região e as capacitações realizadas pelas áreas técnicas da SES, que têm sido sempre direcionadas para as regiões (Dirigente da SES).

Mudanças ocorridas na estrutura organizacional da SES em 2009, também sugerem uma nova estratégia de condução da política de saúde no estado, em articulação com os processos de implantação dos CGR. No início de 2009, alterações nos cargos de alta Direção da SES levaram à extinção da Subsecretaria de Desenvolvimento do Sistema, responsável, entre outras funções, pelo planejamento regional da saúde. A partir de então, a condução do processo de regionalização passou a ser uma atribuição da Assessoria de Integração Regional^{xi}, subordinada à Subsecretaria Geral.

Para os coordenadores regionais dos CGR o grau de prioridade dado à implantação dos CGR tanto pelos municípios quanto pelo estado, tem sido muito alto ou alto, conforme pode ser observado na figura abaixo (Figura 12).

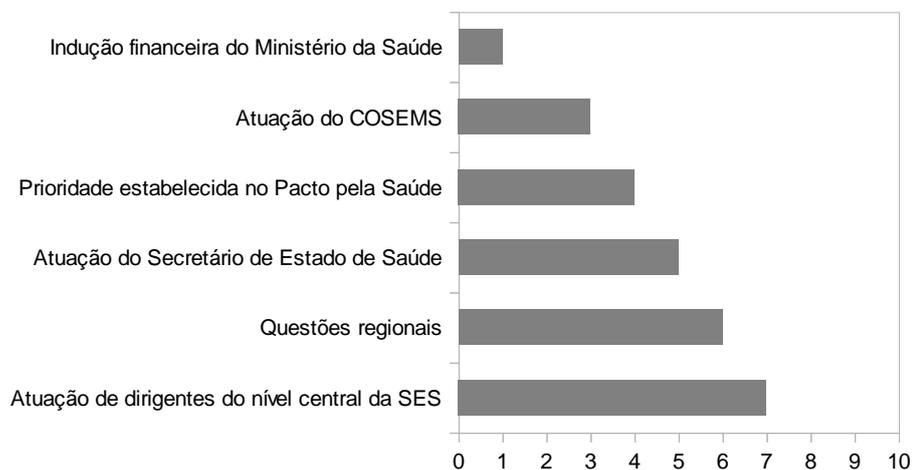
Figura 12- Grau de prioridade dado à implantação dos CGR pelos municípios e estado segundo percepção dos Coordenadores Regionais – Rio de Janeiro, 2011



Fonte: Entrevistas realizadas com os dez Coordenadores Regionais dos CGR no estado do Rio de Janeiro.

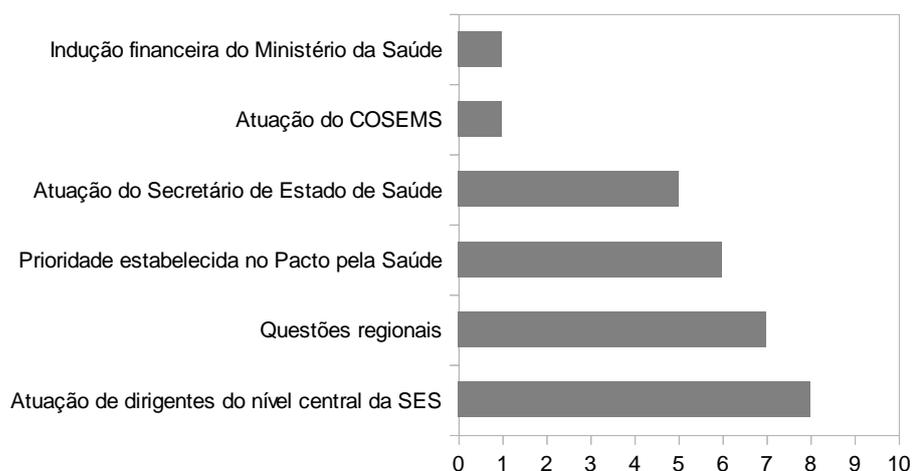
Segundo eles, os fatores que mais contribuíram para a incorporação dos CGR nas agendas da secretaria estadual e nos municípios na região foram a atuação de dirigentes do nível central da SES e as questões regionais (Figuras 13 E 14).

Figura 13 - Fatores que contribuíram para a incorporação dos CGR nas agendas dos municípios segundo percepção dos Coordenadores Regionais – Rio de Janeiro, 2011.



Fonte: Entrevistas realizadas com os dez Coordenadores Regionais dos CGR no estado do Rio de Janeiro.

Figura 14 - Fatores que contribuíram para a incorporação dos CGR na agenda do estado segundo percepção dos Coordenadores Regionais – Rio de Janeiro, 2011.



Fonte: Entrevistas realizadas com os dez Coordenadores Regionais dos CGR no estado do Rio de Janeiro.

No que concerne às questões regionais, dois aspectos se sobressaem. O primeiro se refere às dificuldades identificadas pelos gestores para organizar um sistema de saúde integral, que contemple todos os níveis de atenção, desde a atenção básica até a alta complexidade em âmbito municipal. Esse problema se agrava nos municípios de pequeno porte, cuja capacidade financeira mais limitada inviabiliza a concretização do princípio da integralidade dentro de seus limites territoriais. Tal limitação é ilustrada através da fala de um dos representantes do COSEMS:

Um dos principais dilemas de uma Secretaria Municipal de Saúde é garantir e ampliar o acesso aos serviços e garantir a integralidade das ações. Então, o CGR fortalece o diálogo entre os municípios e ajuda na construção de um sistema de saúde além dos limites do território municipal, facilitando o acesso das populações às ações e serviços de saúde (Representante do COSEMS).

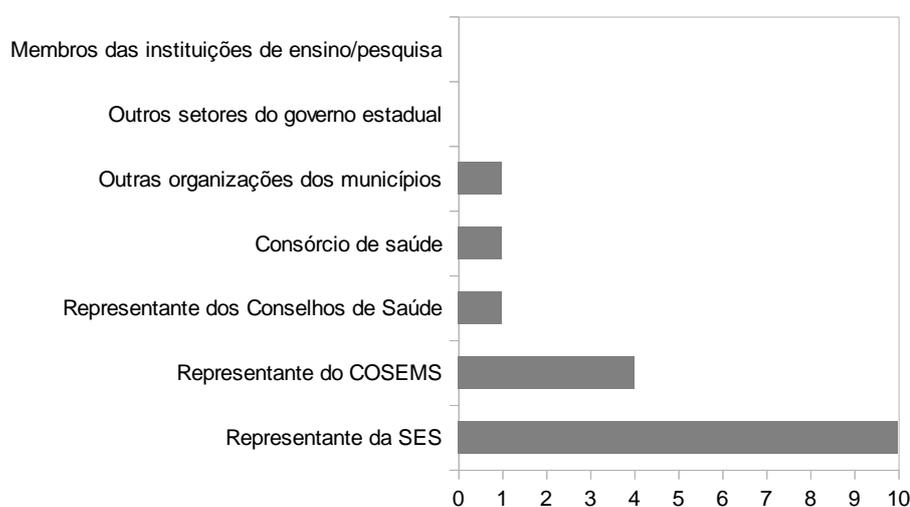
Dificuldades dessa natureza já se faziam presentes na realidade de muitos municípios do estado, para os quais a existência de mecanismos de integração intermunicipal tornou-se necessária (caso, por exemplo, dos consórcios intermunicipais de saúde instituídos no Rio de Janeiro).

Outro elemento que contribuiu para que os municípios apoiassem a implantação do CGR diz respeito à possibilidade de participação regular de um representante estadual nas reuniões. Primeiramente, porque a presença do estado, juntamente com a totalidade dos representantes municipais, potencializa as negociações. Em segundo lugar, tal conformação permite uma maior apropriação dos gestores estaduais às distintas realidades regionais, favorecendo a proposição e desenvolvimento de ações mais

específicas. No caso de algumas regiões mais distantes da Capital, como, por exemplo, a Noroeste, esse aspecto torna-se fundamental, pois permite o estabelecimento de uma relação mais estreita entre os municípios e a SES, o que antes não ocorria com facilidade.

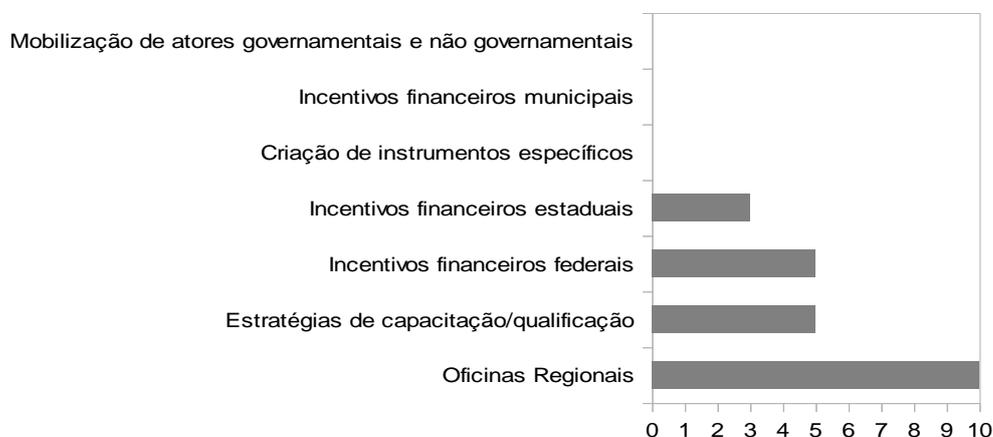
A atuação dos dirigentes do nível central, por sua vez, foi considerada pelos coordenadores como fundamental para o processo de implantação dos CGR (Figura 15), principalmente se considerarmos as estratégias e incentivos utilizados (Figura 16).

Figura 15 - Atores que participaram do processo de implantação dos CGR nas regiões segundo percepção dos Coordenadores Regionais – Rio de Janeiro, 2011.



Fonte: Entrevistas realizadas com os dez Coordenadores Regionais dos CGR no estado do Rio de Janeiro.

Figura 16- Estratégias e incentivos utilizados na implantação dos CGR nas regiões segundo percepção dos Coordenadores Regionais – Rio de Janeiro, 2011.



Fonte: Entrevistas realizadas com os dez Coordenadores Regionais dos CGR no estado do Rio de Janeiro.

Em 2007, a SES criou um Programa denominado “Saúde na Área”, cujo objetivo principal era aprofundar o conhecimento sobre a realidade municipal em todo o estado⁵⁷. Nesse período, as nove regiões do estado foram visitadas por uma equipe formada por técnicos da SES, pelo Secretário e Subsecretário de Saúde, tendo sido realizados seminários com prefeitos e secretários municipais de saúde.

Em fevereiro 2009, foi realizado como parte do Programa “Saúde na Área”, por meio de uma parceria entre a SES e o COSEMS, um novo evento nomeado de *Acolhida aos Secretários Municipais de Saúde*⁵⁷, com o propósito de apresentar aos recém-nomeados secretários municipais de saúde as diretrizes e definições do Pacto pela Saúde.

O evento teve como um de seus desdobramentos a realização de oficinas regionais cujos objetivos envolviam a elaboração de um diagnóstico situacional das regiões, a implantação dos CGR, a avaliação da adequação do desenho das regiões de saúde e a construção de uma agenda voltada para a revisão do Plano Diretor de Regionalização.

As oficinas regionais ocorreram em todas as regiões durante os meses de março e abril de 2009. Nessas oficinas foram conformados os Grupos Operacionais Provisórios (GOP), considerados embriões do CGR. A fim de subsidiar as discussões nestas oficinas, elaborou-se um Caderno de Informações Regionais, denominado Saúde na Área – Regionalização⁵⁷, reunindo uma série de informações relativas à oferta e produção de serviços da atenção básica, média e alta complexidade. Adicionalmente, foram analisados os fluxos migratórios das internações e procedimentos ambulatoriais entre municípios e regiões. Nesse processo, além da problematização da situação de saúde de cada região, também foram definidas as responsabilidades de cada esfera de governo e discutida a possibilidade de conformação de novos arranjos e recortes regionais. Através das oficinas, foram constituídos nove CGR, um para cada região do estado .

Embora o COSEMS não tenha sido mencionado pelos coordenadores regionais dos CGR como um ator muito relevante na implantação dessas instâncias (Figura 15), observou-se a atuação deste Conselho em várias iniciativas de apoio à regionalização no estado^{xii}. Além disso, o COSEMS teve uma participação importante na realização das oficinas regionais, mobilizando os secretários municipais de saúde para a implantação dos CGR, principalmente através de seus vice-presidentes regionais.

Dessa forma, para além de suas propostas iniciais, as oficinas lograram estabelecer uma relação mais cooperativa entre a SES e o COSEMS, marcada, em vários momentos anteriores, pelo distanciamento e por conflitos^{xiii}.

Com os CGR já instituídos, um aspecto crucial para garantir a regularidade do seu funcionamento, diz respeito à estruturação e organização de um espaço físico. Assim, foi estabelecido que, na maioria das regiões, a sede do CGR compartilharia o mesmo espaço físico com as estruturas descentralizadas e regionalizadas previamente estruturadas nas regiões. A instalação da sede do CGR no mesmo espaço físico do NDVS e das Centrais de Regulação visava não só ao aproveitamento de uma infraestrutura já existente, mas também representou uma estratégia para que o CGR pudesse se beneficiar de uma prática e de um relacionamento já estabelecido entre essas outras estruturas do estado e os municípios.

Além da estruturação de um espaço físico, a alocação de profissionais para integrar a instância administrativa do CGR, composta por um Coordenador Regional e um Secretário Executivo em cada região, também foi um incentivo importante para organização dessas instâncias colegiadas no estado. Destaca-se que todos os profissionais que compõe a instância administrativa dos CGR são funcionários vinculados a SES, muitos deles atuavam anteriormente no NDVS ou nas Centrais Regionais de Regulação, antes de assumirem as funções no CGR.

Houve também, durante o processo de implantação, incentivos financeiros estaduais voltados para aquisição de insumos, como mobiliário e computadores. Além dos incentivos mencionados, o Ministério da Saúde transfere, anualmente, ao Fundo Estadual de Saúde, montante de recursos financeiros, normalmente utilizado para custeio, no valor de vinte mil reais por CGR.

A indução financeira do Ministério da Saúde não foi destacada como um fator preponderante para a implantação dos CGR. No entanto, como mencionado anteriormente, outras políticas federais cujos critérios de repasse exigem uma organização regional, ainda que não estejam diretamente relacionadas à implantação dos CGR, têm impulsionado a regionalização e seus instrumentos.

Após a constituição dos CGR, iniciou-se o processo de formulação de um novo Plano Diretor de Regionalização. Nos meses de junho e julho de 2009, foram realizados três seminários de planejamento regional, com dois dias de duração cada. Cada região

contou com a participação de uma equipe de trabalho composta pelos secretários de saúde e suplentes por município do CGR, representante do nível central da SES e suplente, representante regional do CGR, um técnico de planejamento por município, um participante do Conselho Estadual de Saúde por região, equipe de orientadores (três pessoas por região) e equipe de apoio (quatro pessoas por seminário).

Cada região desenvolveu um plano de ação, contendo a identificação de problemas e situações que requeriam soluções, verificação dos fatores que, direta ou indiretamente, determinam situações consideradas insatisfatórias e o estabelecimento de ações que poderiam ser utilizadas como base para solucionar os problemas.

No início do ano de 2011, um novo ciclo de oficinas foi realizado, com vistas a avaliar e rever o funcionamento dos CGR.

4.2 Institucionalidade dos CGR

Nas oficinas regionais realizadas entre os meses de março a abril de 2009, procurou-se discutir a adequação e atualidade dos critérios utilizados para delimitação das regiões de saúde estabelecidas no Plano Diretor de Regionalização (PDR) de 2001. Esse momento representou, portanto, uma oportunidade para repensar a estruturação das regiões e definir a área de abrangência dos CGR, frente aos diversos interesses e relações intergovernamentais estabelecidas regionalmente.

As negociações entre os gestores acerca dos recortes das regiões deram origem aos CGR em maio de 2009, juntamente com a aprovação do Regimento Interno^{xiv}, único para todas as regiões. Apenas o CGR Capital foi constituído posteriormente.

Como mencionado anteriormente, a SES confeccionou um material denominado “Saúde na Área - Regionalização”⁵⁷ - contendo uma série de estudos e critérios para orientação e revisão do desenho regional da saúde, tais como: diagnóstico de saúde, suficiência da atenção básica, capacidade em média complexidade e parte da alta complexidade, fluxos, contigüidade territorial e arranjos políticos regionais.

Alguns municípios manifestaram interesse em integrar outras regiões de saúde, alegando, para tanto, a necessidade de racionalização e organização regional de serviços^{xv}. Entretanto, tais mudanças não se efetivaram.

Houve também iniciativas de tentar conformar uma nova região compatível com o recorte regional do Consórcio Intermunicipal de Desenvolvimento da Região Leste

Fluminense (CONLESTE), que atua no âmbito do Complexo Petroquímico do estado do Rio de Janeiro^{xvi}. Entretanto, essa proposta não foi concretizada tendo sido mantido o desenho anterior das regiões em conformidade com o PDR de 2001.

Um dos representantes do COSEMS ressaltou a diversidade de critérios envolvidos com a conformação de um recorte regional:

Com as discussões nas Oficinas, além de critérios como, capacidade instalada, contigüidade, acesso, outros aspectos importantes também estavam envolvidos, como, relações político-partidárias, relações entre Prefeitos e Secretários de Saúde (Representante do COSEMS).

Percebeu-se que não apenas argumentos pautados na racionalidade técnica e em critérios sanitários ou geográficos foram contemplados no estabelecimento dos desenhos regionais da saúde. A história das relações e os acordos políticos entre os municípios também foram determinantes desses processos. Entretanto, interesses e projetos econômicos relacionados ao desenvolvimento regional, expressos no caso do CONLESTE, tenderam a ser tratados de modo isolado, não tendo sido incorporados adequadamente no processo de regionalização da saúde.

Por outro lado, o próprio funcionamento dos CGR acabou por gerar a necessidade de revisão dos acordos estabelecidos no momento inicial de sua implantação. Alguns meses após o início regular das reuniões do CGR da Metropolitana I, a Capital propôs a constituição de uma região distinta. Essa proposta foi aprovada no CGR e encaminhada para a CIB, onde também obteve aprovação, sendo criado, portanto, o CGR Capital^{xvii}. Embora tenha obtido aprovação na CIB, esse encaminhamento não foi homologado pela CIT, já que o Ministério da Saúde não concordou com a criação de um CGR conformado apenas por um município.

O Ministério da Saúde argumentou que a Capital poderia se organizar internamente em regiões, fato que já ocorre desde 1993, através da divisão em Áreas Programáticas^{xviii}, porém não poderia ser reconhecida como uma região com um CGR próprio, pois o CGR consiste por natureza em um colegiado intermunicipal. Essa separação gerou diversos debates entre a Capital, municípios da Metropolitana I, SES e Ministério da Saúde a fim de dar um encaminhamento adequado à situação.

Foram mencionados pelos os entrevistados alguns motivos que concorreram para o desmembramento.

O primeiro deles estava relacionado ao fato que a Capital poderia ser considerada ela própria uma região, já que possui auto-suficiência de serviços de saúde na atenção básica, média e alta complexidade, além de características sócio-culturais e demográficas específicas.

Outro motivo se referia à possibilidade de os municípios da Metropolitana I, com o desmembramento, terem mais chances de se organizar, já que o foco das discussões no CGR estava sempre direcionado para assuntos da Capital, inibindo o desenvolvimento do restante da região. Sem a Capital, a Região Metropolitana seria conformada por municípios que poderiam dialogar de forma mais simétrica, pois a Capital apresentava características muito distintas dos demais municípios.

Por último destacou-se que o CGR Capital foi definido a fim de facilitar o planejamento interno desse município, com a participação do estado, tendo em vista que a Capital é referência para todas as regiões. Assim, o sistema de saúde do município poderia ser planejado para atender a todo o estado e não só à região Metropolitana I.

A despeito dos argumentos ressaltados acima, vale recordar que, historicamente, o espaço territorial atualmente denominado município do Rio de Janeiro, sempre esteve desarticulado do restante do território fluminense. Após um longo tempo como Capital nacional e, posteriormente, como estado da Guanabara, esse território teve dificuldades de se integrar e se identificar como Capital do estado do Rio de Janeiro^{xix}.

Da mesma forma que foram apresentados fatores favoráveis à separação, outros motivos ressaltaram a manutenção da sua conformação original, gerando grandes debates entre os gestores.

Alguns dos motivos que concorreram para a defesa do retorno da Capital para sua região de origem referiam-se ao fato de que a Região Metropolitana concentra um enorme contingente populacional, que trabalha e utiliza os diversos serviços existentes neste território, inclusive os de saúde. A Capital, devido à sua concentração tecnológica, pode atender residentes de outras regiões do estado, entretanto, são os residentes dos municípios que compõe a região Metropolitana que utilizam em maior quantidade e frequência os serviços existentes na Capital.

Além disso, a conformação do CGR Capital é bem diferenciada dos demais, já que os membros desse colegiado são representantes da SES e do município do Rio de Janeiro. Essa organização não permite o desenvolvimento de uma discussão regional e

impede a troca de experiência entre gestores municipais, favorecendo um maior isolamento da Capital em relação à problemática da Região Metropolitana.

Foi realizada no dia 22 de dezembro de 2010 uma reunião conjunta entre os CGR Capital e Metropolitana I, na qual, representantes do estado apresentaram a proposta de redefinição do desenho da região Metropolitana I, com o retorno do município de Rio de Janeiro, com vistas a estreitar a relação entre a Capital e os municípios da Baixada Fluminense⁶⁶. Argumentou-se que a Baixada Fluminense e o município do Rio de Janeiro não devem atuar isoladamente, sendo importante que ambos discutam e operacionalizem os processos regionais de forma conjunta. O representante municipal do CGR Capital advertiu que o município do Rio de Janeiro, após a separação, obteve diversos avanços e que tal proposta de reunificação deveria ser pensada e negociada com maior cautela.

Essas discussões permaneceram ao longo de 2011, sendo que Capital voltou a integrar a Região Metropolitana I^{xx} em agosto de 2011.

Todos os CGR iniciaram suas atividades no ano de 2009 e, em cinco regiões, a primeira reunião ocorreu em maio, mês em que os CGR foram instituídos. Até março de 2011, o conjunto dos CGR realizou, em média, dezenove reuniões ordinárias e cinco extraordinárias (QUADRO 3). Em todas as regiões, houve a ocorrência de reuniões programadas que foram canceladas ou adiadas. O principal motivo para o cancelamento ou adiamento esteve relacionado à dificuldade de conciliar as agenda de todos os participantes do CGR.

Quadro 3- Mês em que ocorreu a primeira reunião e número aproximado de reuniões ordinárias e extraordinárias dos CGR segundo regiões, Rio de Janeiro - 2009 a 2011.

Regiões	Mês de 2009 em que ocorreu a primeira reunião do CGR nas	Nº aproximado de reuniões ordinárias realizadas	Nº aproximado de reuniões extraordinárias realizadas
Baía da Ilha Grande	Maio	21	1
Baixada Litorânea	Maio	23	2
Centro-Sul	Maio	14	9
Médio Paraíba	Maio	21	0
Noroeste	Maio	21	3
Metropolitana II	Junho	17	9
Norte	Julho	20	1
Metropolitana I	Agosto	20	14
Serrana	Agosto	19	4
Capital	Dezembro	10	3

Fonte: Entrevistas realizadas com os dez Coordenadores Regionais dos CGR no estado do Rio de Janeiro.

No período da pesquisa, os CGR contavam com espaço próprio de funcionamento, exceto o CGR Capital. Todos possuíam uma sede administrativa, a maioria com espaço para reuniões. Em quase todas as regiões, a sede administrativa do CGR, como visto anteriormente, está situada no mesmo espaço físico do Núcleo de Vigilância em Saúde (NDVS) e da Central Regional de Regulação. Em algumas regiões, todos os serviços considerados de caráter regional, como NDVS, Central de Regulação, Consórcio, estão alocados no mesmo prédio. Embora os CGR tenham sido contemplados com alguns recursos materiais, como computadores e mobiliário, outros recursos necessários são compartilhados com essas estruturas regionais, principalmente com os NDVS.

Como enfatizado, os CGR dispunham de recursos financeiros e humanos próprios. Em relação aos recursos financeiros, destaca-se o repasse do Ministério da Saúde para o fundo estadual de saúde destinado ao apoio à organização e funcionamento de cada CGR, enquanto os recursos humanos resumiam-se à instância administrativa do CGR, composta pelo Coordenador Regional e Secretaria Executiva.

A organização dos CGR incluía a realização de Plenárias, Câmaras Técnicas e Grupos de Trabalho. As Plenárias e Câmaras Técnicas geralmente aconteciam uma vez ao mês. As Plenárias, tanto ordinárias quanto extraordinárias, eram compostas pela totalidade de secretários municipais de saúde e um representante do nível central do estado. Para terem caráter deliberativo deveriam apresentar quórum de maioria absoluta, correspondendo à presença de metade dos representantes da região mais um. A presença do Representante do Nível Central do estado ou do Coordenador Regional também se fazia necessária para garantir o caráter deliberativo da reunião. Cada membro titular devia designar um suplente para substituí-lo em caso de sua ausência. Além desses representantes citados, participavam o coordenador regional do CGR e o secretário executivo. Como relatado, o CGR Capital possuía uma conformação diferenciada dos demais colegiados.

As Câmaras Técnicas ofereciam subsídios técnicos, por meio de documentos, informações e recomendações, para as discussões propostas na pauta da Plenária. Tais reuniões incluíam a participação dos representantes técnicos dos municípios, o coordenador regional e o secretário executivo, além de técnicos convidados para a discussão.

Os Grupos de Trabalho (GT) foram criados pelos membros do CGR e podiam ser transitórios ou permanentes, tendo como finalidade a realização de estudos técnicos sobre políticas e programas de interesse para a saúde, cujos produtos deveriam colaborar para as decisões da plenária. Alguns GT mencionados pelos coordenadores regionais foram: GT de Vigilância em Saúde, GT de Regulação, GT da Dengue, GT da Atenção Básica, GT de Planejamento Regional e Comitê de Urgência e Emergência.

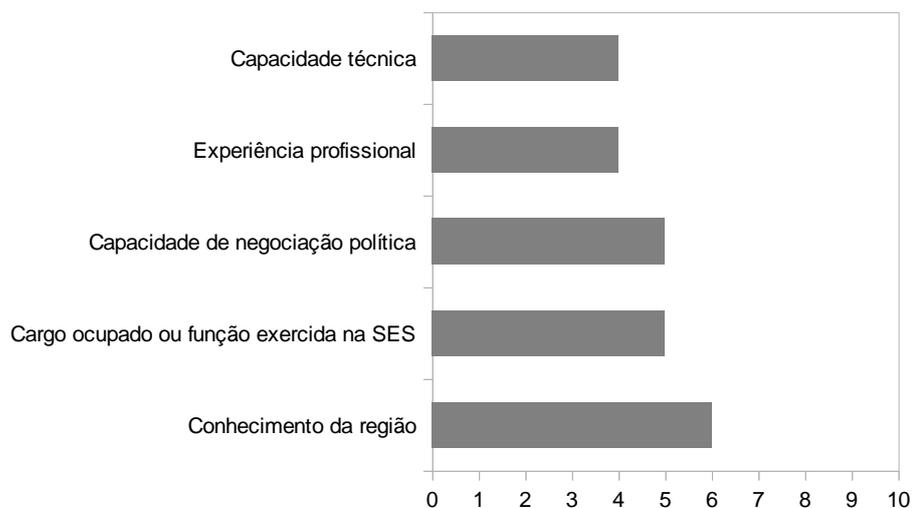
Em relação aos representantes do nível central da SES, vale destacar que estes ocupavam cargos de chefia em diferentes setores e eram responsáveis pela coordenação da Plenária do CGR. Na sua ausência, a condução das discussões era atributo do coordenador regional do CGR.

Por sua vez, os Coordenadores Regionais do CGR eram responsáveis pela convocação das reuniões ordinárias e extraordinárias, coordenação das plenárias na ausência do representante do nível central, divulgação das análises e deliberações da Plenária e supervisão do funcionamento da Câmara Técnica, dos Grupos de Trabalho e da Secretaria Executiva do CGR.

Enquanto a Secretaria Executiva, instituída juntamente com o Regimento Interno, desempenhava funções relacionadas ao envio de convocação, registro das reuniões, divulgação das informações, assessoria à coordenação e apoio aos Grupos de Trabalho, apoio e esclarecimento de dúvidas dos municípios.

A escolha do Coordenador do CGR e do Representante do nível central da SES era feita por indicação da SES e os principais fatores que influenciaram essa escolha relacionaram-se ao conhecimento da região, capacidade de negociação política e cargo ocupado ou função exercida na SES (Figura 17).

Figura 17 - Fatores que influenciaram a escolha do representante estadual nos CGR segundo percepção dos Coordenadores Regionais– Rio de Janeiro, 2011.



Fonte: Entrevistas realizadas com os dez Coordenadores Regionais dos CGR no estado do Rio de Janeiro.

O e-mail foi ressaltado como o mecanismo mais utilizado para divulgação do calendário, convocações e pautas das reuniões, bem como dos acordos governamentais.

Foram observadas variações entre as regiões no funcionamento dos CGR. Essas variações estão, muitas vezes, relacionadas às características mais específicas de cada região, e refletem os condicionantes econômicos, sociais, culturais da região, ou ligadas à organização do sistema de saúde e à existência de práticas pré-existentes de planejamento regional.

De acordo com um dos representantes da SES:

Os CGR refletem como uma determinada região está (Dirigente da SES-RJ).

Há regiões no estado que apresentam dificuldades econômicas e que são mais frágeis em diversos aspectos como, disponibilidade de profissionais qualificados, conhecimento dos processos relacionados à gestão da saúde, controle de seus próprios recursos. Não sem razão, essas regiões se encontravam em um estágio incipiente de funcionamento do CGR no momento da pesquisa e necessitavam de maior apoio da SES.

Por outro lado, regiões em que há maior disponibilidade de recursos financeiros e humanos ou nas quais já eram desenvolvidas práticas de planejamento regional e

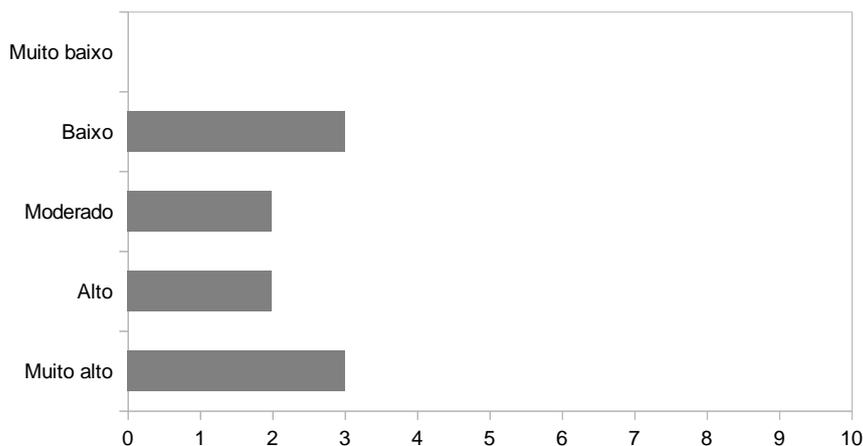
negociação intergovernamental, o funcionamento dos CGR ocorria de maneira mais fluente.

Tendo em vista essas variações entre as regiões, a SES com o apoio do COSEMS/RJ, direcionou esforços em busca de maior uniformização e normatização do funcionamento dos CGR. Estava sendo elaborada uma Instrução Normativa com maior grau de detalhamento que o Regimento Interno já existente, com vistas a padronizar ainda mais o funcionamento dos CGR, inclusive em relação aos fluxos institucionais e decisórios.

Segundo representantes do COSEMS e da SES, a atuação dos Coordenadores Regionais e da Secretaria Executiva foi um dos fatores centrais para o bom funcionamento dos CGR. Eram estes os responsáveis por estabelecer um diálogo entre a SES e os municípios e desenvolver um trabalho de organização das reuniões e convocação dos participantes. Esse era um aspecto estava ausente nas reuniões das Vice-Presidências Regionais do COSEMS, cuja organização ficava a cargo do próprio Vice-Presidente, fato que dificultava o desenvolvimento desse fórum regional. As Câmaras Técnicas e Grupos de Trabalho também se mostraram importantes, principalmente, no que diz respeito ao suporte técnico para subsidiar as negociações e a tomada de decisão no CGR.

Dentre os fatores que dificultavam o funcionamento do CGR, foi mencionada a baixa regularidade da participação dos representantes municipais em algumas regiões (Figura 18). Há regiões em que tanto o Secretário Municipal quanto seu suplente não comparecia às reuniões. Em outros casos, predominava a participação do suplente. Embora estivesse previsto no Regimento Interno do CGR a representação municipal através de um suplente, nem sempre este possuía poder suficiente para tomar decisões, dificultando o processo decisório e adiando alguns encaminhamentos.

Figura 18 - Regularidade da participação dos representantes municipais nas reuniões do CGR no período de 2009 a 2011 segundo percepção dos Coordenadores Regionais– Rio de Janeiro, 2011.

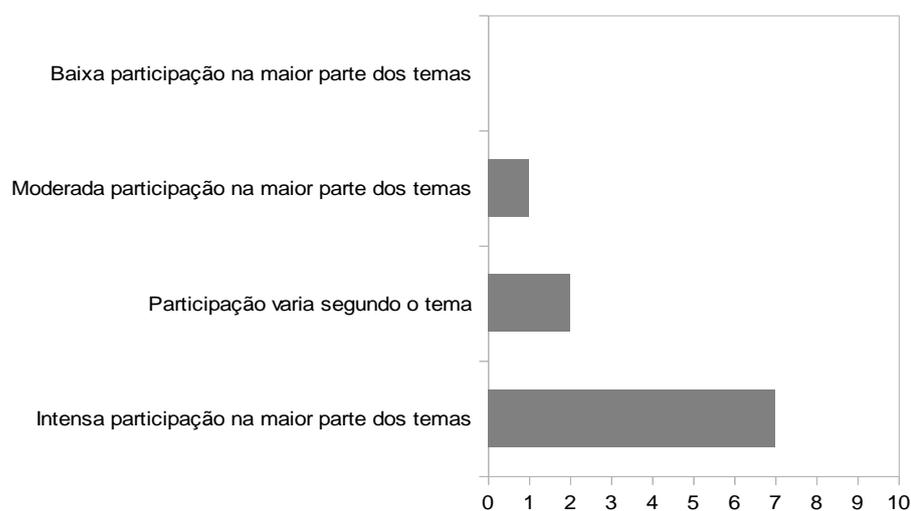


Fonte: Entrevistas realizadas com os dez Coordenadores Regionais dos CGR no estado do Rio de Janeiro.

Outro fator prejudicial para o funcionamento dos CGR se refere às mudanças recorrentes de Secretários Municipais de Saúde, pois gera a necessidade de reiniciar processos que já estavam em andamento, impedindo a continuidade de algumas ações^{xxi}.

No que tange a qualidade da participação, foi observado que na maior parte das regiões os municípios participavam intensamente das discussões (Figura 19).

Figura 19 - Qualidade da participação dos municípios nos CGR no período de 2009 a 2011 segundo percepção dos Coordenadores Regionais – Rio de Janeiro, 2011.



Fonte: Entrevistas realizadas com os dez Coordenadores Regionais dos CGR no estado do Rio de Janeiro.

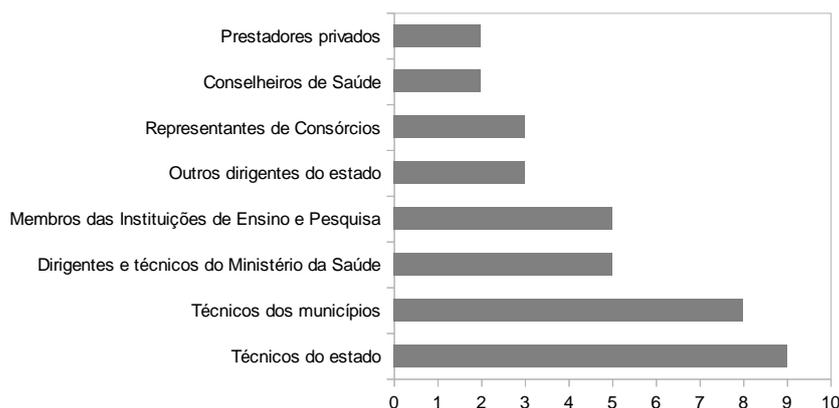
Destaca-se que os representantes do nível central da SES ou seus suplentes participavam regularmente das reuniões. De forma geral, a maior parte dos CGR,

contava com a presença de técnicos do estado e dos municípios. Em algumas regiões, também já estiveram presentes técnicos e dirigentes do Ministério da Saúde.

Além dos integrantes formais do CGR, outros atores participaram das reuniões de modo eventual mediante aprovação prévia e consensual do CGR. Nas regiões, onde há consórcios mais consolidados, estes, muitas vezes, se fizeram presentes por meio de seus técnicos.

Outros atores como prestadores privados, conselheiros de saúde e membros de instituições de ensino e pesquisa participaram de reuniões cujo tema abordado referiu-se a sua área de atuação. Esses atores participaram, geralmente, prestando informação sobre algum assunto específico e, em menor grau, expressando suas opiniões, porém sem participar das deliberações (Figura 20).

Figura 20- Participação de outros atores nas reuniões dos CGR, além de seus integrantes formais, no período de 2009 a 2011 segundo percepção dos Coordenadores Regionais– Rio de Janeiro, 2011.



Fonte: Entrevistas realizadas com os dez Coordenadores Regionais dos CGR no estado do Rio de Janeiro.

Em conformidade com o representante do COSEMS, a participação de diversos atores relevantes para as regiões nas plenárias e nas Câmaras Técnicas dos CGR foi fundamental, já que estes eram capazes de agregar conhecimentos e contribuir para a construção conjunta de políticas de saúde.

Durante o desenvolvimento das oficinas regionais, discutiu-se sobre a representação dos Conselhos de Saúde nos CGR. Entretanto, chegou-se ao entendimento de que essa instância tinha como escopo a negociação entre gestores, não se caracterizando como um espaço destinado ao controle social. Essa definição gerou conflitos entre o CGR e os Conselhos de Saúde.

Em uma região, houve uma proposta de conformação de um grupo representativo de conselheiros municipais que encaminharia ao CGR as discussões regionais pertinentes ao controle social. No entanto, os próprios conselheiros não chegaram a um entendimento sobre o assunto e o caráter deliberativo dos CGR.

Um dos representantes do estado destacou que embora os Conselhos de Saúde não participassem das Plenárias do CGR, eles poderiam atuar nas Câmaras Técnicas e Grupos de Trabalho, como uma forma de aproximação dos processos desenvolvidos no âmbito regional.

4.3 Processo político e padrões de relacionamento dos CGR

Principais influências na definição da pauta, temática predominante, natureza e tipos de relações intergovernamentais nos CGR

As primeiras reuniões dos CGR abordaram assuntos relacionados à organização dessas instâncias colegiadas. Inicialmente, definiu-se entre os gestores, o município que abrigaria a sede do CGR, bem como as outras estruturas descentralizadas da SES já existentes, NDVS e Central Regional de Regulação. Foram realizadas, também, discussões acerca do Regimento Interno, resultando em sua aprovação por todas as regiões.

No decorrer das reuniões, alguns temas foram abordados recorrentemente, quais sejam, a Programação Pactuada Integrada (PPI)^{xxii} e a Regulação da rede assistencial.

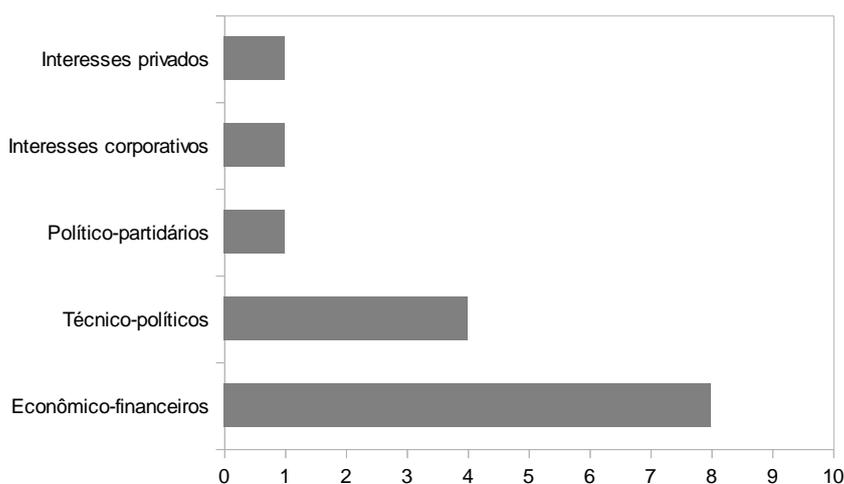
Encontrava-se em desenvolvimento a construção de uma nova PPI da assistência no estado, tendo em vista que sua última versão remonta ao ano de 2002. Iniciou-se, portanto, em novembro de 2009 um processo de atualização desse instrumento com a finalidade de redefinir os fluxos assistenciais. Para tanto, foram realizadas oficinas regionalizadas que envolveram a discussão desse instrumento, com o intuito de definir e pactuar as referências entre os municípios, dando subsídios para a reformulação da PPI do estado. Todos os CGR se envolveram com esse processo que ocasionou diversos impasses, pois implica a definição de responsabilidades de cada ente na organização da rede assistencial e a alocação de recursos financeiros federais para assistência ambulatorial e hospitalar de média e alta complexidade no SUS. Inclusive, a atualização da PPI foi considerada pelos Coordenadores Regionais como um dos temas que gerou maior divergência nas reuniões.

Outro tema controverso abordado no âmbito do CGR referiu-se à regulação da rede de atendimento hospitalar. Houve diversas críticas por parte dos municípios em relação à dificuldade de acessar os leitos regulados pelo estado^{xxiii}. Nessas discussões, destacaram-se problemas relativos à definição do fluxo de referências entre os municípios e à falta de informação sobre os leitos disponíveis para regulação. Foram observados, também, conflitos entre estado e municípios no que concerne à responsabilidade no financiamento de alguns procedimentos.

Em contrapartida, um dos temas de maior convergência referiu-se à melhoria da Atenção Básica. Um maior consenso em relação a esse tema relacionou-se principalmente a uma estratégia implantada pela SES de co-financiamento da Atenção Básica^{xxiv}, a qual aprovou critérios para a qualificação das Unidades de Atenção Básica e regulamentou o repasse de incentivos financeiros oriundos do estado. A transferência dos recursos estaduais para os fundos municipais de saúde dependem de compromissos assumidos pelos municípios relativos à ampliação e qualificação da Atenção Básica.

Percebe-se que as temáticas que envolveram necessidade de negociação para compartilhamento de recursos na região e definição de responsabilidades causaram maiores divergências entre os municípios e estado, tornando o processo decisório mais lento. De acordo com os coordenadores dos CGR, o aspecto econômico financeiro foi um importante motivo de conflito nas reuniões (Figura 21).

Figura 21 - Principais motivos de conflito intergovernamental nos CGR no período de 2009 a 2011 segundo percepção dos Coordenadores Regionais – Rio de Janeiro, 2011.



Fonte: Entrevistas realizadas com os dez Coordenadores Regionais dos CGR no estado do Rio de Janeiro.

Outros assuntos também foram amplamente abordados em todos os CGR, tais quais: a conformação de Comitês de Urgência e Emergência e Comissões Permanentes de Integração Ensino e Serviço (CIES).

Em 2010, foram conformados, por meio de deliberações da CIB, Comitês de Urgência e Emergência em cada região do estado. Tais comitês realizaram análises sobre a capacidade instalada das regiões com vistas a oferecer subsídios para definição dos fluxos da rede de urgência e emergência. A partir da definição e pactuação dos fluxos desta rede, seriam elaborados os Planos Regionais de Urgência e Emergência nas regiões.

A conformação das Comissões Permanentes de Integração Ensino e Serviço também foi ponto de pauta de todos os CGR. Estas foram instituídas em 2010 através de Deliberações da CIB e tinham como objetivo apoiar tecnicamente os CGR na elaboração de Planos Regionais de Educação Permanente em Saúde. Ao final deste mesmo ano, duas regiões já haviam construído seus planos, enquanto as outras regiões ainda se encontravam em fase de elaboração dos mesmos.

Os campos da atenção à saúde que receberam maior ênfase nas reuniões dos CGR foram Assistência à Saúde, seguido das áreas de Vigilância Epidemiológica e Formação e Gestão de Recursos Humanos (Figura 22).

Figura 22- Principais campos da atenção à saúde discutidos nas reuniões dos CGR segundo percepção dos Coordenadores Regionais no período de 2009 a 2011– Rio de Janeiro, 2011.



Fonte: Entrevistas realizadas com os dez Coordenadores Regionais dos CGR no estado do Rio de Janeiro.

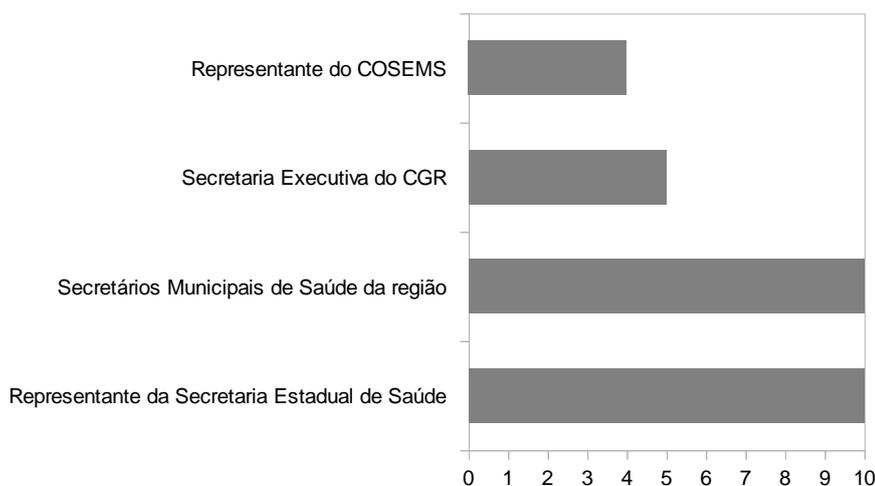
Em relação aos temas relativos ao Pacto pela Saúde, houve uma iniciativa da SES de ir às regiões com objetivo de apresentar as diretrizes e propostas desse

documento e dar orientações sobre a assinatura do Termo de Compromisso. Muitos municípios apresentavam dúvidas acerca dos procedimentos necessários para aderir ao Pacto e das vantagens dessa adesão. Apesar dessa iniciativa da SES, houve resistência por parte de diversos municípios, muitos deles receosos em relação às suas reais condições de assumirem as responsabilidades previstas.

Reconhecidos os temas que tiveram maior destaque nas reuniões, torna-se importante verificar como foram conformadas as pautas que orientaram as discussões realizadas nas regiões. Podemos, assim, identificar quais os atores com maior influência sobre a definição da pauta e a origem das demandas que integram a agenda de discussão.

Os atores que exerceram maior influência sobre a definição da pauta dos CGR foram os representantes da SES e os Secretários Municipais de Saúde (Figura 23).

Figura 23 - Principais atores que influenciaram na definição da pauta de discussão dos CGR no período de 2009 a 2011 segundo percepção dos Coordenadores Regionais – Rio de Janeiro, 2011.

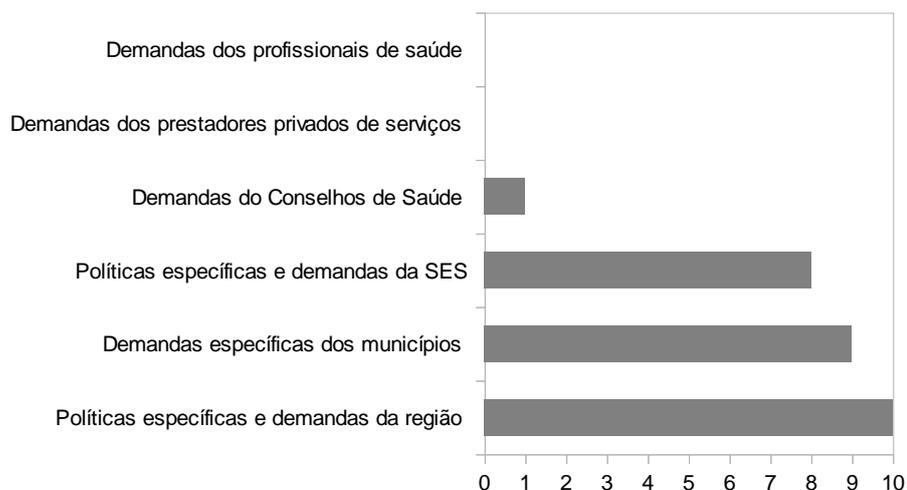


Fonte: Entrevistas realizadas com os dez Coordenadores Regionais dos CGR no estado do Rio de Janeiro.

A construção dessa agenda sugere a constituição de um processo compartilhado, envolvendo os representantes municipais e estaduais. Destaca-se que o COSEMS participou em menor grau desse tipo de decisão.

As demandas e políticas específicas das regiões prevaleceram na definição das pautas dos CGR, seguida pelas demandas específicas dos municípios e demandas da SES (Figura 24).

Figura 24 - Fatores que influenciaram a pauta de discussão dos CGR no período de 2009 a 2011 segundo percepção dos Coordenadores Regionais– Rio de Janeiro, 2011.

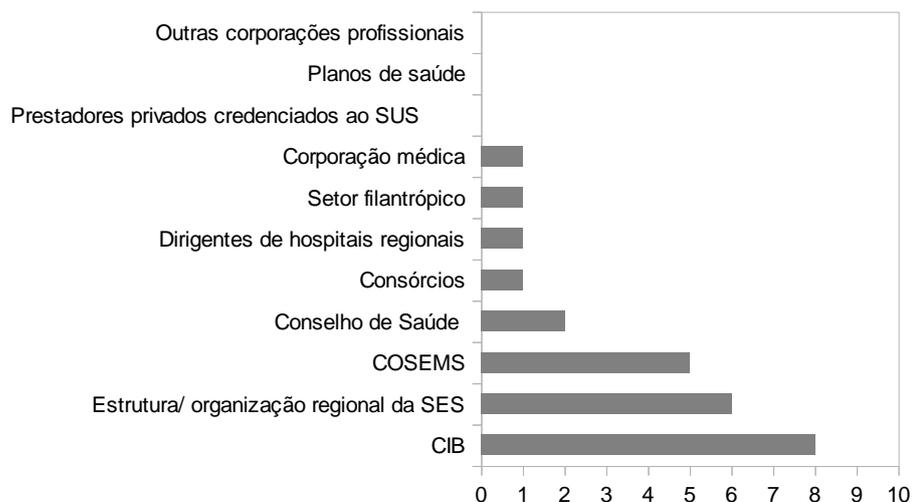


Fonte: Entrevistas realizadas com os dez Coordenadores Regionais dos CGR no estado do Rio de Janeiro.

O território e a região são conformados por diversos atores e instituições que, embora não participem formalmente dos CGR, influenciam a tomada de decisões nestas organizações.

Observou-se, portanto, que o processo decisório nos CGR foi influenciado predominantemente por instâncias e instituições governamentais, como a CIB, as estruturas ou organizações regionais da SES e o COSEMS, que são representativas do poder público, nas esferas estaduais e municipais. De acordo com os coordenadores regionais, o setor privado não teve destaque no que se refere à influência sobre as decisões tomadas no âmbito dos CGR (Figura 25).

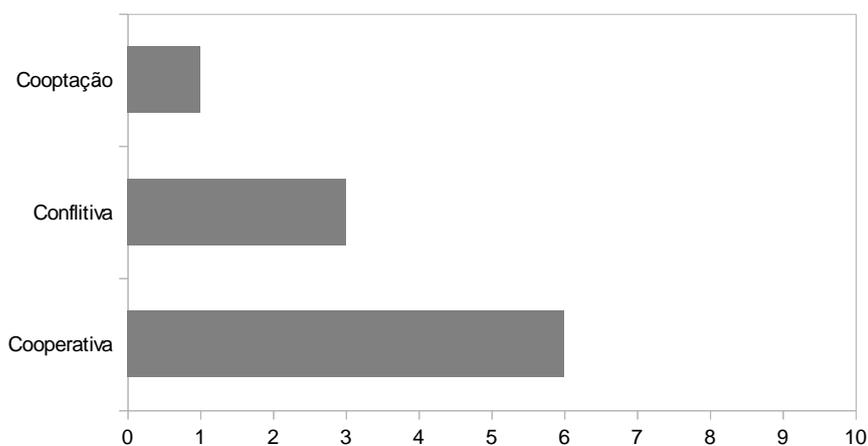
Figura 25 - Atores que influenciaram o processo decisório nos CGR no período de 2009 a 2011 segundo percepção dos Coordenadores Regionais – Rio de Janeiro, 2011.



Fonte: Entrevistas realizadas com os dez Coordenadores Regionais dos CGR no estado do Rio de Janeiro.

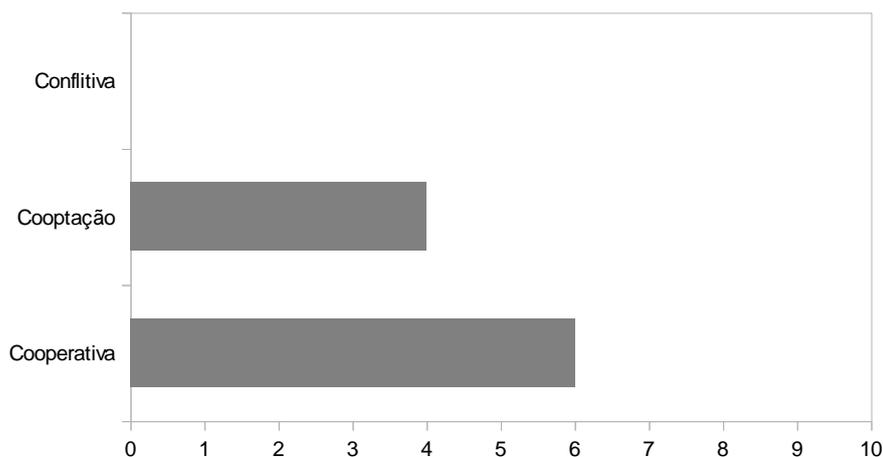
A relação cooperativa e a convergência de visões e interesses prevaleceram nas reuniões e caracterizaram as relações município-município e estado-município. Porém em menor grau, observou-se a existência de conflitos entre os municípios e cooptação na relação estado-municípios^{xxv} (Figura 26 e 27). No entanto, como já foi observado anteriormente, alguns assuntos, particularmente aqueles que tratavam de aspectos econômico-financeiros foram motivos de conflitos e divergências entre os integrantes dos CGR.

Figura 26 - Relação predominante entre municípios nos CGR no período de 2009 a 2011 segundo percepção dos Coordenadores Regionais – Rio de Janeiro, 2011.



Fonte: Entrevistas realizadas com os dez Coordenadores Regionais dos CGR no estado do Rio de Janeiro.

Figura 27 - Relação predominante entre municípios e estado nos CGR no período de 2009 a 2011 segundo percepção dos Coordenadores Regionais – Rio de Janeiro, 2011.



Fonte: Entrevistas realizadas com os dez Coordenadores Regionais dos CGR no estado do Rio de Janeiro.

Relações dos CGR com outras instâncias colegiadas e de gestão regional

Nas reuniões dos CGR, percebeu-se diversas vezes uma preocupação dos representantes do estado em definir com clareza o papel e as competências das instâncias colegiadas e descentralizadas existentes no âmbito regional, como o NDVS, a Central Regional de Regulação e os Consórcios. Esses esclarecimentos tinham como objetivo distinguir as funções de cada uma dessas instâncias em relação ao CGR e evitar a sobreposição ou conflito de competências.

Em algumas regiões, os consórcios ocupavam um papel de destaque no âmbito regional, não somente viabilizando uma articulação e organização entre os municípios para executar determinadas políticas, mas também influenciando os processos decisórios nas regiões^{xxvi}. Entretanto, a partir da implantação dos CGR, os consórcios começaram a passar por reorganizações referentes às suas atribuições, sendo, gradativamente, compreendidos como instrumentos voltados para operacionalização de determinadas políticas. De acordo com um dos representantes do COSEMS:

O consórcio passa a ser um instrumento e não uma esfera de decisão, como muitas vezes, ele acabou se posicionando (Representante do COSEMS).

Dessa forma, os CGR começaram a ser reconhecidos como as instâncias privilegiadas de negociação e decisão no âmbito regional, enquanto os consórcios tornaram-se responsáveis pela execução das ações definidas pelos gestores que integram

o CGR. Observou-se, assim, um interesse, principalmente por parte da SES, de reduzir o papel político e decisório dos consórcios e de sua estrutura técnica e administrativa.

Em algumas regiões os consórcios estabeleceram uma relação de complementaridade em relação ao CGR, mas também, identificaram-se casos em que há sobreposição de funções, particularmente quando o consórcio concorre com o CGR em seu papel de instância decisória em âmbito regional.

No que tange às estruturas de gestão regional da SES, como os NDVS e as Centrais Regionais de Regulação, prevaleceu uma relação de complementaridade em relação ao CGR. De acordo com os Coordenadores Regionais, essas organizações regionais da SES, particularmente os NDVS, atuaram como parceiros e ofereceram suporte técnico aos CGR na área de Vigilância em Saúde. Os NDVS, aparentemente, também se beneficiaram com a atuação dos CGR, os quais facilitaram, através da presença de todos os gestores da região e do estado nas reuniões, a supervisão e pactuação de indicadores ligados à Vigilância em Saúde.

Outra instância colegiada que se relacionou com o CGR foi o COSEMS. Essa instância encaminhou informes, sugeriu a inserção de discussões na pauta do CGR e organizou cursos e capacitações nas regiões.

Destaca-se que com a presença dos CGR nas regiões, surgiu a necessidade de reformular o papel da Vice-Presidência Regional do COSEMS, originalmente responsável por organizar as demandas dos municípios de uma região e representá-las no fórum do COSEMS. Reflexões e discussões sobre o novo papel dessas representações do COSEMS nas regiões estavam em andamento e ainda não havia uma definição clara sobre essa questão.

A CIB, por sua vez, foi caracterizada como uma instância voltada para a aprovação e validação das negociações e pactuações realizadas nos CGR. No âmbito dos CGR, eram feitas deliberações internas que tornavam-se oficiais e passíveis de publicação após serem submetidas à CIB. Observaram-se algumas atribuições da CIB relativas à organização e funcionamento dos CGR que merecem ser destacadas, como a pactuação do nome e reconhecimento da constituição dos CGR, aprovação do Regimento Interno dos CGR, pactuação de questões que extrapolam a Região de Saúde, regulamentação do fluxo das decisões dos CGR no sistema estadual e envio à CIT das informações referentes aos CGR.

Destaca-se a importância de redefinição do papel e funções da CIB a partir da instituição dos CGR e a necessidade de definir as atribuições de ambas as instâncias de pactuação. No estado do Rio de Janeiro, definiu-se que as temáticas de natureza regional deveriam ser conduzidas prioritariamente nos CGR, e posteriormente seriam encaminhadas para a CIB.

Inversamente, informes, orientações e decisões advindas da CIB passariam a definir a organização e funcionamento dos CGR e ocupar suas pautas de discussão.

De acordo com os atores entrevistados, a atuação do CGR facilitou o processo de tomada de decisão na CIB, já que muitas discussões encaminhadas para esta instância de negociação passaram previamente por uma apreciação e pactuação no CGR, ampliando a legitimidade das decisões da CIB. Verificou-se, também, um aumento de temáticas regionais na pauta de discussão da CIB.

Embora sejam perceptíveis as tentativas de definição e harmonização da relação entre a CIB e os CGR, um dos entrevistados destacou que já houve casos em que a CIB não aprovou e alterou algumas decisões tomadas no âmbito do CGR, gerando críticas e discussões sobre a autoridade da CIB em relação ao CGR. Entretanto, de acordo com o entrevistado, uma região poderia tomar decisões de forma equivocada e até mesmo interferir em interesses de outros municípios fora da região, necessitando de uma revisão da CIB. Dessa forma, a CIB poderia ser considerada soberana em relação ao CGR, à medida que ela congrega o interesse de todos os municípios do estado e da própria instância estadual.

4.4 Capacidade de atuação dos CGR: planejamento regional e gestão intergovernamental

Os CGR foram instituídos recentemente no estado do Rio de Janeiro e gradativamente se consolidaram como uma instância relevante no que tange às decisões técnicas e políticas que permeiam o setor saúde no âmbito regional.

Sua principal função, de acordo com os entrevistados, relacionava-se à definição dos fluxos de referência intermunicipais e à organização da rede assistencial de saúde, com vistas a favorecer e viabilizar o acesso aos serviços e ações.

Ainda que o consenso mais geral sobre as principais funções do CGR enfatizasse a organização da rede assistencial, havia uma compreensão de que essa instância poderia favorecer a elucidação e o reconhecimento do espaço regional pelos gestores,

contribuir para a construção de políticas adequadas às distintas realidades regionais e sinalizar para a SES as prioridades e rumos a serem tomados.

Tal perspectiva ultrapassa uma discussão estritamente focada na definição e organização dos fluxos assistenciais e demanda a instituição de um processo de planejamento regional.

Não obstante, no estado do Rio de Janeiro, as principais discussões nos CGR se concentraram prioritariamente em temas como definição de referências intermunicipais, Programação Pactuada Integrada da Assistência e Regulação da rede assistencial. Nesse contexto o planejamento regional, incluindo a elaboração de um diagnóstico, definição de prioridades, metas, responsabilidades e recursos necessários, não recebeu tanto destaque. Vale lembrar que, como foi mencionado anteriormente, a SES em parceria com o COSEMS realizou nas regiões Oficinas de Planejamento Regional, com vistas a conformar Planos Regionais, a partir de um diagnóstico dos problemas da região, definição de prioridades, metas e ações. Entretanto, de acordo com os Coordenadores Regionais, essa iniciativa não avançou e os planos confeccionados não foram acompanhados a contento.

Observaram-se, no entanto, iniciativas voltadas para a elaboração de planos específicos relativos às políticas nacionais^{xxvii}. Dessa forma, o CGR também se caracterizou como um instrumento de coordenação de políticas mais amplas propostas pela esfera nacional e estadual, já que estas definem a negociação intergovernamental e a elaboração de planos regionais como pré-requisitos para sua implantação e repasse de recursos financeiros. Tais políticas federais induzem ao fortalecimento da negociação regional e à organização da rede de atenção à saúde.

Por outro lado, não foi verificada no período do estudo, uma atuação mais autônoma do CGR em relação à definição de projetos regionais que considerassem as especificidades do estado.

Contudo, de acordo com os entrevistados, ainda que tais práticas de planejamento ainda não estivessem absolutamente desenvolvidas, esse era um processo que estava em construção e dependia do estabelecimento de uma cultura que permitisse uma atuação mais sistêmica na identificação e solução de problemas, em oposição a uma atuação mais isolada dos municípios.

Segundo relato de um dos representantes do COSEMS:

Os municípios, ao longo dos anos, até mesmo pelo modelo de descentralização adotado, levantaram uma fronteira entre eles, e o CGR está colaborando para um estreitamento das relações entre esses municípios (Representante do COSEMS).

Os CGR, dessa forma, promoveram a aproximação entre os gestores municipais, apesar de já existirem, anteriormente à implantação dessas instâncias, outros mecanismos^{xxviii} voltados para articulação e viabilização de uma ação mais integrada entre os municípios. Apesar do valor dessas experiências anteriores para a organização regional, nem sempre esses espaços de negociação intergovernamental funcionavam em todas as regiões de forma regular e contavam com estruturas técnico-políticas e administrativas formalizadas. Além disso, os CGR foram inovadores no que diz respeito à sua conformação, já que incluem a participação do representante estadual, considerada pela maioria dos entrevistados muito relevante para potencializar e legitimar o processo decisório.

Outro avanço obtido através do CGR se relacionou à sua capacidade de promover o aprendizado em relação às bases legais e técnicas que fundamentam a política pública de saúde. De acordo com representantes do COSEMS, muitos municípios ainda necessitavam desenvolver e aprimorar suas capacidades técnicas, particularmente no que tange às políticas de saúde, regras de funcionamento do SUS e responsabilidades e atribuições de cada esfera de governo. Os CGR, através das reuniões ordinárias e Câmaras Técnicas, permitiram uma troca de experiências e conhecimentos entre os participantes, contribuindo para que os gestores e técnicos dominassem com maior propriedade as políticas públicas de saúde.

A medida que o gestor participa das reuniões do CGR, ele está se qualificando, aprendendo a discutir os problemas e falar da política em conjunto (Representante do COSEMS).

Ainda que tenha sido identificada essa capacidade do CGR de promover o aprendizado técnico, através das trocas de conhecimento, destacou-se a necessidade avançar em termos de reconhecimento dos papéis e responsabilidades desempenhados por cada ente. Verificaram-se, em relação a esse aspecto, impasses na definição das responsabilidades desempenhadas pelos municípios.

Apesar de essa questão ter sido destacada como uma dificuldade para a organização regional, os representantes do COSEMS ressaltaram que o CGR pode contribuir para um maior entendimento sobre as competências dos entes na política de regionalização.

Destaca-se que o estabelecimento de fluxos decisórios que definiram os CGR como instâncias prioritárias para o encaminhamento de decisões de natureza regional incentivaram uma maior participação dos gestores municipais. Essa necessidade de participação para aprovar suas propostas, contribuiu para que os Secretários Municipais se reconhecessem como representantes de uma determinada região.

Em relação às responsabilidades da esfera estadual, verificou-se que os CGR estavam fortalecendo a capacidade desse ente em expressar seu papel de coordenador das políticas, através de iniciativas voltadas para a organização e acompanhamento dos CGR. Em consonância com um dos representantes do COSEMS:

O CGR está permitindo que o estado saia do papel de executor e resgate seu papel de coordenador, indutor e gestor (Representante do COSEMS).

ⁱ As Vice-Presidências Regionais integram atualmente a estrutura organizacional do COSEMS/RJ nas nove regiões do estado⁶⁷. Segundo informações obtidas nas entrevistas, em algumas regiões, as Vice-Presidências já tinham como prática a realização de fóruns regionais, nos quais as demandas dos municípios eram apresentadas e debatidas para posterior encaminhamento para a reunião geral de sua diretoria.

ⁱⁱ De acordo com Schneider⁵⁶ foram conformados quatro consórcios intermunicipais de saúde (CIS), quais sejam: o Hemolagos em 1988; o CIS Noroeste em 1998; o CIS da região Centro-Sul em 1998; e o CIS Médio Paraíba em 1998, além de duas iniciativas de implantação, sendo uma na Baixada Litorânea e outra na região Norte.

ⁱⁱⁱ A rede de Centrais Estaduais Regionais de Regulação foi implantada entre os anos de 1999 e 2001 nas regiões Centro-Sul, Baixada Litorânea, Médio Paraíba, Metropolitana I, Metropolitana II, Noroeste, Norte, Serrana e no município do Rio de Janeiro⁶⁵.

^{iv} Os NDVS foram instituídos pela Resolução SES nº 2.736 de 31 de março de 2005, que lhes atribuiu competências técnicas nas seguintes dimensões: estruturação regional da vigilância da saúde, programação de ações prioritárias em vigilância da saúde, análise da situação de saúde, comunicação e informação em saúde e educação em saúde⁶⁸.

^v O Termo de Compromisso de Gestão do estado do Rio de Janeiro foi homologado através da Portaria GM/MS nº 3.093 em 04/12/2007.

^{vi} Entre as demais ações relacionadas à regionalização contidas no PES destacam-se: a atualização do Plano Diretor de Regionalização (PDR) e do Plano Diretor de Investimentos (PDI); a implantação e fortalecimento dos Comitês Regionais de Urgência e Emergência; a consolidação e agregação das interfaces regionais da SES em uma mesma estrutura nas regiões; o apoio aos consórcios, e; o desenvolvimento do Projeto Saúde na Área.

^{vii} A Portaria GM/MS nº 1.679 de 19/09/2002 dispõe sobre a estruturação da rede nacional de atenção integral à saúde do trabalhador no SUS e define a organização de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CRST) como um mecanismo para sua operacionalização. Tais centros, de abrangência estadual ou regional, recebem recursos federais para sua implantação e custeio.

^{viii} A Portaria GM/MS nº 1.862 de 29/09/2003, que instituiu a Política Nacional de Atenção às Urgências, considera a necessidade de estruturar uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada de cuidados integrais às urgências, enfatizando o planejamento regional da distribuição de recursos assistenciais.

^{ix} A Portaria GM/MS nº 1.996 de 20/08/2007 dispõe sobre a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e define que a condução regional da política deve ocorrer por meio dos Colegiados de Gestão Regional com a participação das Comissões Permanentes de Integração Ensino- Serviço (CIES). A transferência de recursos federais para os municípios vinculados a educação permanente, está condicionada aos acordos regionais estabelecidos no âmbito dos CGR.

^x Esse programa foi formalizado pelas Resoluções SES nº 843 de 25 de setembro de 2009 e Resolução SES nº 845 de 30 de setembro de 2009 com o objetivo de fomentar a reorganização e melhoria do desempenho hospitalar a ser medido por meio de indicadores.

^{xi} Decreto do governo do estado do Rio de Janeiro nº 41.659 de 23/01/2009.

^{xii} Em abril de 2009, foi realizado o II Congresso Estadual de Secretarias Municipais de Saúde do estado do Rio de Janeiro, em Armação dos Búzios, no qual foi produzido um documento denominado *Carta de Búzios*, que contém propostas de elaboração de uma agenda para consolidação do Pacto pela Saúde, com diversas deliberações que devem nortear a atuação do COSEMS e das Secretarias Municipais de Saúde⁶⁹. Dentre essas deliberações, encontra-se o fortalecimento do processo de regionalização solidária e compartilhada dos sistemas de saúde e o empoderamento dos Colegiados de Gestão Regionais nas suas dimensões política, administrativa e técnica.

^{xiii} Desde o início do processo da implantação do SUS, a relação entre a SES e o COSEMS foi marcada por conflitos e divergências. De acordo com Lima²², a SES mostrou-se contrária ao processo de descentralização para os municípios iniciado em 1990. Após a criação da CIB, em 1993, houve embates entre o COSEMS e a SES, já que esta apresentava resistências em marcar as reuniões que dariam início à discussão sobre o processo de habilitação e definição dos tetos financeiros municipais, culminando com a intervenção do Ministério da Saúde.

^{xiv} O Regimento Interno dos CGR foi instituído através da Deliberação CIB nº 649 de 05 de maio de 2009.

^{xv} Na região MédioParaíba, por exemplo, o município de Rio Claro sinalizou o interesse em migrar para a Região da Baía da Ilha Grande, já que Angra dos Reis era sua referência para realização de diversos serviços em saúde. Outro município que expressou interesse em mudar de região foi Cardoso Moreira, o qual integra a Região Noroeste, mas tem como sua principal referência na área da saúde, o município de Campos, na Região Norte.

^{xvi} Este consórcio congrega municípios de quatro regiões diferentes: Niterói, São Gonçalo, Itaboraí, Maricá, Tanguá, Rio Bonito, Silva Jardim (Metropolitana II); Casimiro de Abreu e Araruama (Baixada Litorânea); Cachoeiras de Macacu e Guapimirim (Serrana) e Magé (Metropolitana I).

^{xvii} O CGR Capital foi criado através da Deliberação CIB/RJ Nº 753 de 13/11/2009 e sua estrutura representativa era composta por dirigentes da SES e da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Dentre os representantes da SES encontravam-se: o Subsecretário Geral, Subsecretário de Atenção à Saúde, o Subsecretário de Vigilância em Saúde, o Subsecretário de Defesa Civil. Enquanto a representação da Secretaria Municipal da Saúde do Rio de Janeiro era composta por: Subsecretaria Geral, Subsecretaria de Vigilância, fiscalização sanitária e controle de zoonoses, Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde e Subsecretaria de Atenção Hospitalar, Urgência e Emergência.

^{xviii} O município do Rio de Janeiro foi dividido em 10 Áreas de Planejamento, de acordo com sua localização geográfica e foram criadas 10 Coordenações de Área de Planejamento (CAP), através da Resolução SMSRJ nº 431 de 14/04/1993.

^{xix} Parada⁵² ressalta que no campo da saúde e assistência médica, não há indícios de que a fusão entre o estado da Guanabara e o estado do Rio de Janeiro tenha se concretizado. Tal afirmação se expressa na atuação isolada do município do Rio de Janeiro com relação à política de saúde no estado, com avanços na organização interna, mas sem participação regular nas discussões mais gerais; na ligação direta do município do Rio de Janeiro com o Governo Federal; nas dificuldades de integração da rede de serviços federais.

^{xx} O retorno do Município do Rio de Janeiro para a Região Metropolitana I foi aprovado através da Deliberação CIB/RJ nº 1383 de 18 /08/2011.

^{xxi} As mudanças constantes de Secretários Municipais de Saúde não representavam uma dificuldade apenas para o funcionamento do CGR, já que, de acordo com Lima²², a alta rotatividade de secretários

municipais de saúde já prejudicava o entendimento e o amadurecimento das discussões realizadas na CIB/RJ.

^{xxii} A PPI é um processo que visa definir a programação das ações de saúde em cada território e nortear a alocação de recursos financeiros para a saúde, a partir de critérios e parâmetros pactuados entre os gestores. A PPI deve explicitar os pactos de referência entre municípios, gerando a parcela de recursos destinados à própria população e à população referenciada¹⁴.

^{xxiii} O estado do Rio de Janeiro conta atualmente com uma Central Estadual de Regulação e nove Centrais Regionais, localizadas nos municípios de Volta Redonda, Três Rios, Teresópolis, Itaperuna, Campos dos Goytacazes, Cabo Frio, Niterói, Nova Iguaçu e Rio de Janeiro. Desde dezembro de 2008, a Central Estadual de Regulação é responsável por leitos de UTI Neonatal e adultos, de Gestação de Alto Risco, de Dengue, de Queimados, de Doenças Infecto-Parasitárias e de Saúde Mental, procedimentos Cardiovasculares de Alta Complexidade e Terapia Renal Substitutiva⁶⁵.

^{xxiv} Resolução SES nº 189 de 06/12/2007.

^{xxv} As relações conflitivas caracterizam-se pelo predomínio de divergências e dificuldades para obtenção de consenso, enquanto as relações cooperativas são marcadas pela busca de consenso por meio da negociação e de parcerias. Por sua vez a cooptação é caracterizada pelo predomínio de estratégias para adesão de propostas, mantendo-se sua formulação original.

^{xxvi} Os Consórcios Intermunicipais de Saúde não são conformados apenas pelos Secretários Municipais de Saúde, contando, também, com uma estrutura administrativa e técnica.

^{xxvii} Como as já citadas Política Nacional de Educação Permanente e Política Nacional de Urgência e Emergência.

^{xxviii} Como os consórcios e as Vice-Diretorias Regionais do COSEMS

DISCUSSÃO

A implantação dos CGR ocorreu tardiamente no estado do Rio de Janeiro. No ano de 2008, quase todos os estados já haviam constituído essas instâncias regionais, com exceção do Rio de Janeiro e de alguns estados na região Norte e Nordeste (Figura 28).

Figura 28 - Evolução da constituição dos Colegiados de Gestão Regional nos anos de 2006, 2007 e 2008. Situação em dezembro de cada ano.



Fonte: CGDPD/DAGD/SE/MS.

A conformação tardia dos CGR acompanha a própria trajetória da regionalização no estado do Rio de Janeiro, de início mais recente em comparação a outros estados, bem como o legado de políticas prévias de descentralização que enfatizaram a transferência de responsabilidades, funções e serviços para os municípios, sem uma revisão adequada do papel a ser desempenhado pela Secretaria de Estado de Saúde nesse processo¹.

É possível verificar na formação histórica desse estado fatores que dificultaram a constituição de processos de integração regional no campo da saúde.

Como já foi discutido em capítulo anterior, a separação entre dois entes governamentais distintos, o estado do Rio de Janeiro e o Estado da Guanabara, repercutiu no desenvolvimento econômico e social do território fluminense. Os investimentos públicos e privados foram centralizados no Estado da Guanabara, anteriormente Capital Federal, gerando um grande adensamento populacional na região metropolitana. Em contrapartida, o desenvolvimento econômico do interior do estado não foi priorizado e também não foram colocadas em prática estratégias que viabilizassem uma maior coordenação entre esses dois estados capazes de integrar o

núcleo e a periferia e superar a fragmentação originada da divisão político-administrativa da região fluminense.

Esse processo de desenvolvimento econômico gerou desigualdades territoriais e assimetrias entre os municípios em relação à capacidade de assumirem suas competências e responsabilidades na condução da política de saúde.

Destaca-se, ainda, que a descentralização nesse estado foi marcada por um enfoque predominantemente municipalista, sem considerar iniciativas voltadas para a regionalização da saúde. Sobre essa questão, Lima²² em seu estudo sobre a implantação das CIB no estado do Rio de Janeiro, verificou a ausência, nesses fóruns, de discussões e formulações voltadas para o enfrentamento de problemas loco-regionais. Percebe-se que as questões que permeavam a relação entre estado e municípios estavam centradas na operacionalização dos dispositivos normativos federais e na definição dos tetos financeiros municipais.

Por outro lado, verifica-se que o estado do Rio de Janeiro não chegou a se habilitar às condições de gestão mais avançada da NOB SUS 01/96, o que reduziu ainda mais seu poder de coordenação da política de saúde no âmbito estadual, já que este não se beneficiou do aprendizado institucional vinculado aos dispositivos normativos federais e às transferências diretas de recursos do fundo nacional de saúde.

Dessa forma, além da assimetria de condições institucionais e financeiras entre os municípios, o processo de descentralização de corte eminentemente municipalista, a habilitação estadual tardia e o baixo poder financeiro do estado sugerem as dificuldades da SES em desempenhar um papel de coordenação do SUS e implementar a política de regionalização no estado.

Apenas nos anos 2000, com a edição da NOAS, a política de regionalização ganhou destaque na agenda do governo estadual, através da conformação do Núcleo de Integração e Desenvolvimento Estratégico (NIDE) e formulação do Plano Diretor de Regionalização.

Mais recentemente, no contexto do Pacto pela Saúde, a regionalização voltou a ocupar um papel prioritário nas políticas de saúde desenvolvidas no estado. Um modelo desenvolvido por Kingdom³⁷, denominado Modelo de Múltiplos Fluxos, contribui para compreendermos os motivos pelos quais o tema da regionalização foi incluído na agenda governamental. A agenda governamental, para esse autor, é definida como “o

conjunto de assuntos sobre os quais o governo e pessoas ligadas a ele concentram sua atenção em um determinado momento.” Dessa forma, determinadas questões tornam-se objeto da ação governamental através da convergência de três fluxos decisórios, quais sejam, problemas, soluções ou alternativas e política.

De acordo com Kingdom, uma questão torna-se um problema apenas quando os formuladores de políticas a percebem e interpretam como uma situação sobre a qual devem fazer algo a respeito, despertando, assim, a necessidade de ação. As soluções ou alternativas chegam à agenda apenas quando problemas percebidos criam oportunidades para essas idéias. Nesse processo competitivo de seleção, as soluções que se mostram viáveis do ponto de vista técnico, que têm custos toleráveis e aceitação do público em geral ou dos formuladores de política, passam a ocupar a agenda. A dimensão política, por sua vez, independe do reconhecimento do problema ou das alternativas disponíveis, pois segue sua própria dinâmica e se baseia no processo de negociação política. Nesse fluxo, dois elementos são os principais propulsores de transformações na agenda: o clima nacional e as mudanças dentro do governo.

No presente estudo, foram destacados três problemas pelos entrevistados compreendidos como situações passíveis de ação governamental.

Um deles diz respeito à dificuldade de organizar um sistema de saúde integral, que contemple todos os níveis de atenção, dentro dos limites do território municipal.

Outro problema se referiu à ausência de integração das diversas estruturas e ações de enfoque regional existentes no estado. Dessa forma, embora existissem Consórcios, Centrais Regionais de Regulação, NDVS e ações de natureza regional, nem sempre tais estruturas e ações foram conduzidas de forma articulada no âmbito regional.

Por último, destacou-se a falta de organização regional que dificultava a implementação de políticas federais, as quais exigem articulação e negociação intergovernamental como pré-requisito para sua implantação e repasse de recursos financeiros.

Em relação ao fluxo político, vale ressaltar que o atual partido do representante eleito para o governo do estado conformava uma das bases de apoio ao partido da Presidência da República, favorecendo, assim, a adesão pela Secretaria Estadual de Saúde às propostas advindas do Ministério da Saúde.

Dentre as soluções e alternativas disponíveis, as propostas do Pacto pela Saúde relativas ao desenvolvimento da política de regionalização se apresentaram tecnicamente e financeiramente viáveis para enfrentar os problemas identificados. Além disso, a adesão pela SES a essa proposta se mostra totalmente compatível com o clima político atual, caracterizado pelo alinhamento partidário entre governo estadual e federal.

As circunstâncias que possibilitam a convergência dos fluxos, denominada por Kingdom de Janela de Oportunidades, são influenciadas principalmente pelo fluxo de problemas e pelo fluxo político. As alternativas e soluções elaboradas chegam à agenda apenas quando problemas percebidos, ou demandas políticas, criam oportunidades para essas idéias. A convergência dos três fluxos ocorre em momentos em que tais janelas de oportunidade encontram-se abertas.

Dessa forma, uma vez que houve a convergência dos fluxos destacados, a política de regionalização foi introduzida na agenda do governo estadual. Assim, o Plano Estadual de Saúde de 2008 a 2011 foi desenvolvido com base nas propostas e diretrizes do Pacto pela Saúde e incluiu a redefinição da política de regionalização como uma de suas diretrizes estratégicas.

Embora o Pacto pela Saúde seja uma política federal, o contexto mais particular do estado do Rio de Janeiro imprimiu características próprias à implementação das propostas e instrumentos referentes à regionalização.

Iniciou-se, portanto, um novo processo decisório, com atores e estratégias específicos, que reformularam e direcionaram a política a partir da realidade estadual e regional. O quadro-síntese (Quadro 4) expressa as principais características relacionadas à implantação dos CGR no estado.

O processo de implantação dessa política foi conduzido pela SES através do Programa Saúde na Área. As principais estratégias contidas no referido programa previam a realização de oficinas regionais, nas quais foi possível rever a conformação das regiões de saúde e o Plano Diretor de Regionalização. Foram, também, constituídos os Colegiados de Gestão Regional em todas as regiões.

O COSEMS foi um parceiro da SES nesse processo, participando das Oficinas Regionais e mobilizando os Secretários Municipais de Saúde em relação à conformação dos CGR,

Desde sua conformação em 2009, os CGR começaram a funcionar regulamente nas regiões e contavam com espaço físico, recursos humanos e financeiros próprios.

Vale destacar que foram identificadas, por meio do trabalho empírico, variações entre as regiões no funcionamento dos CGR. Essas variações estavam relacionadas às características próprias das regiões, como capacidade financeira e técnica, e aspectos socioculturais. Por outro lado, foi ressaltado pelos gestores que aquelas regiões que já desenvolviam práticas de negociação intergovernamental e já possuíam estruturas regionais consolidadas na região, como Consórcios e Vice-presidências regionais do COSEMS se encontram em um estágio mais avançado de funcionamento do CGR.

Nestes casos, a presença de estruturas regionais e práticas de planejamento regional instituídas anteriormente à conformação dos CGR facilitaram a constituição e o funcionamento dessas instâncias regionais, sugerindo que a institucionalidade desenvolvida em cada região influenciou e definiu os resultados dessa política.

Um outro aspecto relevante dizia respeito à necessidade, deflagrada após a conformação dos CGR, de redefinir os papéis e atribuições de outras instâncias colegiadas e de gestão regional. Tal reorganização caracterizou-se por mudanças na atuação da CIB, através da pactuação de fluxos decisórios que definiam os CGR como instância prioritária para tratar de temáticas regionais. Houve, também, um interesse, principalmente por parte da SES, de limitar o papel político e decisório dos consórcios e de sua estrutura técnica e administrativa. Tais iniciativas sugerem uma valorização do CGR como instância privilegiada de negociação e decisão no âmbito regional.

Ainda que os CGR tenham sido constituídos recentemente no estado e que existissem variações em seu funcionamento entre as regiões, foi possível verificar que essas instâncias favoreceram a discussão sobre a organização e regulação da assistência, através da definição e acompanhamento dos fluxos de referências. Esse aspecto é de grande relevância no que concerne à melhoria do acesso da população às ações e serviços que não são oferecidos nos limites territoriais do município. As discussões desenvolvidas nas reuniões sugerem que é necessária uma estruturação mais consistente dos processos regulatórios de forma a viabilizar o acesso oportuno e adequado de pacientes para os municípios de referência.

Percebeu-se, no entanto, que não houve grande ênfase no desenvolvimento de práticas relativas ao planejamento regional, que incluíssem a elaboração de um

diagnóstico, definição de prioridades, metas, responsabilidades e recursos necessários. A ausência de projetos mais autônomos das regiões reflete a própria trajetória da política de saúde no estado, já apresentada anteriormente, em que prevaleceu um enfoque eminentemente municipalista, sem considerar a região como base para o planejamento.

Dessa forma, destacam-se questões que não serão resolvidas no âmbito dos CGR, já que são dependentes da atuação do governo federal, como os instrumentos de financiamento, os quais nem sempre favorecem o fortalecimento de uma lógica regional para organização do sistema de saúde.

A esse respeito, Lima e Viana⁹ consideram que é necessário avançar na configuração de estratégias e instrumentos de planejamento, regulação e financiamento que possam apoiar a conformação de sistemas públicos de saúde regionais.

Apesar desse aspecto, os CGR, lograram elucidar questões relativas às políticas de saúde, por meio de trocas de experiências e conhecimentos entre gestores e técnicos, promovendo maior fundamentação técnica para as negociações e discussões. Nesse ponto, vale ressaltar sua contribuição no reconhecimento das atribuições e competências dos entes governamentais em relação à política pública de saúde.

Os elementos apontados sugerem que os CGR são inovações proíficas à política de saúde, embora ainda seja preciso avançar no que diz respeito ao desenvolvimento de uma cultura direcionada para o planejamento regional, que possibilite maior autonomia para a região construir projetos que considerem sua própria realidade como ponto de partida para a ação. Nesse processo, a função indutora e coordenadora atribuída à esfera estadual será de extrema importância.

Quadro 4- Quadro-síntese dos resultados

Dimensões	Detalhamento (elementos predominantes)
Indução e Implantação Inicial do CGR	Confluência de fatores técnicos, políticos e institucionais para incorporação da regionalização na agenda estadual.
	Diversidade de fatores que influenciaram a implantação dos CGR: determinações federais, legados de políticas prévias, atuação dos dirigentes do nível central da SES e do Cosems, questões regionais.
	Importância das oficinas regionais como estratégia voltada para a sensibilização dos gestores municipais na constituição dos CGR.
	Protagonismo da SES em parceria com o COSEMS na conformação dos CGR.
Institucionalidade do CGR	Início tardio das atividades e funcionamento relativamente recente (a partir de 2009).
	Atuação da SES nas funções de Coordenação Regional e Secretaria Executiva.
	Existência de único Regimento Interno para todos os CGR.
	Presença de Câmaras Técnicas e Grupos de Trabalho para processamento dos temas tratados em todos os CGR.
	Variações no modo de operação dos CGR e regularidade das plenárias entre as regiões.
	Reconhecimento da baixa participação dos representantes municipais em algumas regiões.
	Participação eventual de técnicos da SES e de dirigentes do Ministério da Saúde nas reuniões.
Processo político e padrões de relacionamento do CGR	Destaque da PPI e da Regulação da assistência como pontos de pauta nas reuniões dos CGR.
	Diversidade da temática com ênfase nos aspectos relacionados à Assistência à Saúde, Vigilância Epidemiológica e Formação e Gestão de Recursos Humanos previstos nas políticas federais.
	Definição compartilhada das pautas dos CGR (influência dos representantes da SES e dos Secretários Municipais de Saúde), com

	incorporação das demandas específicas das regiões.
	Reconhecimento gradual dos CGR como instâncias privilegiadas de negociação e decisão no âmbito regional.
	Redefinição do papel de outras instâncias colegiadas do SUS após a conformação dos CGR.
	Indefinição dos fluxos decisórios entre a CIB e os CGR.
Capacidade de atuação do CGR	Influência dos CGR na organização da rede assistencial e definição de fluxos de referência.
	Importantes expectativas dos gestores quanto ao papel dos CGR na construção de políticas adequadas às distintas realidades regionais
	Maior apropriação por parte dos gestores das políticas federais e estaduais de saúde.
	Maior participação dos gestores nos assuntos regionais.

Fonte: Elaboração da autora

ⁱ Alguns estados da região Nordeste, Centro–Oeste, Sudeste e Sul apresentam processos de regionalização mais consolidados e contextos mais favoráveis para sua efetivação. Para maiores informações ver Lima e Viana⁹.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A proposta de regionalização apresentada pelo Pacto pela Saúde trouxe em seu bojo a criação dos Colegiados de Gestão Regional, inovadores do ponto de vista das relações intergovernamentais no âmbito regional.

No entanto, ainda não foram realizados, a nível nacional, muitos estudos sobre o desenvolvimento dessas instâncias. O estudo de caso sobre a conformação dos CGR no estado do Rio de Janeiro possibilitou traçar um panorama sobre a implementação e desdobramentos dessa política nesse estado.

A possibilidade de identificar os principais atores envolvidos e as estratégias e mecanismos utilizados na implementação dessa política conferem maior transparência e clareza em relação às ações desenvolvidas pelos entes governamentais.

Além disso, tal estudo poderá favorecer em momentos futuros o resgate da memória desses processos já iniciados, pois muitas vezes, reorganizações na estrutura organizacional das Secretarias de Saúde, particularmente após períodos eleitorais, geram rupturas das ações em desenvolvimento e surgem novas propostas, levando iniciativas anteriores ao esquecimento. Tais rupturas podem ser prejudiciais ao estabelecimento de uma política mais sólida e capaz de efetivar mudanças no sistema de saúde.

No que diz respeito às limitações desse estudo, ainda que tenha sido contemplada a visão mais específica das regiões sobre o processo de conformação dos CGR, através do questionário aplicado com os Coordenadores Regionais, não foi possível apreender, com maior grau de detalhamento, questões relativas ao processo político e padrões de relacionamento nos CGR e as divergências de visões entre os representantes da SES e dos municípios.

Dessa forma, uma proposta para pesquisas futuras seria a realização de estudos que focalizassem o funcionamento do CGR em uma ou algumas regiões. Sendo possível, assim, identificar os aspectos mais específicos da conformação histórica, econômica e política de cada região que influenciam o desenvolvimento do CGR.

Uma estratégia metodológica possível seria além da elaboração de estudos históricos mais aprofundados sobre a região, a participação nas Plenárias e Câmaras Técnicas do CGR, possibilitando compreender melhor os processos políticos estabelecidos entre os entes e sua relação com os padrões institucionais identificados.

Ainda que seja necessário avançar em diversos aspectos, como na definição mais clara de responsabilidades dos gestores em relação às ações e ao financiamento, e no desenvolvimento de práticas de planejamento regional, os CGR, em conformidade com o que foi apreendido das entrevistas, são compreendidos como estruturas promissoras no que diz respeito ao fortalecimento da regionalização.

Estudos futuros poderão avaliar a capacidade dessas instâncias regionais na consolidação do processo de regionalização no estado.

REFERÊNCIAS

- 1 Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal, 1988.
- 2 Gadelha AGG, Machado CV, Lima LD, Baptista TWF. Saúde e Desenvolvimento: uma perspectiva territorial. In: Ibañez I, Viana ALD, Elias PEM, organizadores. Saúde, desenvolvimento e território. São Paulo: Editora Hucitec; 2009. p. 97-127.
- 3 Lima LD, Machado CV, Baptista TWF, Pereira AMM. O Pacto federativo Brasileiro e o papel do gestor Estadual no SUS. In: Ugá, MA, Sá MC, Martins M, Neto FCB. A Gestão do SUS no Âmbito Estadual. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2010.p.27-58.
- 4 Bankauskaite V, Dubois HFW, Saltman RB. Patterns of decentralization across European health systems. In: Saltman RB, Bankauskaite V, Vrangback K. Decentralizations in health care: strategies and outcomes. England: Open University Press; 2007.p.22-44.
- 5 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 95, de 26 de janeiro de 2001. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS SUS 01/01. Brasília: 2001.
- 6 Viana ALD, Lima LD, Ferreira MP. Condicionantes estruturais da regionalização na saúde: tipologia dos Colegiados de Gestão Regional. Ciência & Saúde Coletiva 2010; 15(5): 2317-2326.
- 7 Pestana MVC, Mendes EV. Pacto de gestão: da municipalização autárquica à regionalização Cooperativa. Belo Horizonte; 2004.
- 8 Lima LD. Avaliação do processo de regionalização do Sistema Único de Saúde no estado do Rio de Janeiro. Projeto de pesquisa. Rio de Janeiro; 2009.
- 9 Lima LD, Viana ALD. Descentralização, regionalização e instâncias intergovernamentais no Sistema Único de Saúde. In: Lima LD, Viana ALD. Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil. Rio de Janeiro: Contra Capa; 2011.p.39-67.
- 10 Kuschnir R. Nota técnica sobre o Pacto pela Saúde. Rio de Janeiro; 2008.
- 11 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 373, de 27 de fevereiro de 2002. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS SUS 01/02. Brasília: 2002.
- 12 Viana ALA, Ibañez N, Elias PEM, Lima LD, Albuquerque MV, Iozzi FL. Novas Perspectivas para a Regionalização da Saúde. São Paulo em Perspectiva 2008; 22(1): 92-106.
- 13 Estado do Rio de Janeiro. Secretaria Estadual de Saúde. Plano Diretor de Regionalização. Rio de Janeiro, 2001.
- 14 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 - Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília: 2006.
- 15 Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização/Coordenação de Integração Programática. Colegiado de gestão

regional na região de saúde intraestadual: orientações para organização e funcionamento. Brasília: 2009. (Série Pactos pela Saúde).

16 Brasil. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde NOB-SUS 96: gestão plena com responsabilidade pela saúde do cidadão. Brasília: 1997.

17 Machado CV, Baptista TWF, Lima LD. O Planejamento nacional da Política de saúde no Brasil: estratégias e instrumentos nos anos 2000. *Ciência & Saúde Coletiva* 2010; 15(5): 2367-2382.

18 Ibañez I, Viana ALD, Elias PEM. O pacto pela saúde e a gestão regional em São Paulo: estudos de caso do mix público-privado. In: Ibañez I, Viana ALD, Elias PEM, organizadores. *Saúde, desenvolvimento e território*. São Paulo: Hucitec; 2009.p.268-305.

19 Escorel S. História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. *Políticas e sistemas de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008.p.385-434.

20 Noronha JC, Levcovitz E. AIS-SUDS-SUS: Os caminhos do direito à saúde. In: Guimarães R, Tavares R, organizadores. *Saúde e sociedade no Brasil: Anos 80*. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 1994.p.73-111.

21 Cordeiro H. Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: Ayuri Editorial-Abrasco; 1991.

22 Lima LD. O processo de implantação de novas estruturas gestoras no sistema único de saúde: um estudo das relações intergovernamentais na CIB do RJ. [Dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social; 1999.

23 Bertone AA, Gevaerd S, Cordoní Jr L. Um enfoque político-administrativo das mudanças ocorridas no setor saúde na década de 80. *Saúde em Debate* 1989; (27): 67-69.

24 Lucchese PTR. Descentralização do financiamento e gestão da Assistência à saúde no Brasil: a implementação do Sistema Único de Saúde: Retrospectiva 1990/1995. *Planejamento e Políticas Públicas-IPEA* 1996; (14): 75-156.

25 Brasil. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil* 1990; 20 set.

26 Brasil. Lei nº 8142, de 28 de dezembro de 1990. 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. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil* 1990; 31dez.

27 Levcovitz E, Lima LD, Machado CV. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. *Ciência & Saúde Coletiva* 2001;6(2): 269-318.

- 28 Miranda AS. Processo decisório em Comissões Intergestores do Sistema Único de Saúde: governabilidade resiliente, integração sistêmica (auto)regulada. *Revista Política, Planejamento e Gestão em Saúde* 2010; 1(1): 117-140.
- 29 Abrucio FL. A coordenação federativa no Brasil: A experiência do período FHC e os desafios do governo Lula. *Revista de Sociologia e Política* 2005; (24): 41-67.
- 30 Viana ALD, Lima LD, Oliveira RG. Descentralização e federalismo: a política de saúde em novo contexto – lições do caso brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva* 2002; 7(3): 493-507.
- 31 Noronha JC, Lima LD, Machado CV. O Sistema Único de Saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. *Políticas e sistemas de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008.p.435-472.
- 32 Machado CV, Viana ALD. Descentralização e coordenação federativa na saúde. In: Ibañez I, Viana ALD, Elias PEM, organizadores. *Saúde, desenvolvimento e território*. São Paulo: Editora Hucitec; 2009.p.21-60.
- 33 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva, Departamento de Apoio à Gestão Descentralizada/Coordenação Geral do Desenvolvimento de Políticas de Descentralização. Acompanhamento da constituição dos Colegiados de Gestão Regional. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/acompanhamento_cgr_051010.pdf. Acesso em 10 de outubro de 2010.
- 34 Machado CV, Oliveira RG, Pereira AMM, Coelho APS. O papel das Comissões Intergestores Bipartite na regionalização em saúde. In: Viana ALD, Lima LD. *Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil*. Rio de Janeiro: Contra Capa; 2011.p.173-197.
- 35 Souza C. Estado da arte da pesquisa em políticas públicas. In: Hochman G, Arretche M, Marques EC, organizadores. *Políticas públicas no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2007.p.65-85.
- 36 Viana ALD, Baptista TWF. Análise de Políticas de Saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. *Políticas e sistemas de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2009.p.6-105.
- 37 Capella ACN. Perspectivas Teóricas sobre o processo de formulação de Políticas Públicas. . In: Hochman G, Arretche M, Marques EC, organizadores. *Políticas Públicas no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2007.p.87-122.
- 38 Marques EC. Notas Críticas à Literatura sobre Estado, Políticas Estatais e Atores Políticos. *Revista Brasileira de Informações Bibliográficas em Ciências Sociais* 1997; (43): 67-102.
- 39 Thelen K, Steinmo S. Historical institutionalism in comparative politics. In: Thelen K, Longstreth F, Steinmo S, organizadores. *Historical institutionalism in comparative politics*. New York: Cambridge University Press; 1992.
- 40 Hall PA, Taylor RCR. As três versões do neo-institucionalismo. *Lua Nova* 2003; 58: 193-223.

- 41 Yin RK. Estudo de Caso: Planejamento e Métodos. Porto Alegre: Bookman; 2001.
- 42 Pereira JCR. Análise de dados qualitativos: Estratégia metodológicas para as ciências da saúde, humanas e Sociais. São Paulo: Atlas; 2001.
- 43 Davidovich F. Estado do Rio de Janeiro: singularidade de um contexto territorial. *Revista Território* 2000; 9: 9-24.
- 44 Davidovich F. Metrôpole e território: metropolização do espaço no Rio de Janeiro. *Cadernos Metrôpoles* 2001; 6: 67-77.
- 45 Natal J.O Estado do Rio de Janeiro Pós-1995: Dinâmica econômica, rede urbana e questão social. Rio de Janeiro: Publicati; 2005.
- 46 Santos AMSP. Economia fluminense: superando a perda do dinamismo? *Revista Rio de Janeiro* 2002; 8: 31-58.
- 47 Noronha JC, Machado CV, Lima LD. A metrópole Rio de Janeiro: Desafios para o planejamento em saúde. In: Neto ER, Bógus CM. Saúde nos aglomerados urbanos: uma visão integrada. Brasília: Organização Pan-Americana da saúde; 2003 (Série técnica projeto de desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde).
- 48 Lessa, C. O Rio de todos os Brasis. Rio de Janeiro: Record; 2005.
- 49 Linhares S. Histórico do Estado do Rio de Janeiro. Disponível em: http://www.inepac.rj.gov.br/arquivos/Historico_Estado.pdf. Acesso em: 24 de agosto de 2011.
- 50 Gerschman S. Formulação e implementação de políticas de saúde no estado do Rio de Janeiro. In: Ugá MA, Sá MC, Martins M, Neto FCB, organizadores. A Gestão do SUS no Âmbito Estadual. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2010.p.69-88.
- 51 Natal J, Oliveira A. Questão Regional, Estado e Desenvolvimento no Século XX - 'olhares' fluminenses a partir dos 'interesses' do Rio. *Cadernos IPPUR* 2006; 2: 45-68.
- 52 Parada R. A Construção do Sistema Estadual de Saúde: Antecedentes e Formas de Inserção. *PHYSIS Revista de Saúde Coletiva* 2001; 1(1): 19-104.
- 53 Martins WJ. A Prospectiva Estratégica e o Planejamento Estratégico orientando projetos de saúde: Uma Articulação Possível. [Dissertação]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca; 2003.
- 54 Souza NLPN. Dinâmica das relações intergovernamentais no processo de descentralização da saúde: O caso do município do Rio de Janeiro. [Dissertação]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca; 2010.
- 55 Viana ALD, Lima LD. Relatório Estadual- Rio de Janeiro. Avaliação nacional das Comissões Intergestores Bipartite: as CIB e os modelos de indução da regionalização no SUS. Projeto de pesquisa: 2010.

- 56 Schneider AC. Os consórcios intermunicipais de saúde no estado do Rio de Janeiro. *PHYSIS Revista de Saúde Coletiva* 2001; 2(11): 51-66.
- 57 Estado do Rio de Janeiro. Secretaria Estadual de Saúde. *Saúde na Área: Regionalização*. Rio de Janeiro: 2009.
- 58 Fundação Centro Estadual de Estatísticas, Pesquisas e Formação de Servidores Públicos do Rio de Janeiro. Estado do Rio de Janeiro: regiões de Governo. Disponível em: http://www.fesp.rj.gov.br/ceep/info_territorios/divis_regional.html. Acesso em: 03 de setembro de 2011.
- 59 Kuschnir R, coordenadora. Atlas de serviços de saúde do estado do Rio de Janeiro 2008. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca; Secretaria de estado de Saúde do Rio de Janeiro, 2009.
- 60 Kuschnir R, Chorny A, Lira AML, Sonoda G, Fonseca TMP. Regionalização no Estado do Rio de Janeiro: o desafio de aumentar acesso e diminuir desigualdades. In: Ugá MA, Sá MC, Martins M, Neto FCB, organizadores. *A Gestão do SUS no Âmbito Estadual*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2010.p.215-240.
- 61 Viana ALD, Lima LD, coordenadoras. Base de indicadores dos Colegiados de Gestão Regional. Disponível em: <http://189.28.128.98/painelbr/view/>. Acesso em: 10 de agosto de 2011.
- 62 Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento - PNUD. Atlas do Desenvolvimento Humano. Disponível em: <http://www.pnud.org.br/idh>. Acesso em 20 de agosto de 2011.
- 63 Rede Interagencial de Informações para a Saúde –RIPSA. Biblioteca Virtual em Saúde. Disponível em: <http://www.ripsa.org.br/php/index.php>. Acesso em 18 de agosto de 2011.
- 64 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.101 de 12 junho de 2002. Estabelece os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde SUS.. Brasília: 2002.
- 65 Estado do Rio De Janeiro. Secretaria Estadual de Saúde. Plano Estadual de Saúde do Rio de Janeiro 2008-2011. Rio de Janeiro; 2008.
- 66 Colegiado de Gestão Regional da Metropolitana I. Ata de Reunião; 2010.
- 67 Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde do Estado do Rio de Janeiro. Institucional. Disponível em: http://www.cosemsrj.org.br/inst_diretoria.html. Acesso em 12 de agosto de 2011.
- 68 Abreu DMF. Avaliação da implantação do Núcleo Descentralizado de Vigilância da Saúde na Região Metropolitana II do Estado do Rio de Janeiro. [Dissertação]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca; 2009.

69 Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde do Estado do Rio de Janeiro. Carta de Búzios. Disponível em: http://www.cosemsrj.org.br/images/carta_buzios.pdf. Acesso em 13 de agosto de 2011.

ANEXOS

ANEXO 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

O(a) Sr(a) está sendo convidado(a) para participar da pesquisa intitulada “*Colegiados de Gestão Regional: perspectivas para a regionalização no estado do Rio de Janeiro.*”, desenvolvida pela aluna Renata Pestana Vianna, sob orientação da Prof. Dra. Luciana Dias de Lima, que dará origem à dissertação a ser apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz - ENSP/FIOCRUZ, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

O(a) Sr(a) foi selecionado(a) pela relevante participação no contexto da condução do processo de regionalização no estado do Rio de Janeiro e sua participação não é obrigatória. A qualquer momento o Sr(a) pode desistir de participar e retirar seu consentimento, sem nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a ENSP/FIOCRUZ.

Esse trabalho tem como objetivo analisar o processo de implantação dos Colegiados de Gestão Regional no estado do Rio de Janeiro, no contexto do Pacto pela Saúde.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em conceder uma entrevista sobre o processo de implantação dos Colegiados de Gestão Regional, bem como fornecer informações referentes aos projetos e ações relacionados à regionalização e funcionamento dos Colegiados de Gestão Regional por meio de documentos oficiais (tais como textos, atas, relatórios e materiais de apoio) ou regulamentação específica sobre o tema (Leis, Decretos e Portarias). Caso o Sr(a) esteja de acordo, a entrevista poderá ser gravada para transcrição posterior, visando facilitar o processamento do material. Entretanto, o Sr(a) poderá solicitar à pesquisadora que não grave ou que interrompa a gravação a qualquer momento durante a realização da entrevista.

As informações fornecidas serão processadas pela pesquisadora e analisadas em conjunto com outras entrevistas e documentos disponíveis sobre o tema investigado. Citações diretas de falas serão evitadas, porém, caso seja necessário para a compreensão da conjuntura, o entrevistado poderá ser identificado, desde que previamente consultado e esteja de acordo com o material de publicação. Destaque-se que os resultados da análise realizada são de inteira responsabilidade da pesquisadora.

Todo o material da pesquisa ficará sob a guarda da pesquisadora e será mantido arquivado no prazo recomendado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da ENSP (CEP/ENSP).

O(a) Sr(a) receberá uma cópia deste termo, onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Renata Pestana Vianna

Pesquisadora

Dra. Luciana Dias de Lima

Pesquisadora-Orientadora

DAPS - Rua Leopoldo Bulhões, 1480 – sala 715. Tel.: (21) 2598 – 2849

Tel. CEP/ENSP- (21) 2598-2863

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Sujeito da pesquisa

ANEXO 2 – ROTEIROS DE ENTREVISTA E QUESTIONÁRIO

ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA O (A) RESPONSÁVEL PELA REGIONALIZAÇÃO NA SES-RJ

Local da entrevista:

Data da entrevista:

IDENTIFICAÇÃO E PERFIL DO(A) ENTREVISTADO(A)

Nome:

Sexo:

feminino

masculino

Data do nascimento: ____/____/____

Formação profissional (profissão):

Cargo atual:

Instituição:

Nome do cargo:

No cargo desde quando:

Experiência profissional anterior:

Ocupação de outros cargos de Chefia/coordenação:

Atuação no setor público e privado na saúde:

Atuação em outros setores:

Cursos realizados e áreas:

Especialização:

Mestrado:

Doutorado:

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

Telefone(s):

E-mail:

1. O Sr. (a) considera que os CGR ocupam papel prioritário na política estadual de saúde? Por quê? (*considerar as prioridades da cúpula dirigente da SES e do governo estadual para a saúde*)
2. Quais os principais fatores que favoreceram (e favorecem) a incorporação da temática do CGR na política estadual de saúde? (*considerar os períodos de governo em que o entrevistado atuou: 2007 a 2010; a partir de 2010*)
3. Que aspectos o Sr.(a) considera que influenciam o processo de implantação dos Colegiados de Gestão Regional (CGR) no estado do RJ? (*considerar elementos históricos, da atuação da SES, das formas de organização dos municípios e atuação das SMS*)
4. Que aspectos e critérios foram considerados para delimitação do recorte regional dos CGR? Por que o município do RJ constitui um CGR no estado? De que forma este CGR se diferencia dos demais?
5. Quais as principais atribuições dos CGR no estado? Como estes têm contribuído para o processo de regionalização?
6. Qual o papel da SES no processo de implementação dos CGR? Que estratégias e incentivos foram e têm sido utilizados nesse processo? (*considerar estratégias de qualificação/capacitação; investimentos; oficinas regionais de planejamento, etc.*)
7. Houve e ainda existe algum tipo de incentivo financeiro nesse processo? Especifique as formas de repasse, os tipos de incentivos e as finalidades.
8. Além da SES, quem tem participado do processo de implantação dos CGR no estado? (*considerar a participação de outros atores não governamentais, tais como universidades, consultores, etc.*)
9. Quais as atribuições e papel das seguintes instâncias/organizações no processo de implantação dos CGR:
 - COSEMS;

- CIB;
- Conselhos de Saúde.

10. Os CGR repercutem na atuação da SES, CIB e COSEMS? De que forma?
11. Qual a sua visão sobre o funcionamento atual dos CGR no estado? Existem muitas variações no funcionamento dos CGR? Em que regiões o processo encontra-se em estágio mais avançado ou incipiente?
12. Quais os principais fatores que favorecem ou dificultam o funcionamento dos CGR nas diversas regiões de saúde do estado?
13. De que forma as estruturas regionais previamente existentes (ex: consórcios, instâncias de representação regional da SES na área de vigilância sanitária, representação regional do COSEMS) influenciam o processo de implantação dos CGR?
14. Qual a relação dos CGR com as demais estruturas regionais existentes:
 - consórcios de saúde;
 - estruturas/organização regional da SES;
 - Vice-Diretorias Regionais do COSEMS.
15. Em sua opinião, os CGR têm contribuído para o fortalecimento de uma identidade ou visão regional entre os municípios? De que forma?
16. Em sua opinião, os CGR têm contribuído para a modificação das práticas de planejamento e gestão da saúde? De que forma?
17. Quais são os principais avanços, dificuldades e desafios do processo de implementação dos CGR no estado?
18. Por favor, faça as considerações adicionais que o(a) Sr.(a) considera importante sobre o assunto.

ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA A DIRETORIA DO COSEMS

Local da entrevista:

Data da entrevista:

IDENTIFICAÇÃO E PERFIL DO(A) ENTREVISTADO(A)

Nome:

Sexo:

feminino

masculino

Data do nascimento: ____/____/____

Formação profissional (profissão):

Cargo atual:

Instituição:

Nome do cargo:

No cargo desde quando:

Experiência profissional anterior:

Ocupação de outros cargos de Chefia/coordenação:

Atuação no setor público e privado na saúde:

Atuação em outros setores:

Cursos realizados e áreas:

Especialização:

Mestrado:

Doutorado:

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

Telefone(s):

E-mail:

1. O Sr. (a) considera que os CGR ocupam papel prioritário na política de saúde dos municípios no estado do RJ? Por quê? (*considerar as prioridades dos governos municipais para a saúde*)
2. Quais os principais fatores que favoreceram (e favorecem) a introdução da temática do CGR na agenda do COSEMS?
3. Que aspectos o Sr.(a) considera que influenciam o funcionamento dos Colegiados de Gestão Regional (CGR) no estado do RJ? (*considerar elementos históricos, da atuação da SES, das formas de organização dos municípios e atuação das SMS*)
4. Que aspectos e critérios foram considerados para delimitação do recorte regional dos CGR? Por que o município do RJ constitui um CGR no estado? De que forma este CGR se diferencia dos demais?
5. Quais as principais atribuições dos CGR no estado? Como estes têm contribuído para o processo de regionalização?
6. Qual o papel da SES no processo de implementação dos CGR? Que estratégias e incentivos foram e têm sido utilizados nesse processo? (*considerar estratégias de qualificação/capacitação; investimentos; oficinas regionais de planejamento, etc.*)
7. Houve e ainda existe algum tipo de incentivo financeiro nesse processo? Especifique as formas de repasse, os tipos de incentivos e as finalidades.
8. Qual o papel do COSEMS no processo de implementação dos CGR? Que estratégias e incentivos foram e têm sido utilizados nesse processo? (*considerar estratégias de qualificação/capacitação; investimentos; oficinas regionais de planejamento, etc.*)
9. Além da SES e do COSEMS, quem tem participado do processo de implantação dos CGR no estado? (*considerar a participação de outros atores não governamentais, tais como universidades, consultores, etc.*)

10. Quais as atribuições e papel das seguintes instâncias/organizações no processo de implantação dos CGR:
 - CIB;
 - Conselhos de Saúde.

11. Os CGR repercutem na atuação da SES, CIB e COSEMS? De que forma?

12. Qual a sua visão sobre o funcionamento atual dos CGR no estado? Existem muitas variações no funcionamento dos CGR? Em que regiões o processo encontra-se em estágio mais avançado ou incipiente?

13. Quais os principais fatores que favorecem ou dificultam o funcionamento dos CGR nas diversas regiões de saúde do estado?

14. De que forma as estruturas regionais previamente existentes (ex: consórcios, instâncias de representação regional da SES na área de vigilância sanitária, representação regional do COSEMS) influenciam o processo de implantação dos CGR?

15. Qual a relação dos CGR com as demais estruturas regionais existentes:
 - consórcios de saúde;
 - estruturas/organização regional da SES;
 - Vice-Diretorias Regionais do COSEMS.

16. Em sua opinião, os CGR têm contribuído para o fortalecimento de uma identidade ou visão regional entre os municípios? De que forma?

17. Em sua opinião, os CGR têm contribuído para a modificação das práticas de planejamento e gestão da saúde? De que forma?

18. Quais são os principais avanços, dificuldades e desafios do processo de implementação dos CGR no estado?

19. Por favor, faça as considerações adicionais que o(a) Sr.(a) considera importante sobre o assunto.

QUESTIONÁRIO ESPECÍFICO PARA O (A) COORDENADOR (A) DO CGR

Local da entrevista:

Data da entrevista:

Nome da região do CGR:

IDENTIFICAÇÃO E PERFIL DO ENTREVISTADO

Nome:

Sexo:

- feminino
 masculino

Data do nascimento: ____/____/____

Formação profissional (profissão):

Cargo atual:

Instituição/órgão da Secretaria de Saúde:

Nome do cargo:

No cargo desde quando:

Atua como Coordenador do CGR desde quando: ____/____/____

Experiência profissional anterior:

Ocupação de outros cargos de Chefia/coordenação:

Atuação no setor público e privado na saúde:

Atuação em outros setores:

Cursos realizados e áreas:

Especialização:

Mestrado:

Doutorado:

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

Telefone(s):

E-mail:

Endereço do CGR (Logradouro, número, complemento, CEP, cidade, UF):

Telefone(s):

E-mail:

Dimensão: indução e implantação inicial do CGR

O CGR na agenda governamental

1) Que grau de prioridade tem sido dado à implantação do CGR pelos municípios da região?

- Muito alto
- Alto
- Moderado
- Baixo
- Muito baixo
- Não é possível avaliar. Especifique motivo(s):

2) Quais fatores favoreceram a incorporação do CGR na agenda dos municípios na região?

- Atuação do Secretário de Estado de Saúde. Especifique:
- Atuação de outros dirigentes do nível central da SES. Especifique:
- Atuação do COSEMS. Especifique:
- Indução financeira do Ministério da Saúde
- Prioridade estabelecida no Pacto pela Saúde
- Questões regionais. Especifique:
- Outros. Especifique:

3) Que grau de prioridade tem sido dado à implantação do CGR pelo representante da SES na região?

- Muito alto
- Alto
- Moderado
- Baixo
- Muito baixo

Não é possível avaliar. Especifique motivo(s):

4) Quais fatores favoreceram a incorporação do CGR na agenda da SES?

Atuação do Secretário de Estado de Saúde. Especifique:

Atuação de outros dirigentes do nível central da SES. Especifique:

Atuação do COSEMS. Especifique:

Indução financeira do Ministério da Saúde

Prioridade estabelecida no Pacto pela Saúde

Questões regionais. Especifique:

Outros. Especifique:

Atores envolvidos na implantação do CGR

5) Quem participou do processo de implantação do CGR na região:

Representante da SES. Especifique:

Outros setores do governo estadual. Especifique:

Representante do COSEMS. Especifique:

Representante dos Conselhos de Saúde. Especifique:

Membros das instituições de ensino/pesquisa. Especifique:

Consórcio de saúde.

Outras organizações dos municípios. Especifique:

Outros. Especifique:

6) Em sua opinião, dos atores acima elencados, quem teve uma atuação mais decisiva para implantação do CGR na região? Justifique.

Estratégias e incentivos utilizados na implantação do CGR

7) Que tipos de estratégias e incentivos foram utilizados na implantação do CGR na região:

- Oficinas de planejamento. Especifique:
- Estratégias de capacitação/qualificação. Especifique:
- Incorporação/mobilização de atores governamentais e não governamentais. Especifique:
- Criação de instrumentos específicos. Especifique:
- Incentivos financeiros federais. Especifique:
- Incentivos financeiros estaduais. Especifique:
- Incentivos financeiros municipais. Especifique:
- Outros. Especifique:

Dimensão: Institucionalidade do CGR

Histórico da regionalização

8) Quais os principais fatores que favorecem o funcionamento do CGR na região?

- Experiências prévias de regionalização. Especifique:
- Existência de prática de planejamento e negociação regional anterior. Especifique:
- Existência de instâncias regionais previamente estabelecidas (Ex: consórcio). Especifique:
- Confluência de visões e interesses dos gestores (entre os municípios; entre o estado e os municípios). Especifique:
- Existência de incentivos financeiros. Especifique:
- Características sócio-econômicas da região (dinâmicas econômicas; aspectos culturais; características dos municípios; etc.). Especifique:
- Características do sistema de saúde na região. Especifique:
- Outros. Especifique:

9) Em sua opinião, a inexistência de algum dos fatores acima mencionados dificulta ao funcionamento do CGR na região? Especifique.

Organização e funcionamento

10) Quando foi instituído o CGR na região? Especifique data: ___/___/_____

11) Existe instrumento normativo de implantação do CGR na região?

Sim. Especifique tipo, nº e ano: _____

Não

12) Existe um regimento interno do CGR? Qual a data de sua aprovação e de sua última atualização?

Aprovação:

Sim. ___/___/_____

Não

Atualização:

Sim. ___/___/_____

Não

13) Quando ocorreu a primeira reunião do CGR na região? Especifique data: ___/___/_____

14) Quais os mecanismos utilizados para organização do CGR na região:

Elaboração e divulgação da pauta das reuniões.

Convocação dos participantes.

Elaboração do material para subsidiar as discussões.

Processamento e análise técnica dos temas a serem discutidos.

Elaboração dos registros das reuniões (Ex. sumários, atas, outros).

Divulgação dos resultados e desdobramentos das reuniões do CGR.

Outros: _____

15) Há definição de uma Secretaria Executiva (ou similar) do CGR?

Sim. Especifique data de criação. ___/___/_____

Não

16) Caso exista Secretaria Executiva ou similar, especifique suas principais atribuições:

17) O CGR conta com câmaras técnicas, grupos de trabalho ou similares? Quantos?Quais?

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

Não

18) Há a conformação de uma Comissão de Integração Ensino-Serviço (CIES) na região?

Sim. Especifique data de criação. ___/___/_____

Não

19) Caso exista a CIES, especifique suas principais atribuições junto ao CGR:

20) O CGR conta com espaço próprio de funcionamento?

Sim (especifique sede administrativa, espaço para reuniões)

Não

21) O CGR conta com recursos próprios?

a. Financeiros

Sim (especifique)

Não

b. Recursos Humanos

Sim (assessores/consultores; vínculo com a SES ou SMS)

Não

c. Materiais

Sim (especifique, Computador, arquivos, etc)

Não

22) As reuniões do CGR ocorrem com qual periodicidade?

Mensalmente

Outros. Especifique:

23) Quantas reuniões do CGR foram realizadas desde o início de seu funcionamento até março de 2011?

Nº de reuniões ordinárias:

Nº de reuniões extraordinárias:

24) Houve alguma reunião programada que não tenha sido realizada (reunião cancelada ou adiada)? Especifique número e motivos para não realização da reunião.

Sim.

N. de reuniões não realizadas: _____

Motivos para cancelamento/adiamento da reunião: _____

Não

25) Como é feita a divulgação do calendário, convocações e pautas das reuniões?

	Sim	Não
Página na Internet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E-mail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Correio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outros. Especifique:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

26) Como é feita a divulgação das discussões e deliberações do CGR?

	Sim	Não
Imprensa Oficial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Página na Internet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E-mail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Correio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outros. Especifique:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Adequação e Representatividade Regional do CGR

27) Quais os critérios utilizados para definição da abrangência e recorte regional do CGR?

Condições sócio-econômicas. Especifique:

Perfil do sistema de saúde. Especifique:

Identidade cultural. Especifique:

Fluxos assistenciais. Especifique:

Infra-estrutura viária e de serviços. Especifique:

Outros. Especifique:

28) Quais os critérios utilizados para a escolha do Coordenador do CGR?

Definição de Regimento Interno (ou outra formalizada).

Eleição.

Indicação entre os membros.

Outros. Especifique:

29) Qual o perfil predominante dos representantes municipais que participam do CGR?

Profissionais de saúde

Profissionais de outras áreas

Profissionais de nível superior

Profissionais de nível médio

Secretários municipais de saúde

Outros dirigentes/membros da Secretaria Municipal de Saúde. Especifique:

30) Em sua opinião, qual o grau de rotatividade (variação) dos representantes municipais nas reuniões do CGR?

Muito alto

Alto

Moderado

Baixo

Muito baixo

31) Que fatores contribuem para a rotatividade (variação) dos representantes municipais nas reuniões do CGR?

Mudanças de Secretários Municipais de Saúde

Compromissos relacionados à agenda dos gestores

Importância conferida à pauta de discussão

Outros. Especifique:

32) Há necessidade de quórum para realização das reuniões?

Sim:

Proporção/número de integrantes que devem estar presentes: _____

Não

33) Quantas reuniões não foram realizadas por falta de quórum até março de 2011?

Todas as reuniões programadas tiveram quórum.

34) O representante estadual participa regularmente das reuniões?

Sim

Não

35) Na sua visão, que fatores influenciam a escolha do representante estadual no CGR?

Experiência profissional.

Cargo ocupado ou função exercida na SES.

Capacidade técnica.

Capacidade de negociação política.

Conhecimento da região.

Outros. Especifique:

36) Como o Sr.(a) avalia a regularidade da participação dos gestores municipais nas reuniões do CGR?

Muito alto

Alto

- Moderado
- Baixo
- Muito baixo

37) Como você avalia a participação dos municípios no CGR?

- Há intensa participação dos municípios nas discussões realizadas na maior parte dos temas tratados.
- Há moderada participação dos municípios nas discussões realizadas na maior parte dos temas tratados.
- Há baixa participação dos municípios nas discussões realizadas na maior parte dos temas tratados.
- A participação dos municípios varia segundo os temas tratados nas reuniões.
- Não há como avaliar a participação dos municípios nas reuniões.

38) Além dos integrantes formais do estado e municípios, quem participa das reuniões do CGR?

- Técnicos dos municípios.
- Outros dirigentes do estado.
- Técnicos do estado.
- Dirigentes e técnicos do Ministério da Saúde.
- Conselheiros de Saúde.
- Prestadores privados.
- Membros das Instituições de Ensino e Pesquisa.
- Representantes de Consórcios.
- Outros. Especifique:

39) De que maneira ocorre a participação desses outros atores?

- Expressam sua opinião, mas não participam da deliberação
- Expressam sua opinião e participam da deliberação

Prestam informações sobre temas específicos

Outros. Especifique:

Dimensão: processo político e padrões de relacionamento do CGR

Principais influências na definição da pauta

40) Quem influencia na definição da pauta do CGR?

	Sim	Não
Representante da Secretaria Estadual de Saúde (especifique):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Representante do COSEMS (especifique)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Secretários Municipais de Saúde da região (especifique):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Secretaria Executiva do CGR (especifique):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outros. Especifique:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

41) Em sua opinião, quais os fatores que mais influenciam a pauta de discussão do CGR?

- Políticas específicas e demandas da SES (especifique):
- Políticas específicas e demandas da região (especifique):
- Demandas específicas dos municípios (especifique):
- Demandas dos Conselhos de Saúde (especifique):
- Demandas dos prestadores privados de serviços (especifique):
- Demandas dos profissionais de saúde (especifique):
- Outros. Especifique:

Temática predominante

42) Quais foram os principais temas regionais abordados nas reuniões do CGR?

43) Em sua opinião, os temas do Pacto de Gestão foram priorizados no CGR? Quais?

44) Quais prioridades do Pacto pela Vida ganharam maior ênfase nas reuniões do CGR?

- Saúde do idoso.
- Controle do câncer do colo do útero e da mama.
- Redução da mortalidade infantil e materna.
- Fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária, influenza, hepatite e AIDS.
- Promoção da saúde.
- Fortalecimento da atenção básica.
- Saúde do Trabalhador
- Saúde Mental
- Atenção às pessoas com deficiência
- Pessoas em situação ou risco de violência
- Saúde do Homem
- Outros. Especifique:

45) Quais os principais campos da atenção à saúde discutidos nas reuniões do CGR?

- Assistência à saúde. Especifique:
- Vigilância Epidemiológica
- Vigilância Sanitária

- Produção e regulação de insumos para a saúde
- Formação e gestão de recursos humanos
- Promoção da saúde
- Articulação intersetorial
- Outros. Especifique:

Natureza e tipos de relações intergovernamentais no CGR

46) Que relações foram predominantes entre os membros do CGR?

- Técnico-políticas (baseada nas políticas públicas/princípios do SUS).
- Político-partidárias.
- Pessoais.
- Corporativas/grupos de interesse.
- Outras. Especifique:

47) Que relações são predominantes no CGR?

Entre os municípios:

- conflitiva (predomínio de divergências e dificuldade para obtenção de consenso)
- cooperativa (predomínio de busca pelo consenso por meio de negociação e parcerias)
- cooptação (predomínio de estratégias para adesão a propostas, mantendo-se sua formulação original)

Entre estado e municípios.

- conflitiva (predomínio de divergências e dificuldade para obtenção de consenso)
- cooperativa (predomínio de busca pelo consenso por meio de negociação e parcerias)
- cooptação (predomínio de estratégias para adesão a propostas, mantendo-se sua formulação original)

48) Quais as estratégias adotadas para favorecer a articulação intergovernamental no CGR?

- Processamento prévio dos temas por equipes técnicas. Especifique:
- Conformação de comissões especiais/grupos de trabalho específicos. Especifique:
- Interveniência de atores políticos relevantes. Especifique:
- Interveniência da SES. Especifique:
- Outros. Especifique:

49) Quais os principais motivos de conflito intergovernamental no CGR?

- Econômico-financeiros. Especifique:
- Técnico-políticos. Especifique:
- Político-partidários. Especifique:
- Interesses corporativos. Especifique:
- Interesses privados. Especifique:
- Outros. Especifique:

50) Quais os temas de maior convergência entre os gestores (municipais; estado e municípios) no âmbito do CGR?

51) Quais os temas que geraram maior divergência entre os gestores (municipais; estado e municípios) no CGR? Houve necessidade de votação nesses casos?

52) Qual o caráter predominante das reuniões do CGR?

- Informativo

Consultivo

Deliberativo

Relações do CGR com outras instâncias colegiadas e de gestão regional

53) Que atores influenciam o processo decisório no CGR?

	Sim	Não
Consórcios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CIB	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
COSEMS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conselho de Saúde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estrutura/ organização regional da SES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dirigentes de hospitais regionais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Setor filantrópico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prestadores privados credenciados ao SUS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Planos de saúde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Corporação médica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outras corporações profissionais. Especifique:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outras. Especifique:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

54) Quais as atribuições e o papel das instâncias de planejamento e gestão na região?

Consórcios

CIB

COSEMS

Conselho de Saúde

Estrutura/ organização regional da SES

Outras. Especifique:

55) Que relações predominam entre o CGR e outras instâncias do SUS? (Existência de sobreposição ou complementaridade de funções) Qual a regularidade dessas relações?

Consórcios

Sobreposição de funções

Complementaridade

CIB

Sobreposição de funções

Complementaridade

COSEMS

Sobreposição de funções

Complementaridade

Conselho de Saúde

Sobreposição de funções

Complementaridade

Estrutura/lógica de organização regional da SES

Sobreposição de funções

Complementaridade

Outras. Especifique:

Sobreposição de funções

Complementaridade

56) Qual a regularidade das relações entre o CGR e outras instâncias do SUS?

	ALTA	MÉDIA	BAIXA
Consórcios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CIB	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
COSEMS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conselho de Saúde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outras. Especifique:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estrutura/ organização regional da SES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outras. Especifique:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

57) Como você avalia a intensidade da interação do CGR com outras instâncias do SUS?

58) Que tipos de estratégias de articulação existem entre o CGR e os Conselhos de Saúde?

- Atendimento das demandas e deliberações dos Conselhos pelo CGR
- Discussão das definições e propostas do CGR no CES/Conselhos Municipais
- Participação de membros dos conselhos no CGR
- Outros. Especifique:

Dimensão: capacidade de atuação do CGR

Planejamento Regional

59) Em relação ao planejamento regional, que aspectos têm sido considerados/utilizados no âmbito do CGR:

- Diagnóstico dos principais problemas de saúde da região
- Definição de prioridades de intervenção
- Pactuação de metas a serem alcançadas pela região
- Elaboração de plano de ação
- Definição dos responsáveis pelas ações

- Definição de prazos para alcance das metas propostas
- Estratégias de acompanhamento e ou avaliação
- Definição do papel e perfil das unidades assistenciais
- Definição de fluxos assistenciais
- Outros. Especifique:

60) O Plano Regional discrimina os recursos financeiros a serem investidos pelos entes para desenvolver as estratégias propostas?

- Sim. Especifique:
- Não.

61) Foram elaboradas estratégias pelo CGR voltadas para a qualificação profissional na região?

- Sim. Especifique:
- Não

62) Em sua opinião, como os CGR favorecem a constituição de uma lógica de atuação regional entre os entes? Por quê?

Gestão Intergovernamental

63) O CGR acompanha o cumprimento da pactuação definida na PPI? Em que aspectos (financeiros, fluxos de referência, etc.)?

- Sim. Especifique:
- Não

64) Quais as estratégias e instrumentos de regulação adotados no CGR?

- Central de marcação/regulação de consultas especializadas
- Central de marcação/regulação de exames na região
- Central de marcação de internações/regulação de leitos

- Central de urgências.
- Adoção de protocolos clínicos
- Contratualização de prestadores
- Outras. Especifique:

65) Como é feita a formalização dos acordos estabelecidos no CGR?

- Termos de Compromisso de Gestão
- Contratos
- Planos regionais
- Atos Normativos (Portarias, Decretos, Deliberações, Resoluções)
- Outros. Especifique:

66) A assinatura dos Termos de Compromisso de Gestão do Pacto pela Saúde envolvem discussão no CGR? De que forma?

- Sim. Especifique:
- Não.

67) Foram implantadas estratégias de avaliação e monitoramento dos compromissos assumidos pelos gestores?

- Sim. Especifique:
- Não.

68) Foram realizados investimentos voltados para as regiões de saúde? Especifique a origem dos recursos, os tipos e as finalidades (Ex: construção de unidades, reformas, aquisição de equipamentos, etc.)

- Sim. Especifique:
- Não.

69) Foram implantados fundos regionais ou outros mecanismos de compartilhamento de recursos regionais?

Sim. Especifique:

Não.

70) Por favor, faça as considerações adicionais que o(a) Sr.(a) considera importante sobre o assunto.