



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
Mestrado Profissional em Saúde Coletiva
Área de Concentração Avaliação de Tecnologias em Saúde



MEYRE APARECIDA PEREIRA DE ASSUNÇÃO

**ESTUDO SOBRE A IMPLANTAÇÃO DA GESTÃO REGIONAL DA SAÚDE NO
VALE DO PEIXOTO NA AMAZÔNIA MATO-GROSSENSE**

Salvador

2013

MEYRE APARECIDA PEREIRA DE ASSUNÇÃO

**ESTUDO SOBRE A IMPLANTAÇÃO DA GESTÃO REGIONAL DA SAÚDE NO
VALE DO PEIXOTO NA AMAZÔNIA MATO-GROSSENSE**

Dissertação de Mestrado Profissional
apresentada ao Programa de Pós-Graduação
da Universidade Federal da Bahia Instituto de
Saúde Coletiva para obtenção do título de
mestre em Saúde Coletiva

Área de Concentração: Avaliação de
Tecnologias em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Júlio Strubing Müller Neto

Salvador

2013

Dados Internacionais de Catalogação na Fonte.

A751e Assunção, Meyre Aparecida Pereira de.

Estudo sobre a implantação da gestão regional da saúde no vale do Peixoto na Amazônia mato-grossense. / Meyre Aparecida Pereira de Assunção. – 2013.

143 f.; 30 cm.

Orientador: Júlio Strubing Müller Neto.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal da Bahia, Instituto de Saúde Coletiva, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Mestrado Profissional em Saúde Coletiva. Salvador, 2013

Inclui bibliografia

Permitida a reprodução parcial ou total desde que citada a fonte.



**Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva – ISC
Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva**

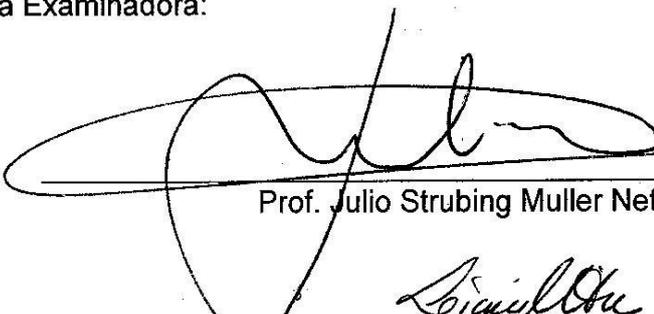
Meyre Aparecida Pereira de Assunção

“Estudo Sobre a Implantação da Gestão Regional da Saúde no Vale do Peixoto na Amazônia Mato _ grossense.”

A Comissão Examinadora abaixo assinada, aprova a Dissertação, apresentada em sessão pública ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

Data de defesa: 09 de março de 2013

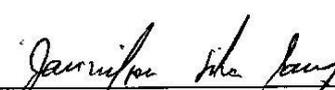
Banca Examinadora:



Prof. Julio Strubing Muller Neto /ISC/UFMT



Profa. Ligia Maria Vieira da Silva /ISC/UFBA



Prof. Jaimilson Silva Pim /ISC/UFBA

Salvador
2013

Aos meus filhos, *Manoel Afonso e Emanoely*,
preciosidades da minha vida.

AGRADECIMENTOS

A Deus pela vida,

Ao Professor Júlio Müller, pelos momentos de orientação que foram importantes tanto para o foco do meu objeto de pesquisa como para a conclusão da dissertação e acima de tudo, pela disponibilidade constante em fornecer-me seus conhecimentos e pela acolhida.

À Professora Lígia Vieira por seu posicionamento, oportunizando reflexão na busca do conhecimento.

Ao Professor Jairnilson Paim, pela sua forma de condução do conhecimento, favorecendo um repensar do espaço do serviço.

A Universidade Federal da Bahia, por meio da equipe de professoras cordenadoras e da equipe administrativa do Instituto de Saúde Coletiva, pela dedicação neste mestrado.

Aos professores do mestrado profissional, pela condução de cada disciplina do curso.

Aos colegas do mestrado, pelos momentos conjuntos de aprendizagem e crescimento.

À Secretaria de Estado de Saúde e Escola de Saúde Pública de Mato Grosso, por meio da equipe gestora e técnica que viabilizaram a realização deste mestrado.

Aos colegas servidores do nível central da SES que me repassaram as informações necessárias.

À direção e todos os colegas de trabalho do Escritório Regional de Saúde de Peixoto de Azevedo, pela pronta disponibilidade no repasse de informações necessárias para este trabalho.

Aos membros do colegiado de gestão regional, pela aprovação e apoio para realização deste estudo.

Aos servidores das secretarias municipais de saúde, sempre prontos para colaborar.

Aos participantes das entrevistas deste estudo, pela colaboração extremamente importante a este trabalho.

Aos meus pais, Elizeu e Francisca, pelo incentivo constante a busca do estudo e acima de tudo pelo exemplo de vida.

Ao meu esposo, Roberto, companheiro, amigo, pelo apoio nos meus ideias na busca do aperfeiçoamento profissional e na vida cotidiana de nossa família.

A minha irmã Wanderneia, cunhado Jeciel e sobrinho João Guilherme pela acolhida em sua casa durante todo o mestrado, pelo empréstimo do carro, pelos idas até a rodoviária, enfim pelo apoio durante todo este mestrado.

Ao meu irmão Francisvaldo pela preocupação e caronas até as aulas do mestrado e ao meu sobrinho Lipe.

Ao meu irmão Elielson e família, distante, porém sempre presente apoiando e torcendo pelas conquistas.

À família que ganhei em Matupá, sogro, sogra, cunhados, cunhadas e sobrinhos, pelo apoio, incentivo e auxílio durante todo o mestrado.

À Clarisse que auxilia no cuidado em minha casa e com as crianças.

Enfim a todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização deste trabalho, fica aqui o meu reconhecimento.

A lei de ouro do comportamento é a tolerância mútua, já que nunca pensaremos todos da mesma maneira, já que nunca veremos senão uma parte da verdade e sob ângulos diversos.

Mahatma Gandhi

RESUMO

O presente estudo teve por objetivo avaliar a implantação da gestão regional na microrregião de Saúde do Vale do Peixoto, considerando os instrumentos de gestão regional nas dimensões política, tecnopolítica e gerencial. A dimensão política refere-se à tomada de decisão no Colegiado de Gestão Regional (CGR); a tecnopolítica, aos instrumentos de planejamento da regionalização, Plano Diretor de Regionalização (PDR), Plano Diretor de Investimento (PDI) e a Programação Pactuada Integrada da Assistência à Saúde (PPI); e a gerencial, à regulação do acesso aos serviços de saúde. O período de estudo compreendeu os anos de 2009 e 2010 e teve como referência as diretrizes do Pacto pela Saúde 2006. Trata-se de um estudo de caráter avaliativo apoiado em um modelo teórico lógico que utilizou como estratégia o estudo de caso. Contou com técnicas de entrevistas semiestruturada com informantes chave e análise documental. Os resultados evidenciaram que o processo de regionalização foi histórica e politicamente construído no estado e na região. O Colegiado de Gestão Regional consolida-se a partir de 2008, está institucionalizado, a participação dos membros é predominantemente cooperativa, mas tem pouca governabilidade sobre temas importantes. O colegiado desenvolveu práticas que favorecem a deliberação, o manejo de conflitos e a obtenção de consenso. O planejamento regional não foi instituído e os instrumentos de planejamento são induzidos pelo nível central da secretaria de estado de saúde. A regulação do acesso para as referências macrorregional e estadual são executadas por órgão estadual e o colegiado tem autonomia, no que se refere à regulação, para remanejar ações e procedimentos da programação (PPI) regional. O estudo ressalta a importância do colegiado e do processo de regionalização e apresenta sugestões para fortalecimento da gestão regional e garantir o direito à saúde da população.

Palavras Chave:

regionalização da saúde; planejamento regional de saúde; avaliação em saúde; gestão pública da saúde.

ABSTRACT

The present study aimed to evaluate the implementation of regional management of the Vale do Peixoto Health micro region, considering the management tools in regional political, techno political and managerial. The political dimension refers to decision-making in Regional College of Management (CGR), the techno political, the planning instruments of regionalization, Regionalization Plan (RDP), Investment Plan (IDP) and the Integrated Agreement Assistance of Health (PPI), and the management, regulation of access to health services. The study period comprised the years 2009 and 2010 and had the reference to the guidelines of the Health Pact 2006. This is a study of evaluative character supported by a theoretical model that used logical strategy as the case study. It had techniques semi structured interviews with key informants and documentary analysis. The results showed that the regionalization process was historically and politically constructed in the state and the region. The Regional College of Management was consolidated from 2008, is institutionalized, members' participation is predominantly cooperative, but has little governance on major issues. The college has developed practices that favor the resolution, conflict management and consensus building. Regional planning has not been established and planning tools are induced by central-level department of health. The regulation of access to references macro regional and state are run by the state agency and collegiality has autonomy, with regard to regulation, actions and procedures to rearrange the regional (PPI) schedule. The study highlights the importance of the collegiality and the regionalization process and provides suggestions for strengthening of regional management and ensures the right to population health.

Key Words:

regionalization of health, regional health planning, health evaluation, management of public health.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Modelo Teórico Lógico da Implantação da Gestão Regionalizada	25
Figura 2 – Mapa da Distribuição Territorial dos Biomas em Mato Grosso	50
Figura 3 – Mapa de Mato Grosso, Microrregião de Saúde Vale do Peixoto	55

LISTA DE QUADRO

Quadro 1 – Matriz de Análise da Implantação da Gestão Regionalizada	27
Quadro 2 – Distribuição dos Participantes das Entrevistas segundo Categoria e Duração	30
Quadro 3 – Perfil dos Informantes Chave	74
Quadro 4 – Frequência da Participação dos Membros nas Reuniões do CGR	77
Quadro 5 – Formato e Quantidade das Decisões de Acordo com a Origem ..	78
Quadro 6 – Tematização por Quantidade e Formalização mais Frequente ...	80
Quadro 7 – Decisões Referentes aos Temas do Planejamento Regional e à Regulação em Saúde	82
Quadro 8 – Relação entre os Temas de Conflitos e Temas Recorrentes	86
Quadro 9 – Desenho e Conteúdo do Plano Diretor de Regionalização de 2005 da SES/MT	90
Quadro 10 – Desenho e Conteúdo do Plano Diretor de Investimento de 2005 da SES/MT	92
Quadro 11 – Desenho e Conteúdo da Programação Pactuada Integrada (PPI) de 2010 da SES/MT	93
Quadro 12 – Atribuições do Complexo Regulador Regional da Microrregião de Peixoto	98
Quadro 13 – Procedimentos Programados e Realizados, no ano de 2010, na Microrregião Vale do Peixoto	99

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Dinâmica populacional dos municípios da microrregião de saúde, nos anos de 1981, 1985, 1990, 1995 e 1996	57
Tabela 2 – Municípios da microrregião de saúde conforme ano de emancipação, distância da capital, população e taxa de crescimento. Mato Grosso	58
Tabela 3 – População total residente, segundo sexo e zona por microrregião de saúde. Mato Grosso. Ano 2010	59
Tabela 4 – Indicadores demográficos por municípios e microrregião de saúde. Mato Grosso	59
Tabela 5 – Renda média domiciliar per capita e Produto Interno Bruto per capita, municípios, microrregião de saúde. Mato Grosso	60
Tabela 6 – Índice de Desenvolvimento Humano dos municípios da microrregião de saúde Vale do Peixoto. Mato Grosso	61
Tabela 7 – Taxa de analfabetismo, população alfabetizada, população não alfabetizada e população com 15 anos ou mais dos municípios da microrregião de saúde. Mato Grosso. Ano 2010	61
Tabela 8 – Escolaridade da população com 15 anos ou mais por municípios e microrregião de saúde. Mato Grosso	62
Tabela 9 – Unidades de Saúde por tipo de estabelecimento segundo tipo de prestador. Microrregião de saúde	64
Tabela 10 – Leitos hospitalares SUS, por especialidade, por municípios e microrregião de saúde. Mato Grosso	65
Tabela 11 – Leitos hospitalares por especialidades SUS e não SUS, segundo microrregião de saúde. Mato Grosso	66
Tabela 12 – Cobertura da ESF e Saúde Bucal e leitos hospitalares, segundo município e microrregião de saúde. Mato Grosso. Ano 2010	67
Tabela 13 – Cobertura assistencial de recursos humanos por categoria profissional Médico, Enfermeiro e Cirurgião Dentista, segundo municípios e microrregião de saúde. Mato Grosso. Ano 2009	68
Tabela 14 – Morbidade Hospitalar SUS por principais causas Capítulo CID 10, segundo microrregião de saúde. Mato Grosso. Ano 2010	69

Tabela 15 – Mortalidade por local de residência por principais causas 70
Capítulo CID 10, segundo microrregião de saúde. Mato Grosso. Ano 2010

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIH – Autorização de Internação Hospitalar
AM – Amplitude Modulada
AT – Agência Transfusional
BEC – Batalhão de Engenharia e Construção
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CEO – Centro de Especialidades Odontológicas
CEREST – Centro de Referência de Saúde do Trabalhador
CER – Compensação da Especificidades Regionais
CTA – Centro de Testagem e Aconselhamento
CGR – Colegiado de Gestão Regional
CIR – Comissão Intergestores Regional
CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde
CNS – Cartão Nacional de Saúde
CIB – Comissão Intergestora Bipartite
CIS – Consórcio Intermunicipal de Saúde
CISVP – Consórcio Intermunicipal de Saúde do Vale do Peixoto
CIT – Comissão Intergestora Tripartite
CONASS- Conselho Nacional dos Secretários de Saúde
COSEMS – Conselho das Secretarias Municipais de Saúde
ERS – Escritório Regional de Saúde
ERSPAZ – Escritório Regional de Saúde de Peixoto de Azevedo
ESB – Equipe de Saúde Bucal
ESF – Estratégia de Saúde da Família
FM – Frequência Modulada
FUNASA – Fundação Nacional de Saúde
FNS – Fundo Nacional de Saúde
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDB – Indicadores e Dados Básicos
IDH – Índice de Desenvolvimento Humano
IO – Imagem Objetivo
ISC – Instituto de Saúde Coletiva
INCRA – Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NOB – Norma Operacional Básica
NOAS – Norma Operacional da Assistência à Saúde
PA – Projeto de Assentamento
PAC – Projeto de Ação Conjunta
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PASCAR – Programa de Apoio à Saúde Comunitária Rural
PAVS – Pactuação Anual da Vigilância em Saúde
PDR – Plano Diretor de Regionalização
PDRI – Plano Diretor de Regionalização e Investimento
PDI – Plano Diretor de Investimento
PNDU – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PPI – Programação Pactuada Integrada
PSF – Programa de Saúde da Família
RS – Rio Grande do Sul
SB – Saúde Bucal
SADT – Serviço de Apoio de Diagnose e Terapia
SAE – Serviço de Assistência Especializada
SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SES – Secretaria de Estado de Saúde
SESP – Serviço Especial de Saúde Pública
SIH – Sistema de Informação Hospitalar
SINASC – Sistema de Informação de Nascidos Vivos
SIM – Sistema de Informação de Mortalidade
SISPPI – Sistema de Informação da Saúde da Programação Pactuada Integrada
SISPACTO – Sistema do Pacto pela Saúde
SISREG – Sistema de Informação de Regulação
SUCAM – Superintendência de Campanhas
SUS – Sistema Único de Saúde
TCG – Termo de Compromisso de Gestão
TGM – Termo de Gestão Municipal
UFMT – Universidade Federal de Mato Grosso
UPA – Unidade de Pronto Atendimento
VISA – Vigilância Sanitária

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	17
INTRODUÇÃO	18
1 OBJETIVOS	22
1.1. OBJETIVO GERAL	22
1.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	22
2 ESTRATÉGIA METODOLÓGICA	23
2.1 O MODELO TEÓRICO-LÓGICO PARA ANÁLISE DA GESTÃO REGIONAL DA SAÚDE	23
2.2 A MATRIZ ANALÍTICA	26
2.3 TÉCNICAS DE INVESTIGAÇÃO E COLETA DE DADOS	29
3 MARCO CONCEITUAL	31
3.1. AVALIAÇÃO EM SAÚDE	31
3.2. REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE	32
3.3. POLÍTICA, GESTÃO E PLANEJAMENTO EM SAÚDE	38
3.4. OS INSTRUMENTOS DE GESTÃO DA REGIONALIZAÇÃO EM SAÚDE	41
3.4.1 Pacto em Saúde e o Colegiado de Gestão Regional: a dimensão política	41
3.4.2. Instrumentos de Planejamento da Regionalização: a dimensão tecnopolítica	46
3.4.3. A Regulação do Acesso Enquanto Instrumento de Operacionalização da Regionalização: a dimensão gerencial	48
4 O CONTEXTO DA REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE EM MATO GROSSO E NO VALE DO PEIXOTO	50
4.1 OS ANTECEDENTES DA REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE NO ESTADO DE MATO GROSSO	50
4.2 A SAÚDE NO VALE DO PEIXOTO	54
4.2.1 O Processo de Regionalização da Saúde no Vale do Peixoto	70
5 A PACTUAÇÃO POLÍTICA, O PLANEJAMENTO REGIONAL E A REGULAÇÃO DO ACESSO NA MICRORREGIÃO DO PEIXOTO	74
5.1 ORGANIZAÇÃO, INSTITUCIONALIZAÇÃO E DELIBERAÇÃO NA MICRORREGIÃO DE SAÚDE	75
5.2 O PROCESSO DO PLANEJAMENTO REGIONAL	88
5.3 A REGULAÇÃO DO ACESSO REGIONAL: A ORGANIZAÇÃO, A OPERACIONALIZAÇÃO, O CONTROLE E AVALIAÇÃO	96
CONCLUSÃO E RECOMENDAÇÕES	103
REFERÊNCIAS	106
APENDICE 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	118
APENDICE 2 – Roteiro de Entrevista Semiestruturada	120

APENDICE 3 – Roteiro para Coleta de Dados e Análise Documental	122
APENDICE 4 – Protocolo de Definição de Termos e Critérios para Análise Documental	128
APENDICE 5 – Relação dos Temas Sem Decisão Extraídos das Atas	137
APENDICE 6 – Principais Decisões do Colegiado na Opinião dos Entrevistados.....	139
APENDICE 7 – Temas que Geraram Conflito e/ou Cooperação, de Acordo com Entrevistados	140

APRESENTAÇÃO

O tema escolhido foi inspirado em minha experiência profissional no Escritório Regional de Saúde de Peixoto de Azevedo na microrregião do Vale do Peixoto, responsável pelas ações de Programação, Controle, Avaliação e Regulação, com atribuições de âmbito regional sobre as ações relativas aos instrumentos de planejamento e operacionalização da regionalização. Anteriormente atuei como secretária executiva do Colegiado de Gestão Regional do Vale do Peixoto, discutindo e procurando o consenso sobre as questões relativas à região de saúde. Também já havia sido gestora municipal na mesma microrregião. Portanto, quase que naturalmente optei por estudar o tema da regionalização da saúde, considerando sua importância para a organização do sistema público de saúde. A importância do tema torna-se ainda mais relevante, se considerarmos todos os aspectos envolvidos na concretização do princípio do direito universal à saúde em municípios situados na Amazônia Legal, como são os do Vale do Peixoto.

O meu desafio é estudar a gestão regionalizada do SUS considerando o Pacto pela Saúde. A questão que me motiva é conhecer em que medida ocorreram na região o processo de implantação, os avanços e os problemas que interferiram nesse desenvolvimento.

Penso que desse modo posso contribuir para identificar o contexto da regionalização desta microrregião, bem como para avaliar os instrumentos de gestão, analisando as diretrizes propostas no Pacto e o que foi implementado ou está sendo implementado, contribuindo para o conhecimento da realidade local e regional.

INTRODUÇÃO

A regionalização em saúde prevista legalmente se configura como uma estratégia para a estruturação das ações e serviços públicos num processo de organização territorial, associada à descentralização e hierarquização da rede de serviços. Entretanto, apesar da proposta de articulação entre as diretrizes de regionalização e descentralização para estruturação do sistema de saúde, na década de 1990 houve um acelerado processo de descentralização político-administrativo, impulsionado pelas Normas Operacionais Básicas (NOB), com progressiva transferência de responsabilidades e recursos federais para os gestores estaduais e municipais, não contemplando ações regionais (VIANA et al., 2007).

De acordo com Müller Neto (2010), a trajetória desta descentralização apresenta consenso entre diferentes autores, quanto aos avanços ocorridos com a evolução de um modelo político administrativo envolvendo não somente a transferência de serviços, mas igualmente de poder, responsabilidades e recursos. Houve também uma grande expansão dos serviços municipais, ocasionando mudanças significativas na composição e estruturação da forma de trabalho nesta esfera. Ficou evidenciada ainda a necessidade de uma maior articulação entre os sistemas municipais; fortalecimento das secretarias estaduais de saúde na função reguladora dos sistemas municipais de saúde e das redes intermunicipais de atenção regional; superação das dificuldades dos municípios, a maioria de pequeno porte, em relação à capacidade de planejamento, regulação de prestadores e construção de redes assistenciais de média e alta complexidade. Os novos serviços de saúde municipalizados geraram a necessidade de novas contratações o que agravou a situação das finanças municipais.

Tendo em vista os limites da descentralização, a proposta de regionalização é retomada no início dos anos 2000, através da Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS) com vistas a promover uma descentralização com equidade de acesso; elaborar o Plano Diretor de Regionalização (PDR) organizando a rede da assistência; coordenar os gestores estaduais e municipais para pactuação de referência intermunicipal através da Programação Pactuada e Integrada (PPI). A NOAS preconizava ainda a formação de módulos assistenciais resolutivos que em âmbito regional/microrregional, garantisse ao cidadão acesso rápido e oportuno a um conjunto de serviços (SOUZA, R. 2001).

Apesar da NOAS estimular o planejamento regional e estratégias de políticas de integração das ações e serviços nos espaços geográficos, a rigidez e excessiva parametrização na organização dos serviços regionais apresentaram-se incoerentes em relação às condições existentes, dificuldades acrescidas à falta de governança regional na articulação entre governos estaduais e municipais (SILVA, 2011).

A regionalização retorna à agenda do SUS com o Pacto pela Saúde 2006 propondo substituir o modelo regido pela NOAS, buscando a pactuação política entre os entes federados e expressa na formalização do Termo de Compromisso de Gestão (TCG) para o fortalecimento da gestão compartilhada do sistema de saúde (VIANA et al., 2010).

Uma pesquisa sobre a regionalização em saúde como Gestão Estratégica de Sistemas de Saúde estudou uma região de saúde do Rio Grande do Sul e realizou a análise da região a partir da teoria das Macro organizações, para identificação dos modos de construção e implementação da missão e dos objetivos na gestão da saúde da região (LIMA, J. 2003). Uma outra análise sobre a Regionalização em Saúde investigou a gênese da regionalização no estado do Ceará e avaliou a situação de uma microrregião selecionada com a matriz de análise submetida a comitê de experts. Esta análise utilizou como referencial teórico na avaliação de implantação as categorias de projeto de governo, capacidade de governo e governabilidade de Matus. Referente à gestão da regionalização analisou a dimensão cogestão regional, a gestão estadual regional e a gestão dos municípios da região, com resultados que evidenciaram limites e possibilidades da regionalização, tendo em vista a Reforma Sanitária como Imagem Objetivo (IO) (NOLASCO-LOPES, 2010). Outro estudo sobre os colegiados de gestão regional no Rio de Janeiro apresentou a configuração da regionalização no estado, a constituição dos CGRs e concluiu que este espaço possibilita uma maior integração, troca de experiências e aprendizado entre gestores, porém sugere ser preciso avançar no desenvolvimento de uma cultura regional do planejamento, sendo a secretaria estadual indutora deste processo (VIANNA, 2012).

Uma publicação sobre a regionalização, de âmbito nacional, aborda temas do processo de regionalização da saúde em diferentes contextos e os condicionantes estruturais, histórico e políticos-institucionais, no período de 2007 a 2010 (LIMA e VIANA, 2011).

Albuquerque et al. (2011), em um capítulo dessa obra, discutem o processo de regionalização dos estados brasileiros. Segundo os autores, a regionalização da saúde de Mato Grosso apresentou os seguintes resultados: no contexto histórico-estrutural, político-institucional e conjuntural revelou tendências favoráveis ao processo de regionalização; na direcionalidade o estado é orientado pelas ideologias da equidade, democrático-participativa e gerencial; na implementação da regionalização apresentou-se avançada na institucionalidade, coordenada-cooperativa na governança e incremental quanto aos impactos e inovações institucionais decorrentes deste processo. Em relação ao papel da CIB, no aspecto da institucionalidade discutido por Machado et al. (2011), a Comissão foi classificada como de grau intermediário; relativo ao conteúdo das negociações apresentou-se como diversificado; no processo político e padrões de relacionamento intergovernamentais revelou padrão cooperativo-interativo. Na análise da dinâmica das CIB, o estudo classificou a de Mato Grosso com capacidade de atuação moderada, entre a avançada e intermediária.

Os autores (LIMA e VIANA, 2011), concluem que a grande mudança trazida pelo Pacto em Saúde foi a compreensão de que a regionalização depende de uma base técnica e política, abrindo caminhos para pensar sobre as desigualdades territoriais da saúde em diversos aspectos.

Estudo realizado na microrregião sul de Mato Grosso, fruto do desdobramento e aprofundamento de pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato Grosso (ISC/UFMT) sobre a análise do processo de regionalização da saúde no Estado de Mato Grosso, evidenciou as condições em que se deu o processo de regionalização na microrregião, no período de 2000 a 2009. Apontou como desafios na implementação da regionalização a melhoria na definição de papéis e das responsabilidades dos entes, as ações de planejamento que limitam as induções do nível central da SES, melhor distribuição dos serviços e assistência à saúde no nível regional (SOUZA, E. 2011).

A Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso realizou ações de monitoramento do processo de regionalização após implantação do Pacto, porém estas ações limitam-se à apresentação dos indicadores do Sistema de Pacto em Saúde (SISPACTO) e compromissos assumidos nos Termos de Gestão Municipal (TGM) no sentido de percentuais programados e alcançados, sem contextualizá-los (MATO GROSSO, 2009a; 2009b; 2010b).

Essas investigações apresentam resultados importantes para o processo de conhecimento e análise da regionalização, todavia não abordaram especificamente o processo de implantação da gestão regional com o foco da avaliação para o espaço da cogestão regional no período Pacto pela Saúde nas dimensões propostas por este estudo, que buscará identificar como ocorreu o processo de implantação da gestão regional da saúde. Qual o papel exercido pelo colegiado enquanto espaço de pactuação política regional? Como se deu o processo de elaboração e implementação do planejamento regional? Qual o processo de implementação da regulação do acesso regional? Estas são as questões que orientam este estudo.

1. OBJETIVOS:

1.1 – GERAL:

Estudar a implantação da gestão regional da saúde no Vale do Peixoto

1.2- ESPECÍFICOS:

1. Caracterizar a região e os antecedentes do processo de regionalização da saúde
2. Analisar o papel do Colegiado de Gestão Regional (CGR) enquanto instrumento de pactuação política
3. Analisar o processo de elaboração e implementação dos instrumentos de planejamento da regionalização e dos instrumentos operacionais de regulação

2. ESTRATÉGICA METODOLÓGICA

Foi realizado um estudo de caráter avaliativo sobre a implantação da gestão regional em uma microrregião de saúde de Mato Grosso, considerando os instrumentos de gestão regional por meio de um modelo teórico-lógico e utilizando o estudo de caso como estratégia.

O estudo de caso como método de pesquisa é usado em muitas situações, sendo mais comum para as áreas sociais e surge pelo desejo de entender fenômenos sociais complexos, contribuindo para o conhecimento dos fenômenos individuais, grupais, organizacionais, políticos e relacionados (YIN, 2010).

A avaliação de implantação consiste em analisar o processo de uma intervenção e este estudo terá como referência para análise os objetivos, as diretrizes e as normas pactuadas pelos gestores para o Pacto 2006. Buscará analisar a implantação da gestão regional considerando o estipulado pelas normas e a intervenção implantada em um determinado tempo, no seu contexto.

Este estudo foi realizado na Microrregião de Saúde do Vale do Peixoto situada na Região Norte do Estado de Mato Grosso, composta pelos municípios de: Guarantã do Norte, Matupá, Novo Mundo, Peixoto de Azevedo e Terra Nova do Norte.

O período do estudo compreendeu os anos de 2009 e 2010, a partir da adesão dos cinco municípios ao Pacto em Saúde e a qualificação do Colegiado de Gestão Regional (CGR), no ano de 2008 (BRASIL, 2008a; 2008b; COLEGIADO, 2008).

A caracterização da microrregião de saúde baseou-se nos dados históricos, econômico-sociais, político-administrativo, epidemiológico, educacionais e a da rede de serviços de saúde.

2.1 O MODELO TEÓRICO-LÓGICO PARA ANÁLISE DA GESTÃO REGIONAL DA SAÚDE

O modelo teórico-lógico para análise da gestão regional da saúde foi elaborado a partir da norma federal que divulga e aprova as diretrizes do Pacto pela Saúde 2006 e nos manuais que foram elaborados e divulgados gradativamente pelo Ministério da Saúde para operacionalização do Pacto.

O modelo contempla as dimensões política, tecnopolítica e gerencial, pensando a região como espaço para fortalecimento da gestão.

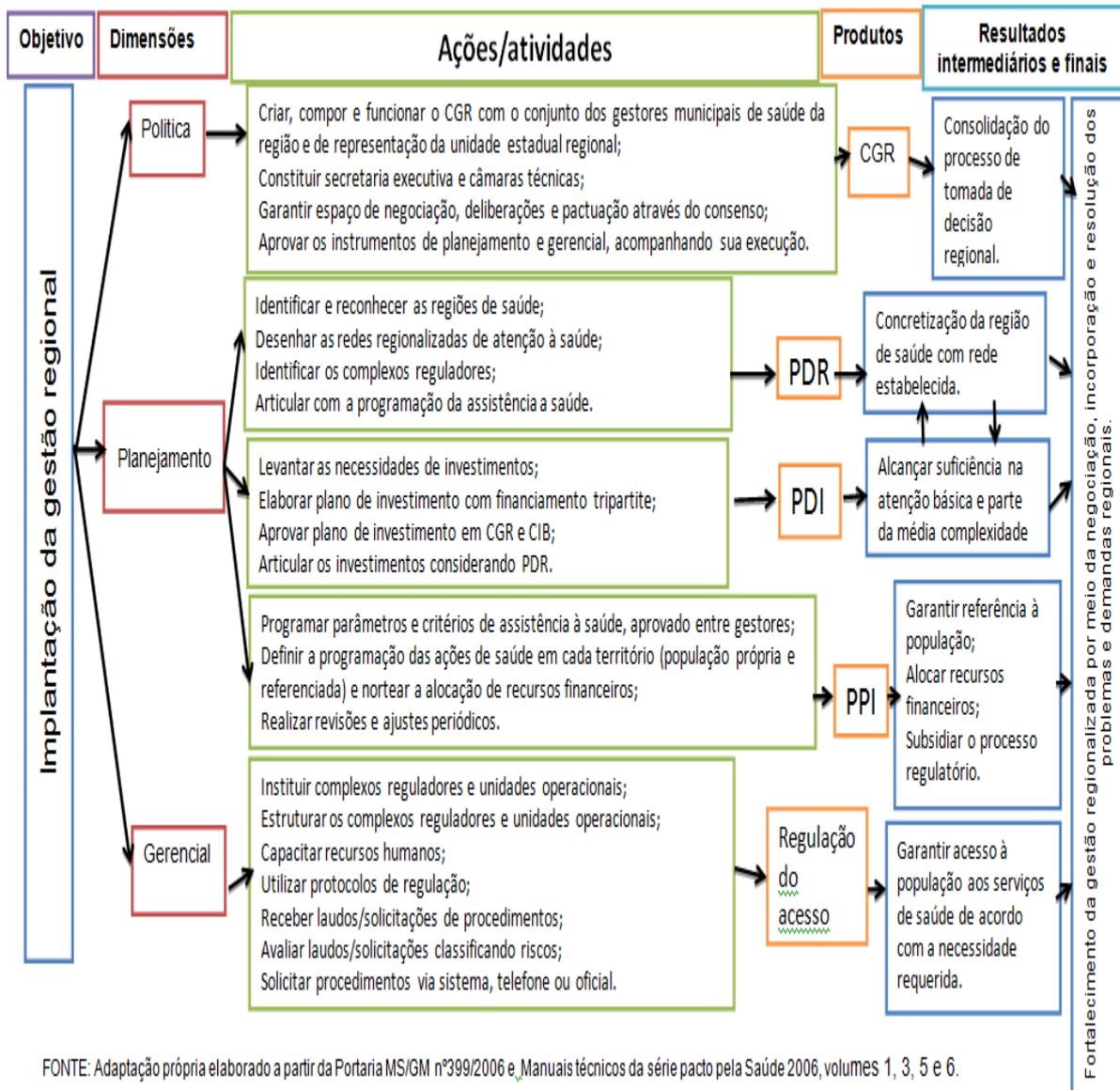
As dimensões configuram categorias de análise que consideram o espaço institucional da negociação política, os instrumentos e as ferramentas do processo de planejamento e as ações e atividades realizadas na região.

A gestão regional ao envolver as esferas estadual e municipal na operacionalização da regionalização torna-se um espaço político permanente onde se processam as negociações e deliberações. Este espaço regional por meio dos Colegiados de Gestão Regional (CGR) deveria instituir um processo dinâmico de planejamento regional, tendo como foco o Plano Diretor de Regionalização (PDR), Plano Diretor de Investimento (PDI) e Programação Pactuada Integrada (PPI) para definições de prioridades, metas e ações e implantar a regulação das ações no sentido de efetivar o acesso da população aos serviços de saúde de acordo com a necessidade tanto no espaço regional quanto estadual. As categorias mencionadas são discutidas e definidas no marco conceitual.

A proposta deste estudo dialogou com o modelo teórico lógico desenvolvido por Nolasco-Lopes (2010) que considera a regionalização como espaço da gestão e da atenção à saúde abordada aqui nas três dimensões expostas.

Compartilhamos com a autora citada sua visão de que o espaço regional apresenta-se como condições de possibilidade do planejamento regional e da regulação no sentido da garantia da integralidade, bem como das possibilidades para o exercício da cogestão.

Figura 1: Modelo Teórico Lógico da Implantação da Gestão Regionalizada



2.2 A MATRIZ ANALÍTICA

A matriz de análise elaborada da implantação dos instrumentos de gestão regional detalha as dimensões, as categorias operacionais e os indicadores construídos com base no modelo lógico. A definição dos indicadores implicou a escolha das fontes de coleta dos dados. Para análise documental foi desenvolvido um protocolo apoiado nos conceitos e normas adotados nesta investigação. Os itens elaborados para a classificação de temas debatidos no colegiado foram formulados e incluídos no protocolo após uma primeira leitura das atas, proposições e resoluções (Apêndice 4).

A avaliação da implantação dos instrumentos de gestão regional apoiou-se na matriz, modificada, de análise desenvolvida na tese de doutorado de Nolasco-Lopes (2010) que analisa a gestão da regionalização na dimensão da cogestão regional, tendo como subdimensões o colegiado de gestão regional, o planejamento regional, o plano diretor de regionalização, a programação pactuada integrada da assistência e a regulação do acesso. Nesta pesquisa o espaço para avaliação será somente da instância regional, ou seja, o CGR e a unidade administrativa regional da SES. A análise dos resultados da implantação da gestão regional no Vale do Peixoto considerou, para efeito de comparação, os resultados obtidos por Nolasco-Lopes (2010) nas situações em que se aplica.

Quadro 1: Matriz de Análise da Implantação da Gestão Regionalizada.

Dimensões da Gestão Regional		Categoria Operacional	Indicadores	Fonte da coleta (1)
Política	CGR	Organização	<ul style="list-style-type: none"> • Criação; • Representatividade; • Existência da secretaria executiva; • Existência de câmaras técnicas; • Infraestrutura: física, equipamento e força de trabalho. 	<ul style="list-style-type: none"> • AD • AD • AD • AD • AD e ENT
		Institucionalização	<ul style="list-style-type: none"> • Regimento interno; • Regularidade de reuniões; • Participação nas reuniões (verificação de quórum); • Proposições, resoluções e decisões constantes em atas; 	<ul style="list-style-type: none"> • AD • AD • AD • AD
		Deliberações e Governança	<ul style="list-style-type: none"> • Deliberações e tomada de decisão: consenso, voto ou consenso apurado por votação; • Deliberações referentes ao processo de elaboração e aprovação dos instrumentos PDR, PDI, PPI e complexo regulador; • Deliberação e negociação: cooperação e conflito. 	<ul style="list-style-type: none"> • AD • AD • AD e ENT
Tecnopolítica – planejamento	PDR	Elaboração	<ul style="list-style-type: none"> • Participação conjunta dos técnicos do estado e municípios. 	<ul style="list-style-type: none"> • AD
		Desenho e Conteúdo do Plano	<ul style="list-style-type: none"> • Identifica e delimita a microrregião; • Redesenha as redes de atenção à saúde da microrregião; • Identifica e define os complexos reguladores; 	<ul style="list-style-type: none"> • AD • AD • AD
		Controle, avaliação das ações previstas.	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecimento do conteúdo do atual PDR por parte dos gestores e dos técnicos responsáveis pela ação. • Existência de mecanismos internos (ERS/CGR) para acompanhamento dos investimentos regiões programados no plano. 	<ul style="list-style-type: none"> • ENT • AD e ENT

“continuação”

Quadro 1: Matriz de Análise da Implantação da Gestão Regionalizada.

Dimensões da Gestão Regional		Categoria Operacional	Indicadores	Fonte da coleta (1)
Tecnopolítica – Planejamento	PDI	Elaboração, Desenho e Conteúdo do Plano	<ul style="list-style-type: none"> • Coerência entre PDR e PDI; • Coerência entre os investimentos aprovados no PDI e os deliberados na microrregião; 	<ul style="list-style-type: none"> • AD • AD
		Controle, avaliação das ações previstas.	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecimento do conteúdo do atual PDI por parte dos gestores e técnicos responsáveis pela ação. • Existência de mecanismos internos (ERS/CGR) para acompanhamento dos investimentos regiões programados no plano. 	<ul style="list-style-type: none"> • ENT • AD e ENT
	PPI	Elaboração	<ul style="list-style-type: none"> • Programação realizada em conjunto por técnicos estaduais e municipais; • Programação considera dados epidemiológicos, rede de serviços estabelecida, profissionais existentes. 	<ul style="list-style-type: none"> • ENT • AD
		Atualização	<ul style="list-style-type: none"> • Realiza revisões periódicas 	<ul style="list-style-type: none"> • AD
		Controle, avaliação	<ul style="list-style-type: none"> • Existência de mecanismos internos (ERS/CGR) para controle entre o programado e executado; 	<ul style="list-style-type: none"> • AD e ENT
	Gerencial	Regulação do acesso regional	Organização	<ul style="list-style-type: none"> • Criação; • Infraestrutura: espaço físico, equipamentos, recursos humanos; • Quantidade e qualificação da força de trabalho;
Operacionalização			<ul style="list-style-type: none"> • Fluxos do trabalho • Processo regulatório realizado por protocolos; • Agendamentos realizados e a PPI. 	<ul style="list-style-type: none"> • AD • AD e ENT • AD
Controle, avaliação das ações previstas.			<ul style="list-style-type: none"> • Acompanhamento da regulação do acesso por parte do CGR 	<ul style="list-style-type: none"> • AD

(1) AD – Análise documental e ENT-Entrevista

2.3 TÉCNICAS DE INVESTIGAÇÃO E COLETA DE DADOS

Neste trabalho a análise documental consiste no principal instrumento metodológico, por meio de dados primários, ou seja, documentos que não sofreram tratamento analítico (ALMEIDA et al., 2009). De acordo com esses autores a pesquisa documental é um procedimento metodológico que possibilita a investigação a partir de dados passados, fazendo inferência para o futuro, por meio da análise dos documentos. A análise documental é desenvolvida por etapas como a seleção dos documentos e a análise dos dados, consolidando os temas, os objetivos, o referencial teórico e, o mais importante, os propósitos da investigação.

Neste estudo foram analisados os seguintes documentos: Leis, Portarias, Decretos e Resoluções sobre regionalização; o Plano Diretor de Regionalização e o Plano Diretor de Investimento vigente; relatório da Programação Pactuada Integrada; relatórios da central regional de regulação; relatórios regionais dos instrumentos de gestão; atas e regimento interno do Colegiado; atas da CIB regional; proposições e resoluções do colegiado; atas do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Vale do Peixoto (CISVP).

Este estudo utilizou também entrevistas com informantes chave. Para a entrevista contou-se com o apoio de questionário semiestruturado. Foram entrevistados os cinco gestores municipais da microrregião de saúde e, da esfera estadual, o Coordenador do CGR, o Gerente de Atenção Integral à Saúde e um Técnico da Vigilância em Saúde da regional, buscando garantir a participação e contribuição das áreas técnicas para a superação do enfoque estritamente assistencial (BRASIL, 2009b). A Secretária Executiva do colegiado, responsável por todas as questões administrativas do colegiado, também foi entrevistada apesar de não ser membro do mesmo.

Quadro 2: Distribuição dos Participantes das Entrevistas segundo Categoria e Duração.

Informantes Chave	Quantitativo	Duração	
		Média	Total
Representante estadual	3	00:23:02	01:09:54
Representante municipal	5	00:21:02	01:45:11
Secretária executiva do CGR	1	00:29:31	00:29:31
Total	9	01:13:51	03:24:36

Fonte: Estudo sobre a Implantação da Gestão Regional da Saúde no Vale do Peixoto/MT, 2009/2010.

Como fonte dos dados secundários utilizaram-se o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES); Sistema de Informação Hospitalar (SIH); Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM); Sistema de Nascidos Vivos (SINASC); Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); Indicadores e Dados Básicos (IDH); Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD); Informativo dos indicadores regionais da SES/MT, através de bancos de dados nacionais e estaduais.

No aspecto ético, o presente estudo foi cadastrado no sistema online Plataforma Brasil e foi analisado pelo Comitê de Ética do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia em atendimento aos preceitos legais da Resolução nº196/96 do Conselho Nacional de Saúde e aprovado através do Parecer nº041/2012. Por se tratar de pesquisa que envolveu seres humanos foi elaborado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que foi assinado pelos sujeitos da pesquisa, após serem informados sobre os objetivos e a metodologia do estudo, bem como a participação deles no estudo. Todos os entrevistados receberam uma denominação fantasia.

3 MARCO CONCEITUAL

3.1 AVALIAÇÃO EM SAÚDE

Os diversos conceitos de avaliação têm gerado uma polissemia contextual e metodológica, apresentando consenso referente à avaliação de programas sociais (VIEIRA-DA-SILVA, 2005).

Como referido por Contandriopoulos et al., (1997), a avaliação consiste em fazer um julgamento de valor sobre uma intervenção ou qualquer um dos seus componentes, objetivando auxiliar na tomada de decisões. Este julgamento poderá ser resultado de procedimentos relativos a normas e critérios, neste caso uma avaliação normativa relacionada à gestão, ou ser elaborado a partir de um procedimento científico, neste caso a pesquisa avaliativa.

A avaliação no campo operacional considerada como um dos tipos possíveis de julgamento que se faz sobre as práticas sociais é definida por Vieira da Silva (2005). Segundo esta autora, avaliação é o julgamento que se faz sobre uma intervenção sanitária para a resolução de problemas de saúde, visando aferir o mérito, esforço ou valor da referida intervenção ou do seu produto para seu aperfeiçoamento ou modificação. Ainda segundo a autora no estudo avaliativo a seleção das características e atributos das práticas, serviços, programas, estabelecimentos ou sistema de saúde contribui para a definição do foco de avaliação, ou seja, o que se deseja avaliar. Esses atributos e características têm sido considerados como relevantes e estão relacionados com: a disponibilidade e distribuição social de recursos, sendo as de cobertura, acessibilidade e equidade; os efeitos das ações, como as de eficácia, efetividade e impacto; a produtividade e custos, como as de eficiência; a adequação das ações ao conhecimento científico; definida como a qualidade técnica, a adequação das ações aos objetivos e problemas de saúde, determinada pela direcionalidade e consistência e, por fim, com o processo de implantação ou avaliação de processo que consiste na análise da implantação do objeto a ser pesquisado (VIEIRA-DA-SILVA, 2005).

A análise de implantação permite ao investigador estudar o grau da implantação, o contexto e a operacionalização das ações previstas no programa de saúde pesquisado (VIEIRA-DA-SILVA, 2005).

Para Champagne et al. (2011) a análise da implantação permite estudar as relações entre uma intervenção e seu contexto, com objetivo de delimitar melhor os fatores que facilitam ou dificultam a implantação. Esses autores classificam a análise da implantação em quatro tipos. O primeiro tipo, análise da transformação da intervenção, é processual e visa explicar a maneira como no decorrer do tempo a intervenção se transforma em função das características do contexto. O segundo tipo de análise da implantação refere-se às variáveis na integralidade da intervenção e se divide em um componente referente à explicação, ou seja, explicar as diferenças entre a intervenção planejada e a que foi implantada e o componente impacto, que busca analisar a influência da variação na implantação, considerando os efeitos observados. Por fim apresenta a análise das variações contextuais, que se refere à análise da influência da interação entre uma intervenção e o contexto de implantação e as variações dos efeitos observados após introdução da intervenção.

A análise de implantação proposta pelo presente trabalho buscou aporte teórico nessas referências considerando o processo de implantação a partir das normas e do contexto local.

3.2 REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE

O Brasil constitui um Estado Federativo, tendo como principal peculiaridade a existência de três esferas de governo autônomas, quais sejam: a união, os estados, nestes incluído o Distrito Federal e os municípios. Neste sistema os municípios brasileiros são entes federados com autonomia política, administrativa e financeira e com competências constitucionais bem estabelecidas, normatizados na Constituição Federal de 1988.

A Lei Orgânica da Saúde 8080 (BRASIL, 1990a) definiu que as ações e os serviços de saúde que integram o SUS deverão seguir as diretrizes do art.196 da Constituição Federal de 1988 e elenca os princípios a serem seguidos. Como um dos princípios organizativos do SUS, no Capítulo II, item IX, destaca a descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo, por meio da municipalização e a regionalização, com hierarquização da rede de serviços de saúde.

A descentralização para os municípios é um processo que envolve a transferência de poder e comando administrativo, político e financeiro das políticas

públicas, buscando assim um sistema mais próximo do cidadão que necessita do serviço de saúde seja em seu território ou devidamente regulado para serviços de referência previamente programado e pactuado entre gestores.

A regionalização por sua vez se traduz na necessidade de formar redes de atenção por meio de serviços de saúde para atendimento da população, nos diversos âmbitos geográficos da federação (LIMA E VIANA, 2011), requerendo, portanto, uma articulação entre os gestores, estaduais e municipais, na implementação de políticas e ações de saúde (PAIM, 2009).

A formação de redes de atenção foi estabelecida na Constituição Federal, ao promover a descentralização, regionalização e integração com formação de redes assistenciais como diretrizes fundamentais, implicando mudanças na forma de organização fragmentada e segmentada da atenção à saúde (SILVA, 2011).

Segundo Silva (2011) a organização dos serviços em rede regionalizada e integradas a partir da atenção primária, deverá suprir todas as necessidades de oferta e regulação do fluxo do paciente. Adotando um sistema em redes, usuário-centrado estabelecendo linhas de cuidado, considerando a singularidade de suas demandas e necessidades.

A regionalização com hierarquização da rede de serviços consiste na necessidade de organização dos serviços por nível de atenção e distribuição geográfica, exigindo que se estabeleçam os fluxos de referência e contra referência para atendimento do usuário encaminhado ao nível mais complexo, com garantia de retorno à unidade de origem para o acompanhamento (NORONHA et al., 2008).

As Normas Operacionais Básicas, NOB 91, NOB 93 e NOB 96, fortalecem a descentralização em âmbito municipal, mas é somente a partir da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) que a lógica regional é retomada. No Pacto pela Saúde, em 2006, o conceito de regionalização torna-se o princípio que orienta a descentralização (LIMA E VIANA, 2011).

A regionalização como eixo estruturante do pacto na dimensão da Gestão do SUS deve então 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 gestores e também a estruturação dos CGRs (BRASIL, 2007).

Além desses aparatos legais e operacionais o processo da regionalização, enquanto organização do sistema, foi regulamentado através do Decreto 7.508/2011 (BRASIL, 2011a) que considera e define regiões de saúde, bem como sua constituição. É uma norma relevante que estabelece conceitos e diretrizes operacionais para questões como regionalização, hierarquização, região de saúde, rede interfederativa, contratos entre entes públicos e comissões intergestoras.

A regionalização garantida legalmente, conforme exposto, agrega a municipalização ao agrupar os espaços regionais, considerando o seu território, as questões econômicas e as relativas ao acesso, buscando assegurar as ações e serviços de saúde nesses espaços.

Outra questão fundamental que a justifica refere-se à diversidade e às questões de desigualdade no Brasil, ao mesmo tempo em que as esferas de governo são autônomas. Os municípios possuem competências constitucionais e infraconstitucionais estabelecidas, porém apresentam altíssimos diferenciais de tamanho, de população e desigualdades socioeconômicas, com arrecadação insuficiente para manutenção da máquina administrativa, porém no aspecto jurídico legal são todos iguais (MENDES, 1998). As normativas para concretização da regionalização desde a instituição do SUS são extremamente importantes e necessárias para agregação da municipalização com a organização do espaço regional para a atenção à saúde.

A organização da atenção à saúde é preconizada pelo Ministério da Saúde visando integração dos serviços através das redes de atenção à saúde (RASs) (BRASIL, 2010b). Para Mendes (2010) as redes de atenção à saúde são organizações poliárquicas de um conjunto de serviços de saúde, com missão única, objetivos comuns e planejamento conjunto, operando de forma cooperativa e interdependente, permitindo ofertar uma atenção contínua e integral à população, coordenada pela atenção primária e com responsabilidades sanitárias da população. Reforça ainda a necessidade de garantia dessa rede, uma vez que o sistema atual preconiza o atendimento às doenças agudas ou crônicas agudizadas, em detrimento do atendimento às doenças crônicas, que envolvem todas as doenças crônicas e mais as transmissíveis de curso longo, as condições maternas e infantis, as deficiências físicas e estruturais contínuas e os distúrbios mentais prolongados.

Para este autor a Atenção Primária no SUS está presente no discurso oficial na organização da Estratégia de Saúde da Família, porém na realidade apresenta

interpretações restritas, pois para sua consolidação será necessária a superação do ciclo da atenção básica relacionado ao Programa de Saúde da Família (PSF). A organização da Atenção primária via a ESF, implica exercitar e obedecer a certos atributos como primeiro contato e longitudinalidade e desempenhar funções de resolubilidade, comunicação e responsabilização (MENDES, 2012).

Mendes (2011) defende que se combine a concentração de serviços de maior densidade tecnológica, como hospitais e clínicas especializadas, com aqueles de menor densidade, que podem ser dispersos, caso da Estratégia de Saúde da Família. Para este autor as RASs devem basear-se nos fundamentos de economia de escala, qualidade e acesso. A economia de escala caracteriza-se pela concentração de serviços para os quais os recursos são mais escassos e, em relação à distância, tem menor impacto sobre o acesso. A economia de escala é obtida quando o custo médio dos procedimentos diminui pelo volume das atividades com aproveitamento da capacidade instalada e os fixos se distribuem ao longo da realização das atividades, eliminando ociosidade e desperdícios. A qualidade se refere à prestação dos serviços nos padrões ótimos predefinidos, neste sentido faz uma relação entre escala e qualidade, ou seja, entre quantidade e qualidade, estabelecendo a relação de que serviços de saúde ofertados em maior volume são mais prováveis de apresentar melhor qualidade, uma vez que pela concentração de realização de procedimentos em um determinado local os profissionais estariam mais bem capacitados.

A organização da rede de atenção à saúde regional em municípios com baixa densidade demográfica, com distância que apresenta pouco impacto na acessibilidade do usuário se evidencia como um fator relevante ao considerar tanto o aspecto da economia de escala como da qualidade do serviço prestado, resultando tanto na questão dos recursos financeiros como na melhoria dos resultados dos serviços de saúde (MENDES, 2011).

A proposta das RAS defendida por Mendes (2011) fundamenta-se nos princípios e conceitos de economia da saúde, mas nem sempre considera outros aspectos importantes como a correlação de forças políticas, o diferente peso político dos atores sociais, o acúmulo e a experiência histórica dos grupos sociais no plano político e técnico, a cultura organizacional, o contexto e a cultura política prevalentes no país e os interesses e as relações que se estabelecem nos micro espaços de poder e na organização do processo de trabalho. Estes aspectos são

ressaltados por Müller Neto (2010) em sua tese sobre a descentralização e a democratização de saúde no Brasil.

O aparato normativo do SUS reproduz a disposição tríplice das esferas de governo e legitima a autonomia dos três níveis nas ações e serviços de saúde, compondo assim o arcabouço do federalismo sanitário brasileiro (DOURADO E ELIAS, 2011), definido pelos autores como uma forma de governo que nasce do equilíbrio dialético entre centralização e descentralização do poder político. A necessidade do federalismo cooperativo advém da ideia de que determinadas funções públicas não podem ser de competência exclusiva ou hegemônica dos entes federados por implicarem interdependência e interesses comuns, ao mesmo tempo em que há neste caso, a necessidade de uma coordenação federativa que representa uma articulação harmônica entre a autonomia e a participação dos entes federados. Para os autores citados acima a partir do Pacto em Saúde 2006 é incorporada a concepção do sanitarismo cooperativo, ou seja, a necessidade de os entes federados cooperarem para execução das ações e serviços de saúde.

O conceito de regionalização é polissêmico e a ambiguidade atribuída a sua aproximação com a noção de descentralização (NOLASCO-LOPES, 2010). De acordo com Nolasco com as normas do SUS, nos anos 2000, “considerando a agregação de sistemas municipais em regiões de saúde, a noção de regionalização passou a se referir, a um só tempo, à organização territorial dos serviços e à gestão dos mesmos, mediante mecanismos de cogestão entre municípios integrantes de uma região de saúde” (2010, p.29). Esta autora apresentou várias concepções de regionalização definidas pelos atores entrevistados como: vinculada à divisão do território; instâncias administrativas regionais; como estratégias, organização da rede de serviços; como articulação entre gestores, como ferramenta de gestão ou articulada à dimensão política; como racionalização de custos; melhoria de acesso; forma de trabalho solidário dentre outros.

Segundo Gil et al. (2006) o conceito de regionalização requer primeiramente definição de uma base territorial, expressa em regiões, pois são nelas que as ações acontecem. Para os autores o conceito de regiões está diretamente ligado às disciplinas que as estudam e apresentam a concepção de regiões construídas socialmente, a qual se constitui em quatro etapas: formação territorial; formação simbólica; processo e institucionalização num sistema regional e na consciência regional. Desta forma as regiões não podem ser concebidas somente como espaço

geográfico, mas considerando aspectos de ordem econômica, política, cultural e até psicológica. Concluem que a delimitação das regiões levam em consideração as redes de articulação regionais já existentes e que aproveitam os elementos capazes de contribuir para o fortalecimento da identidade regional.

Lima (2011) ao analisar os condicionantes estaduais para a adesão ao Pacto pela Saúde destaca a multiplicidade do processo de descentralização e regionalização em curso, que está ligado à forma de condução e aos modelos adotados, considerando a diversidade de lugares e contexto existente. A autora considera também a associação em cada estado aos processos de descentralização e regionalização já constituídos anteriormente, o contexto histórico de conformação dos estados, as capacidades de negociações loco-regionais e o grau de articulação existente entre os gestores.

A efetivação da proposta de regionalização do Pacto pela Saúde deverá pautar-se pelos objetivos de garantia de acesso, integralidade, resolutividade e qualidade das ações e serviços de saúde; assegurar o direito à saúde, reduzindo desigualdades sociais e territoriais e promover a equidade. Tem por finalidade ainda a integralidade da atenção à saúde, assegurando acesso universal a todos os níveis de complexidade do sistema, visa potencializar a descentralização do sistema, fortalecendo o papel dos estados e dos municípios e a racionalização de gastos através da otimização dos recursos, possibilitando ganhos de escala nas ações e serviços de saúde de abrangência regional (BRASIL, 2007).

Para sua adequada operacionalização são necessários instrumentos de gestão nas esferas de governo, e entre eles, formulação e pactuação das políticas, implementação do processo de planejamento regional e operacionalização dos planos e programas regionais.

O presente estudo sobre a regionalização adota as diretrizes determinadas no Pacto pela Saúde, cujo objetivo é constituir regiões de saúde, definidas como recortes territoriais inseridos em um espaço geográfico contínuo, identificados pelos gestores a partir de identidades culturais, econômicas e sociais, de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados (BRASIL 2006a). Considera importante também a necessidade de existência de uma consciência regional entre os grupos sociais pertencentes à região. Neste sentido, percebe-se que na região norte mato-grossense a identificação subjetiva da população é

pertencer ao norte, ou seja, “sou do nortão” [grifos nossos], independente da microrregião de saúde.

3.3 POLÍTICA, GESTÃO E PLANEJAMENTO EM SAÚDE.

Para Paim a política de saúde é “ação ou omissão do Estado, enquanto resposta social, diante dos problemas e seus determinantes, bem como da produção, distribuição e regulação de bens, serviços e ambientes que afetam a saúde dos indivíduos e da coletividade” (2003, p.588).

Este autor destaca que política de saúde abrange a *Politics* referente às questões de poder em saúde e a *Policy* ao estabelecimento de diretrizes, planos e programas de saúde. O poder no setor saúde refere-se à sua natureza, estrutura, relações, distribuição e lutas, e como disciplina acadêmica, estuda as relações de dominação, análise de conjuntura, identifica fatos e investiga determinantes, como também a formulação e condução da política. A política de saúde pressupõe a organização e a gestão pública (PAIM, 2006).

O conceito de política de saúde destaca seu caráter de estratégia oficial, a ser organizada por meio de ações setoriais, desempenhadas de acordo com as normas, tendo por finalidade a qualidade de vida da população (GIOVANELLA et al., 2008). Conforme os autores citados esta forma de política governamental com objetivos específicos determina a alocação dos recursos e a estratégia adotada, ou seja, uma política específica a grupos populacionais apresenta limitação a partir dos objetivos, do ideal, e não dos problemas de saúde.

Conforme Motta (2007), a administração pública brasileira passa por grandes transformações tendo em vista a democratização do país. O Estado se expandiu em suas atividades e funções, buscando modelos baseados no estilo privado na perspectiva da eficiência e da eficácia. Isso, porém, não garantiu alcançar os objetivos, pois apresenta gestões relacionadas à prestação de serviços que consideram menos os critérios técnicos racionais e um sistema político que procura atender a grupos preferenciais. Prevalece também a existência de fatores informais e o não envolvimento da sociedade, pois impera a visão de distância entre os administradores públicos e a população.

A administração ou gestão pública, conforme definição do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (2011), é a ordenação, referente ao planejamento e

organização, a direção e controle dos serviços do governo nas três esferas, observando os preceitos do direito e da moral, visando ao bem comum. Guimarães et al. (2004), ao apresentar o conceito de gestão afirmam que o entendimento no campo da administração e da ciência política apresenta diferenças. Na administração o conceito de gestão se aproxima de gerência, desta forma ligada mais ao caráter operacional e instrumental, já no campo das ciências políticas o conceito de gestão incorpora a dimensão política que se traduz em aspectos menos procedimentais, privilegiando a discussão sobre o poder e sua legitimidade, politizando assim os conflitos presentes no processo de decisão. Os autores constataam que estes conceitos não são antagônicos e, em certa medida se complementam. Definem gestão baseados em Matus, como a capacidade de uma organização que poderá ser aferida pela capacidade de formular projetos, políticas e normas legais e também pela capacidade técnica e administrativa, bem como na capacidade de articular e de mobilizar parceiras, com a finalidade de assegurar as condições políticas para busca dos objetivos perseguidos por meio das políticas, planos e programas. No mesmo sentido a Organização Panamericana de Saúde (OPS) classifica a administração estratégica em três componentes: condução, programação e gerência (OPS, 1992). Segundo Müller Neto (2010), a gestão perpassa por aspectos políticos, referentes à tomada de decisão e condução estratégica, tecnopolíticos, relacionados ao processo de planejamento, e administrativos ou gerenciais, referentes à operacionalização. Adotamos para nosso estudo o significado mais amplo da gestão, como entendido pelos autores supracitados.

Em relação à gestão pública do SUS a Lei 8080 (BRASIL,1990a) define as competências para todas as esferas em seu âmbito de atuação, bem como na Lei 8142 (BRASIL, 1990b), dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do sistema. No Pacto pela Saúde 2006, gestão e gerência possuem entendimentos diferenciados. A gestão é definida como atividade e responsabilidade de dirigir um sistema de saúde pelas esferas de governos, mediante o exercício de funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, regulação, controle, avaliação e auditoria, gestão do trabalho, desenvolvimento e apropriação de ciência e tecnologias, dentre outras ações. Já gerência é definida como a administração de uma unidade ou órgão de saúde que se caracteriza como prestador de serviços no SUS (BRASIL, 2006b).

Conforme Carmem Teixeira o planejamento pode ser entendido como o “processo de racionalização das ações humanas que consiste em definir proposições e construir a sua viabilidade, com vistas à solução de problemas e atendimento de necessidades individuais e coletivas” (2010, p.18). Concernente ao planejamento em saúde a autora relata que surgiu tendo em vista a crescente complexidade das questões de saúde relacionadas às condições de vida e de saúde da população. Müller Neto (2010) assinala que o entendimento de Matus sobre a indissolubilidade entre planejamento situacional e gestão possibilita a superação da distinção clássica entre política e administração, e ressalta que o processo de planejamento no espaço público tem potencialidade para ir além de instrumento de normalização, podendo vir a ser instrumento-ponte que articula formulação e implementação, articulação entre a sociedade civil e sistema político, entre esfera pública e poder administrativo. A gestão implica a existência de organização pública, no caso das políticas públicas, que deem conta dos pressupostos do planejamento situacional.

No Pacto pela Saúde, o sistema de planejamento é parte integrante do ciclo da gestão, devendo de forma articulada, integrada e solidária entre as três esferas de governo realizar os acordos de bases funcionais do planejamento, monitoramento e avaliação do SUS. O pacto considera como objetivos do planejamento a formulação de propostas, o monitoramento, a avaliação contínua, a integração planejamento e orçamento, a cooperação em redes pelas esferas de governo. Como parte integrada do planejamento na rede assistencial, estabelece a Programação Pactuada Integrada (PPI) como instrumento de alocação de recursos e definição de referências e contra referências, critérios e parâmetros (BRASIL, 2006b).

A Portaria nº3085 (BRASIL, 2006d) regulamenta o sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS), parte integrante do Pacto e que tem o propósito de criar condições para que cada esfera de governo realize seu planejamento. Considera como instrumentos o Plano de Saúde, a Programação Anual de Gestão e o Relatório de Gestão. Este sistema é direcionado somente ao planejamento das secretarias de saúde estaduais e municipais, não contemplando os instrumentos de planejamento da instância regional. De acordo com Lima (2011), um dos desafios para a implementação do Pacto é exatamente o risco de desarticulação entre os processos de planejamento e de pactuação intergovernamental em curso devido à pouca valorização dos instrumentos e recursos de planejamento regional.

3.4 OS INSTRUMENTOS DE GESTÃO DA REGIONALIZAÇÃO EM SAÚDE

Como já mencionado este projeto objetiva estudar os instrumentos de gestão regional, entendidos nas dimensões político, tecnopolítica e gerencial. O instrumento político os Colegiados de Gestão Regional, enquanto instâncias gestoras em âmbito regional; os tecnopolíticos, relacionados ao processo de planejamento regional por meio do Plano Diretor de Regionalização (PDR), o Plano Diretor de Investimento (PDI) e pela Programação Pactuada Integrada (PPI); e o gerencial a regulação em saúde, mais especificamente da regulação do acesso.

3.4.1 Pacto em Saúde e o Colegiado de Gestão Regional: a dimensão política

Tendo em vista as limitações percebidas no sentido de que a municipalização isoladamente não era capaz de oferecer as condições necessárias para a plena realização dos objetivos propostos pelo SUS, em 2000 foi enfatizada na NOAS a regionalização como estratégia para o processo de descentralização, cabendo à esfera estadual ordená-lo. Entretanto a atribuição das Secretarias de Estado de Saúde (SES) diante do processo de planejamento regional enfrentou resistência por parte dos municípios que, com o processo de municipalização, já possuíam autonomia de gestão conquistada, desencadeando disputa interna entre as esferas (DOURADO E ELIAS, 2011).

Diante da não concretização da regionalização cresceu entre o corpo técnico do Ministério da Saúde a ideia de responsabilização entre as esferas de governo, que foi efetivada através do Pacto pela Saúde 2006, nas dimensões do Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão (BRASIL, 2006a).

No Pacto pela Vida são definidas metas prioritárias para avaliar o impacto sobre a situação de saúde da população. O Pacto em Defesa do SUS apresenta, através de diretrizes, iniciativas e ações dos gestores em Defesa do SUS, sendo que as diretrizes deverão expressar os compromissos entre os gestores com a consolidação da Reforma Sanitária, desenvolver e articular ações, que visem qualificar e assegurar o SUS enquanto política pública. O Pacto de Gestão estabelece diretrizes para a gestão do sistema: descentralização, regionalização, financiamento, planejamento, programação pactuada integrada, regulação e controle social; gestão do trabalho e educação em saúde (BRASIL, 2006c).

O Pacto, por meio de seus termos de compromissos, substitui os processos de habilitação das normas operacionais e amplia a autonomia dos municípios na gestão dos sistemas locais e dos recursos financeiros, ao mesmo tempo em que acentua a necessidade de cooperação intergovernamental na política de saúde e identifica como maiores protagonistas na condução da regionalização os estados e municípios por meio das regiões de saúde e do planejamento regional (LIMA E VIANA, 2011).

A adesão ao Pacto pela Saúde nos estados e municípios brasileiros ocorreu de modo gradual, no período de 2006 a 2010, com adesão de todos os estados, sendo Tocantins o primeiro a aderir, em 2006, e os últimos Piauí e o Amazonas em 2010. Referente aos municípios no mesmo período foram homologados na Comissão Intergestora Tripartite (CIT) 3.789 adesões representando 68% do total dos municípios (LIMA, 2011).

Como etapa da regionalização e objetivando operacionalizar o planejamento e a gestão nas regiões é instituído o Colegiado de Gestão Regional, enquanto instâncias de cogestão, pactuação e de decisão permanentes dos espaços regionais, buscando identificar e definir prioridades e soluções para a organização da rede regional de ações e serviços de atenção à saúde, integrada e resolutiva (BRASIL, 2009b).

Os Colegiados deverão ser compostos por gestores de todos os municípios da região de saúde e representantes da unidade estadual regional. A gestão e o processo decisórios referentes à região devem ser definidos por estados e municípios de forma solidária e cooperativa por consenso (BRASIL, 2009b). Nesta perspectiva os CGRs vêm se constituindo gradativamente. Até 2010 foram implantados 417, abrangendo 5.332 municípios em 24 estados, à exceção do Maranhão e de Roraima que não implantaram (LIMA, L. 2011).

Para Lima e Viana (2011) os colegiados possibilitam preencher o “vazio” [grifo das autoras] de governança regional do SUS. Conforme as autoras os CGR são “espaços para a identificação de problemas, a definição de prioridades e de soluções para a organização da rede assistencial, bem como para a formalização de novos modelos de relacionamento e regulação de provedores públicos e privados” (LIMA E VIANA, 2011, p.57).

Os colegiados enquanto espaço regional para agregar os gestores municipais e os representantes da SES para as definições, planejamento e tomadas de

decisões é um espaço inerentemente político, com atuação de poderes diferentes perpassando por questões relativas à representação desses entes, os conflitos existentes, negociações e deliberações dos assuntos em pauta.

Diante das características políticas, técnicas e administrativas do colegiado, explicitaremos a seguir a definição que adotamos de conceitos referentes à representação, ator, governabilidade, negociação, deliberação, conflito, cooperação e consenso que são relevantes para a finalidade deste trabalho.

A representação é um termo com diferentes interpretações. Pode ser classificada como eleitoral, onde o representado é autorizado a atuar por meio do voto, e sua legitimação se dá pelo processo; como *advocacy*, em que o representante tem identificação com a condição, ou seja, a causa do representado; e a representação da sociedade civil, realizada pela autorização dos atores com experiência no tema (MÜLLER NETO, 2010).

O ator social para Matus, segundo Artman et al. (1997), é aquele que controla variáveis, tem projeto próprio e base organizativa, é capaz de agir e produzir fatos que alteram a situação. A situação por sua vez é compreendida como um conjunto de problemas identificados, descritos e analisados na perspectiva de um determinado ator ou de múltiplos atores, cabendo a este a definição do problema a partir do que considera fora dos padrões de normalidade e que, além de reconhecê-lo, apresenta disposição e capacidade de enfrentá-lo. A existência de múltiplos atores sugere uma visão policêntrica, daí a necessidade de criar ações estratégicas e comunicativas na construção de acordos ou consensos para enfrentar os problemas e alcançar os objetivos propostos .

Diante desta definição entende-se que o ator, no caso do colegiado, é uma pessoa, representando uma instituição, seja municipal ou estadual, que, em determinadas situações, define os problemas, incluindo na agenda regional, sem deixar de considerar, entretanto os fatores externos, em que esses atores estão inseridos. Os atores sociais participantes do colegiado podem ser denominados de atores governamentais, que segundo Paim “adquirem proeminência na defesa do SUS” (2008, p.311).

A governabilidade é entendida na concepção de Matus, de acordo com Teixeira (2010), como a capacidade de controle de variáveis que possam interferir em um determinado processo. Nesta concepção quanto mais variáveis o ator controlar maior será a sua liberdade para agir. No caso do colegiado a

governabilidade é analisada como a capacidade dos membros em controlar as variáveis para a tomada de decisão.

O entendimento de negociação é situado por Matus (1994) apud Uribe Rivera, (2003) como uma possibilidade do planejamento estratégico, ao lado do uso da autoridade, da persuasão e do conflito, classificando-a em: cooperativa, que se baseia em interesses distintos e objetivos comuns, onde os participantes estão predispostos a fazer concessões e os resultados deverão trazer ganhos positivos para aos atores. Já a conflitiva baseada em interesses opostos, na qual o resultado sempre trará perda para um ator e ganho para outro e a mista, que ocorre quando da combinação de interesses opostos e distintos. Este autor esclarece a diferença entre a negociação, situação em que haveria disposição de fazer concessões, e a persuasão, quando haveria total cooptação.

Uribe Rivera (2003) considera ideal o modelo de negociação de Harvard, discutindo inicialmente os tipos de negociação e do negociador que perpassam por enfoques cooperativos, persuasivos, de argumentação crítica e pela conciliação. Defende para o modelo exposto o enfoque cooperativo que no processo de negociação busca encontrar um objetivo comum, enfatizando a comunicação em detrimento da força e da disputa, um jogo onde todos ganham. Preconiza quatro elementos básicos a serem considerados no processo de negociação: o relacionamento interpessoal; a negociação de interesses e não posições; a busca de opções criativas de ganho mútuo; e a definição de padrões para a negociação na busca de critérios objetivos, padrões justos que possam balizar um acordo.

Oliveira (2006) aborda o modelo de interação comunicacional dialógica na organização, entendido como espaço comum e de interação entre vários interlocutores. Nesta perspectiva, a organização é um espaço comum onde grupos sociais com interesses diferenciados interagem, sendo necessário entender as forças em disputa e buscar o seu ajuste, através de mecanismos de interação comunicacional dialógica. A comunicação é vista como um processo plural e multifacetado de interação entre atores que pressupõe uma dimensão política, já por ser no espaço comum que ocorre a interação negociada como condição da capacidade de ouvir e argumentar dos interlocutores com os demais atores sociais. As relações estabelecidas constituem de alguma forma relações de poder, pois tanto a organização como os indivíduos e grupos podem influenciar nas tomadas de decisão.

As concepções de negociação de Matus, Rivera (2003) e Oliveira (2006) têm pontos comuns, apesar de diferentes ênfases, no enfoque cooperativo por meio da comunicação e de interação dialógica entre os atores sociais. A visão destes autores orientou o presente estudo sobre o processo de negociação e deliberação no espaço regional, entre os representantes municipais e estaduais da gestão da saúde.

A deliberação é “conceituada como tomada de decisões por meio de debate entre cidadão livres e iguais, diálogo entre diferentes sujeitos em busca do consenso ou do acordo possível, tendo como condição de legitimidade o direito de todos os interessados poderem participar” (MÜLLER NETO, 2010, p.55). A legitimidade da decisão consiste no fato de que foram considerados os pontos de vista de todos os participantes, mesmo que não contemple a visão de todos. O autor conclui que o processo deliberativo está articulado necessariamente à participação e à representação para poder conjugar a defesa de interesses gerais e dos segmentos sociais (MÜLLER NETO, 2010).

O conflito é definido diferentemente de acordo com as várias correntes teóricas, assim como a importância e o valor atribuído a ele por essas teorias, entretanto uma questão que une as diferentes teorias é a relação entre conflito e mudança, quer na esfera social ou política.

O conceito de conflito, central na dialética marxista, é concebido a partir da luta de classes, a partir da qual se dão as transformações sociais. Nesta concepção, a contradição incorpora as noções de unidade e luta entre contrários, sendo a superação do conflito uma nova contradição na espiral dialética com a mudança de qualidade do conflito e dos contrários em luta (CARNOY, 1979). Na leitura liberal, de acordo com Bobbio et al. (2010), o conflito é uma forma de interação entre os indivíduos, grupos, organização e coletividade que implica disputa para o acesso e a distribuição de recursos escassos, objetivando controlá-los. Estes recursos poderão se apresentar no caso do conflito político em controle de cargos, de espaço, no território, por exemplo.

Na proposta do Pacto o conflito é intrínseco na medida em que a interação é entre as esferas de governo com poderes distintos e com interesses diferentes, porém é neste contexto que os conflitos poderão ser negociados, na busca do interesse comum, a garantia do direito à saúde da população, supondo-se que todos defendem interesses relativos à saúde da mesma.

Como o conflito, a cooperação é uma forma de interação entre os diversos atores sociais que, no caso da saúde, caracteriza-se pela ação conjunta entre as esferas de governo, no processo de implementação regional do SUS, por meio de troca de experiências, no estabelecimento de ações de apoio ou na busca de soluções solidárias para as dificuldades enfrentadas em cada território (BRASIL, 2007). Conforme mencionado por Dourado e Elias (2011) no federalismo cooperativo há uma necessidade de participação das esferas de governo na gestão das políticas públicas, através da construção de processos decisórios compartilhados para conduzir o planejamento e a execução das ações, tendo em vista necessidades conjuntas.

O consenso, por sua vez, denota a existência de um acordo entre os membros de uma determinada unidade social em relação a assuntos relacionados a princípios, valores, necessidades e outros aspectos, buscando atender principalmente às questões relativamente mais importantes nas tomadas de decisões (BOBBIO et al., 2010). A definição de consenso é muitas vezes entendida erroneamente como unanimidade, porém o consenso é atingido quando se chega a um acordo por razões outras que não o temor da coerção, sendo então que para haver consenso, o desacordo deve ser considerado uma possibilidade tão natural quanto o acordo (DOURADO E ELIAS, 2011).

Finalmente, de acordo com pressupostos do Ministério da Saúde (BRASIL, 2009b) as decisões do colegiado deverão ser formalizadas por meio de proposições e resoluções. Proposição é a aprovação de determinado tema que está fora da governabilidade dos atores, por se tratar de outra esfera de governo, por exemplo. Resolução é a deliberação do assunto em pauta pelo próprio colegiado, por versar sobre assunto da sua competência.

3.4.2 Instrumentos de Planejamento da Regionalização: a dimensão tecnopolítica.

A partir da NOAS há um estímulo ao planejamento regional com a instituição do Plano Diretor de Regionalização (PDR) e a partir deste o Plano Diretor de Investimento (PDI) que fortalecem a Programação Pactuada Integrada (PPI). Com o lançamento do Pacto pela Saúde os instrumentos de planejamento são reatualizados (LIMA e VIANA, 2011), permitindo ao plano de regionalização um

caráter mais sistêmico contemplando alcance intersetorial, utilizando combinações de diferentes variáveis para estabelecimento da região (VIANA et al, 2010).

A elaboração do PDR é compartilhada por estados e municípios. Deverá expressar o desenho de identificação e reconhecimento das regiões, as redes regionalizadas de atenção à saúde no território em articulação com a PPI, objetivando a garantia do acesso; a promoção da equidade; a integralidade e racionalização da atenção, a qualificação do processo de descentralização, e a otimização de recursos (BRASIL, 2007).

O plano de investimento refere-se aos recursos de investimento tripartite para atender às necessidades pactuadas no processo de planejamento do SUS, que visam à superação das desigualdades de acesso e à garantia da integralidade da atenção à saúde. Deverá contemplar em âmbito regional as necessidades de suficiência na atenção básica e parte da média complexidade, considerando o desenho regional e na macrorregião as ações de alta complexidade de forma articulada com o PDR e a PPI (BRASIL, 2007).

A Programação Pactuada integrada introduzida pela NOB 96 constitui-se num instrumento formal de pactuação entre gestores, definida pelo Pacto em Saúde como um processo que objetiva definir e quantificar a programação das ações de saúde para a população residente em cada território e nortear a alocação dos recursos financeiros para a saúde, a partir de critérios e parâmetros acordados entre os gestores para a população própria e referenciada, com a finalidade de assegurar acesso aos serviços de saúde (VIANNA, 2012; BRASIL, 2007).

Conforme Guerreiro e Branco (2011), a PPI serviu de estímulo à regionalização e à hierarquização do sistema de serviços de saúde e ainda para fortalecimento da CIB. Entretanto os autores afirmam que a utilização da PPI em tetos máximos já estabelecidos não proporciona o investimento para suprir as necessidades de saúde local, “reproduzindo uma lógica perversa de alocar recursos escassos” (2011, p.1695).

Esses planos deverão ser discutidos e aprovados previamente nos colegiados e, posteriormente, na CIB (BRASIL, 2007). O colegiado com a responsabilidade de elaborar diagnóstico, propor e implementar os planos regionais, tem se mostrado mais eficiente nos estados em que há um processo de legitimidade dessa arenas políticas, na adesão ao pacto não meramente formal, mas na adesão política dos governantes (SILVA, 2011).

3.4.3 A Regulação do Acesso Enquanto Instrumento de Operacionalização da Regionalização: a dimensão gerencial

No Brasil a regulação tem sido relacionada à fragmentação do cuidado e à deficiência, concentrando barreiras físicas e burocráticas de acesso aos serviços de saúde (BADUY, 2011).

A partir da NOAS, aprofundou-se o debate sobre a regulação, controle e avaliação; buscando estruturá-la numa política condizente com os princípios e diretrizes do SUS (BADUY, 2011; BRASIL, 2005). Esta norma conceitua a regulação assistencial como disponibilização da alternativa assistencial adequada à necessidade do cidadão, devendo ser efetivada por meio de complexos reguladores, contemplando a regulação das urgências, consultas, leitos e outros (BRASIL, 2002a). Todavia esta concepção apresenta limitação ao entender a regulação somente como indutor do controle do acesso e de adequação à oferta (BRASIL, 2005).

O Pacto pela Saúde, ao reafirmar em suas diretrizes o princípio da regionalização coloca a regulação como estratégia em estreita interface com o planejamento e a programação, o controle e a avaliação nos diversos níveis de complexidades com vistas à melhoria dos serviços e garantia do atendimento integral dos usuários do SUS (DAMASCENO et al., 2012; BRASIL, 2007). Esta nova diretriz apresenta-se nos termos de compromissos de gestão com item específico para a regulação, controle, avaliação e auditoria, a cada esfera de governo, conferindo ao gestor estadual a regulação das referências intermunicipais, expressa na coordenação do processo de construção da PPI, no desenho das redes; conjuntamente com o controle, avaliação e auditoria por meio dos sistemas de informações, e com a responsabilidade de operar as centrais estaduais nas referências intermunicipais, apoiando as centrais municipais (BRASIL, 2007).

A Política Nacional de Regulação do SUS define a regulação organizada em três dimensões, regulação de sistemas de saúde, de atenção à saúde e do acesso à assistência. A regulação de sistemas de saúde atua pelos atos de regulamentação, controle e avaliação de sistemas de saúde, regulação da atenção à saúde e auditoria sobre sistemas e gestão; a regulação da atenção à saúde tem como objeto a produção direta das ações e serviços de saúde, ou seja, dirigida à contratação de serviços de saúde, controle e avaliação de serviços e produção assistencial; e a

regulação do acesso à assistência objetiva a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS, bem como a atuação direta na busca de disponibilizar alternativa que garanta o atendimento do cidadão a necessidade dos serviços de urgência, leitos, consultas e outros (BRASIL, 2008c).

Esta divisão das dimensões da regulação busca articular e integrar as ações de regulação, controle, avaliação e auditoria da produção de bens e serviços em saúde, organizando o acesso e os fluxos assistenciais à saúde, pautada pelas necessidades dos usuários e não na disponibilidade de oferta (DAMASCENO et al., 2012).

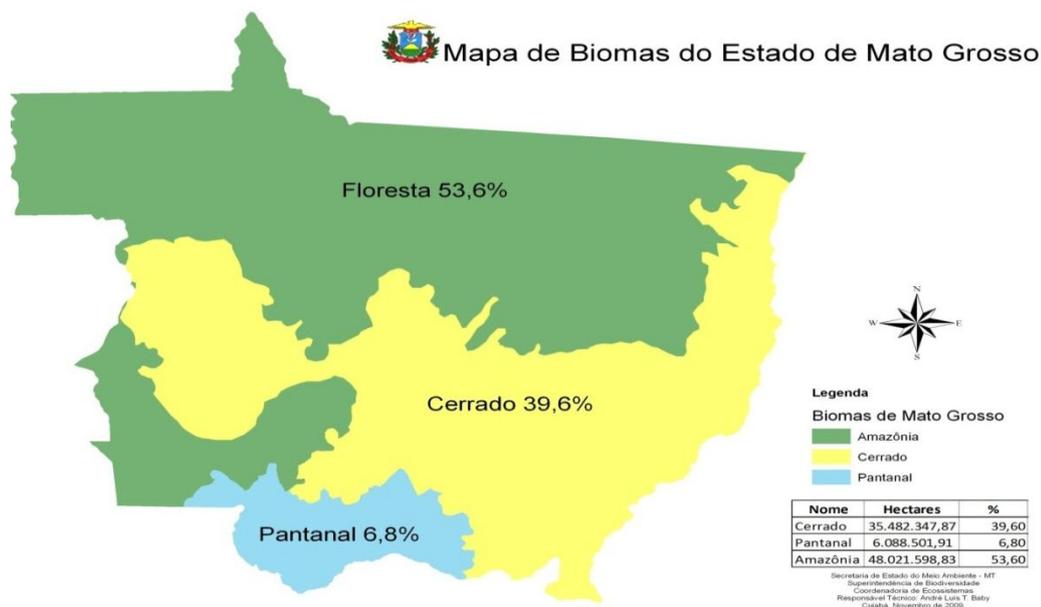
Como estratégia para implantar a regulação do acesso são constituídos complexos reguladores, os quais possuem a competência de articular, operacionalizar e integrar as centrais de regulação. Estes complexos possuem abrangência estadual, regional e municipal com competência operacional específica a cada esfera. O complexo regional, objeto desta pesquisa, poderá ter a gestão somente do Estado ou compartilhada entre as secretarias, estaduais e municipais, com definição de centrais de regulação, conforme necessidade regional. Desde 2002 o Ministério da Saúde vem implementando o Sistema de Informação de Regulação (SISREG), ferramenta utilizada para gerenciar e operacionalizar funções da central de regulação e sistematizá-las. Tendo como finalidade facilitar o planejamento regional, distribuir de forma equânime os recursos de saúde para a população própria e referenciada, disponibilizando em tempo real a oferta de leitos, consultas e exames. Sistema este que atua integrado a outros bancos de dados considerados estratégicos para a gestão do processo regulatório (BRASIL, 2010a).

4 O CONTEXTO DA REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE EM MATO GROSSO E NO VALE DO PEIXOTO

4.1 OS ANTECEDENTES DA REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE NO ESTADO DE MATO GROSSO

O Estado de Mato Grosso situa-se na região Centro Oeste com uma população de 3.035.122, conforme censo 2010, ocupando uma área territorial de 903.329,70 Km² com uma densidade demográfica de 3,36 hab/km², distribuídos em 141 (cento e quarenta e um) municípios. Além da grande extensão territorial, o estado destaca-se pela diversidade de sua flora, fauna, recursos hídricos e minerais presentes em três biomas: Pantanal com 6,8% do território, Cerrado com 39,6% e Floresta Amazônica com 53,6% de extensão. A economia do estado baseia-se principalmente na agricultura, pecuária, extrativismo, comércio e serviço, indústrias e atividade de turismo e pesca (BRASIL, 2012c; HIGA E MORENO, 2005).

Figura 2: Mapa da Distribuição Territorial dos Biomas em Mato Grosso



Em 1990 foi aprovada a nova Constituição Estadual de Mato Grosso que incorporou os princípios e diretrizes do SUS e, em 1992, através da Lei Complementar Estadual nº 22, foi instituído o Sistema Estadual da Saúde, criando

os fundamentos legais para o SUS nos níveis Estadual e Municipal. A lei complementar dispõe sobre as competências do SUS Estadual, reforçando o disposto na Lei 8080 (BRASIL, 1990a) e destacam-se os seguintes: promover a descentralização para os municípios das ações e serviços da saúde; prestar apoio técnico e financeiro, identificar estabelecimentos hospitalares de referência e gerir sistemas públicos de alta complexidade e coordenar em caráter suplementar; executar as ações e serviços de: a) vigilância epidemiológica, b) vigilância sanitária, c) de alimentação e nutrição e d) saúde do trabalhador (MATO GROSSO, 1992).

Apesar das competências estabelecidas, até 1994, a Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso (SES/MT) exercia funções de mera prestadora de serviços e fornecedora de insumos, não executando sua responsabilidade de formuladora de ações de saúde pública de interesse de toda a população do Estado (KEINNERT et al., 2006). A partir desse período muitos avanços foram alcançados na definição do novo papel da SES, de estabelecer sistemas regionais e microrregionais de saúde, fornecendo subsídio para o amplo processo de municipalização (LAVRAS, 2002).

É neste contexto que a SES, em 1995, inicia o processo de reorganização dos atuais Escritórios Regionais de Saúde (ERS) que deixam de ser simples distribuidores de medicamentos e vacinas para articular no espaço regional o processo da regionalização em saúde (GONZAGA, 2002).

Em novembro de 1993 foi criada em Mato Grosso a CIB “com objetivo de promover a orientação, regulamentação e avaliação dos aspectos operacionais do processo de descentralização das ações de saúde” (MARTINELLI, 2002, p.89). Seus acordos e pactos são deliberados pelo Conselho Estadual de Saúde e transformados em resoluções. Visando dar continuidade à implementação da regionalização são criadas no período de 1995 a 1997 as Comissões Intergestoras Bipartite Regionais, formadas paritariamente por técnicos dos escritórios regionais e secretários municipais de saúde, sendo responsáveis por definir diretrizes regionais, homologadas pela CIB Estadual (MARTINELLI, 2002). Em outubro de 2006 as CIB Regionais foram habilitadas para funcionamento de acordo com o Pacto pela Saúde e transformadas em Colegiados de Gestão Regional (CGR), no total de quatorze Colegiados (MATO GROSSO, 2006b).

A rede de serviços estaduais foi sendo gradativamente implantada no período 1996-2001 tais como: Consórcios, Hemorrede, Unidades de Reabilitação Física, Centro de Apoio Psicossocial (CAPS), Serviços de Apoio Diagnóstico, Tratamento

de Câncer e Hospitais Regionais de Referência. Ocorreu também a ampliação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), Programa de Saúde da Família (PSF) e foi criado pela SES de Mato Grosso em 2001, o Programa de Apoio à Saúde da Família e o Programa de Apoio à Saúde Comunitária Rural (PASCAR), este último totalmente financiado pelo governo estadual (SCHRADER, 2002).

Ao descentralizar e criar os programas, a secretaria estadual, através do Decreto Governamental nº 2.312 (MATO GROSSO, 2001a), instituiu a transferência automática de recursos do Fundo Estadual aos Fundos Municipais de Saúde, assegurando contrapartida financeira aos municípios que aderiram às ações e serviços supracitados. Apoiando financeiramente os municípios para executarem suas ações em atenção básica e de média complexidade, buscando promover melhoria nas ações de saúde.

Como mais uma estratégia que visava organizar a atenção à saúde por via regional, oferecendo serviços ambulatorial e hospitalar de média complexidade mais próximo do usuário, a gestão estadual estimula e financia a organização de mecanismos para sistematizar e efetivar os pactos cooperativos entre municípios e o Estado, mediante os consórcios intermunicipais de saúde. A partir desta data nascem no Estado os consórcios de saúde que vêm se apresentando como uma garantia ao oferecer serviços, não somente de média complexidade, mas em algumas regionais também de alta complexidade (GUIMARÃES, 2002).

Em 1996 iniciou-se o processo de descentralização e municipalização da vigilância à saúde, liderada pelas Vigilâncias sanitária e epidemiológica, envolvendo ações de oficinas com técnicos e gestores municipais de saúde, capacitação de técnicos nas regiões e nos municípios, bem como legislação que normatizou as ações do setor (CARVALHO et al., 2002).

Com a expansão da descentralização e visando consolidar a estratégia de regionalização dos serviços de saúde, a SES de Mato Grosso conduziu as ações para viabilizar e efetivar as microrregiões no período 2001-2002, com a construção coletiva e regionalizada do Plano Diretor de Regionalização, da Programação Pactuada Integrada e das centrais de regulação regionais (SCHRADER, 2002).

O processo de condução do PDR da Assistência à Saúde teve como eixo a PPI que começou a ser desenvolvida a partir de 1997 e se consolidou com a NOAS 2001, definindo as regiões e seus municípios nos conceitos de Módulo Assistencial, municípios-sede do módulo, município-módulo, microrregião e município-polo

microrregional, configurando as microrregiões. Através deste processo foi realizada PPI da Assistência Ambulatorial e Hospitalar, com participação de gestores municipais, técnicos dos escritórios de saúde, dos consórcios, e das áreas afins e da CIB, definindo referências e contra referências (SCHRADER, 2002).

A implantação das Centrais de Regulação em Mato Grosso estava vinculada ao projeto de Organização do Sistema Estadual de Referência e Contra referência de Atenção à Saúde. O processo estava associado também à reestruturação das redes de serviços assistenciais básicos e especializados, à Programação Pactuada Integrada, aos consórcios intermunicipais de saúde, às CIBs, ao controle e avaliação e à ouvidoria do SUS. A Central Estadual de Regulação foi implantada formalmente em Mato Grosso, em março de 2002 e a partir desta foram implantadas gradativamente, de acordo com a capacidade operacional e pactuação regional, as centrais microrregionais com o objetivo, segundo Schrader, de “facilitar o acesso do usuário aos serviços do SUS, centralizando os encaminhamentos para o atendimento, evitando duplicidade e paralelismos de ações e, por via de consequência, a dispersão de esforços e recursos” (2002, p.206).

Atualmente a regulação do acesso está organizada através dos complexos reguladores estadual, regional, microrregionais e municipais, alguns já implantados ou em fase de implantação. Os complexos reguladores por sua vez estão organizados em Centrais de Consultas e Exames, Internações hospitalares, de Urgência e de Alta Complexidade (MATO GROSSO, 2011b).

Para a adesão ao Pacto em Saúde 2006, a SES de Mato Grosso constituiu e nomeou grupo de trabalho do pacto, responsável por conduzir e fortalecer o processo de regionalização da saúde no estado, divulgar e implementar as diretrizes operacionais do Pacto, em consonância com a esfera federal (MATO GROSSO, 2006a). Em setembro de 2007, foi aprovado o Termo de Compromisso e Gestão Estadual de Mato Grosso e na esfera municipal o estado conta com adesão de 133 municípios que ocorreram significativamente nos anos de 2008 e 2010 (MATO GROSSO, 2012b).

Em Mato Grosso, considerando o Decreto Federal 7.508, de 2011, foram instituídas em abril de 2012 dezesseis (16) regiões de saúde com seus respectivos municípios sede (MATO GROSSO, 2012a).

4.2 A SAÚDE NO VALE DO PEIXOTO

O Vale do Peixoto está localizado na Amazônia Mato-grossense.

A Amazônia é o ecossistema de maior diversidade biológica, representando a mais extensa floresta tropical existente. É o bioma com maior extensão territorial brasileiro o que acontece também em Mato Grosso.

A floresta amazônica também chamada de floresta tropical pluvial ou chuvosa apresenta um clima quente e úmido, com período de seca de 30 a 90 dias, com média anual de temperatura de 26°C e precipitação pluviométrica acima de 2.000mm. (HIGA E MORENO, 2005). A microrregião Vale do Peixoto se caracteriza por período de seca que ultrapassa os noventa dias e as chuvas acontecem com maior intensidade nos meses de janeiro a março. A temperatura fica em torno do 24°C com variações que chegam à máxima de 40°C e mínima de 4°C (FERREIRA, 2001).

Com a colonização da Amazônia sem um planejamento ambiental para a abertura das estradas e a implantação dos centros urbanos, as florestas sofreram impacto ambiental, devido a sua conversão para uso agropecuário e estabelecimentos de pastagens e plantio; a extração mineral com o uso do mercúrio; assoreamento, erosão e poluição do curso da água; construção de grandes usinas hidrelétricas e o crescimento populacional desordenado através da ocupação do solo (FERREIRA, 2001; HIGA E MORENO, 2005).

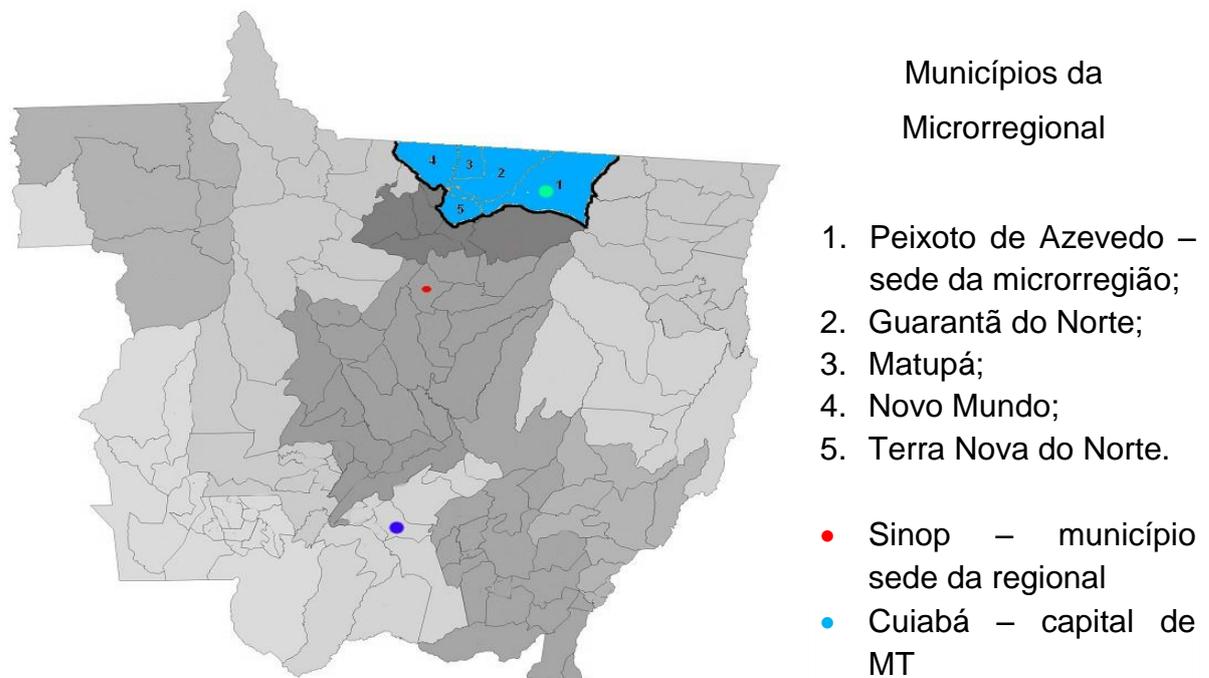
No início da década de 1970 o governo começou a construção de grandes estradas, sendo que uma delas originou a BR 163 ligando Cuiabá a Santarém, aberta pelo 9º Batalhão de Engenharia e Construção (9º BEC), também nesta década e na seguinte foi incrementado na região Norte do país o programa de colonização, com inúmeras áreas destinadas a projetos de Assentamentos Agrários, através do Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (INCRA), com a finalidade de solucionar problemas sociais nas regiões sul e sudeste do Brasil, envolvendo trabalhadores rurais e sem terra, fatos estes que proporcionaram a abertura e povoamento de todo o norte-mato-grossense (HIGA E MORENO, 2005; MATO GROSSO, 2012c).

De acordo com a divisão geográfica regional, a mesorregião norte mato-grossense é composta por oito microrregiões, sendo que os municípios do Vale do Peixoto pertencem à microrregião de Colider (HIGA E MORENO, 2005). Já na

divisão da regionalização da saúde a região norte mato-grossense possui em sua abrangência quatro regiões de saúde denominadas de Alto do Tapajós, Norte Mato-grossense, Teles Pires e Vale do Peixoto, sendo estas compostas de trinta e um municípios (MATO GROSSO, 2006b). De acordo com a Resolução CIB nº 065 de 2012 a microrregião Vale do Peixoto passou a ser denominada de região Vale do Peixoto com a mesma composição dos municípios e sede municipal (MATO GROSSO, 2012a).

A microrregião de saúde Vale do Peixoto é composta por cinco municípios, Guarantã do Norte, Matupá, Novo Mundo, Peixoto de Azevedo e Terra Nova do Norte, todos povoados no final da década de 1970 e emancipados política e administrativamente na segunda metade da década de 1980 com exceção do município de Novo Mundo, emancipado na década seguinte. A microrregião faz fronteira com o sul do Estado do Pará, município de Altamira, e com as regiões de saúde Norte Mato-grossense, Alto Tapajós e Baixo Araguaia, em Mato Grosso (FERREIRA, 2001; PEDROSA, 2006).

Figura 3: Mapa de Mato Grosso, Microrregião de Saúde Vale do Peixoto.



A denominação Peixoto advém do nome do tenente de milícias Antônio Peixoto de Azevedo, que em 1819 desceu o Rio Teles Pires em busca de novas

rotas fluviais que substituíssem a Navegação Paranista ou Carreira do Pará, sendo que seu retorno foi pelo rio que recebe o seu nome, Peixoto de Azevedo, localizado no município sede da região que possui o mesmo nome (MATO GROSSO, 2012c).

Os municípios da regional começam a ser povoados, a partir de ações de colonização oficial e particulares voltadas para atividades agrícolas, porém a lógica inicial se modificou principalmente pelo surgimento da extração mineral em grande escala. A colonização oficial se deu por meio de projetos de assentamentos rurais implantados pela INCRA. O município de Guarantã do Norte surgiu do projeto de ação conjunta (PAC) com cooperativas, sendo um denominado Peixoto de Azevedo e o outro de Braço Sul, objetivando abrigar famílias advindas do Rio Grande do Sul e Mato Grosso do Sul os denominados Brasiguaios. Os indígenas que habitavam esta área foram transferidos para o Parque Nacional do Xingu. O PAC Peixoto de Azevedo deu origem na década de 90, também ao município de Novo Mundo. O município de Terra Nova do Norte surgiu através de programa do governo do Estado do Rio Grande do Sul (RS) e do governo federal, em 1978, com a finalidade de abrigar posseiros do RS expulsos de terras indígenas. Foi atribuída à Cooperativa Agrária de Canarana (COOPERCANA) a abertura da região, que culminou com a estruturação de 1.062 lotes em nove agrovilas rurais. O município de Matupá emergiu a partir de projetos particulares de colonização, projetos estes que receberam vantagens e facilidades de acesso a terra pelos programas especiais de desenvolvimento regional. Foi colonizado pelo Grupo empresarial Ometto, proprietário da Agropecuária do Cachimbo e sua população foi formada por pessoas advindas da região sul do Brasil. O município de Peixoto de Azevedo teve um grande crescimento populacional no final da década de 1970, quando com o auge da atividade garimpeira, vieram muitas pessoas principalmente do Norte e Nordeste do país. A região chegou a ser responsável por cerca de 10% da produção nacional de ouro no final da década de 80 (FERREIRA, 2001; HIGA E MORENO, 2005).

Em relação à dinâmica populacional, observa-se que Peixoto de Azevedo que em 1981, possuía 3.834 habitantes, alcançou 45.020 em 1995. Entretanto perdeu mais de 15 mil habitantes no ano seguinte. Fato que aconteceu também em Terra Nova do Norte que decresceu em um ano mais de 4.000 mil habitantes. De 1996 até 2007 a região permaneceu com uma população superior a 80 mil habitantes e somente em 2008 ultrapassa os 90 mil (BRASIL, 2012c).

Tabela 1 - Dinâmica populacional dos municípios da microrregião de saúde nos anos de 1981, 1985, 1990, 1995 e 1996.

Municípios/microrregião	1981	1985	1990	1995	1996
Guarantã do Norte	2.369	11.133	21.539	28.816	27.673
Matupá	1.155	4.858	9.255	12.302	11.360
Novo Mundo	-	-	-	-	-
Peixoto de Azevedo	3.834	17.478	33.681	45.020	29.237
Terra Nova do Norte	6.957	13.284	20.798	20.130	15.751
Vale do Peixoto	14.315	46.753	85.273	106.268	84.021

Fonte: BRASIL, 2012b, 2012c.

Peixoto de Azevedo e Novo Mundo são núcleos urbanos que surgiram e se desenvolveram em função do garimpo de ouro, sendo que todos os municípios da região tiveram no garimpo, pelo menos até o início da década de 1990, a sua principal base econômica, tanto como elemento propulsor da criação de empregos como impulsionou a criação de serviços urbanos. Outro fato marcante no processo de ocupação da região ocorrido no final da década de 1980 e início de 1990 foi a concentração de grande parte dos casos de malária no país, chegando a apresentar de acordo com Barbieri (2007) os maiores índices de prevalência da doença no continente americano. O autor relata que no período de 1992 a 1995, nos meses de pico de janeiro a julho, a região apresentou 131.152 casos positivos de malária correspondendo a 68% dos casos notificados, com as seguintes características: o ano com maior ocorrência foi o de 1992; o local de infecção com maior percentual foram as áreas garimpeiras; e o município com maior número de casos no período estudado foi Peixoto de Azevedo com 44.651 seguido de Matupá, Terra Nova do Norte e Guarantã do Norte¹.

Com a decadência do garimpo na microrregião houve uma significativa redução da população e foram sendo retomadas as atividades agrícolas iniciais. Surgiram conflitos agrários e o governo federal concebeu o projeto de assentamento (PA) para regularização de áreas que foram ocupadas por posseiros (BARBIERI, 2007; HIGA E MORENO, 2005), projeto este que continua até os dias atuais. A existência desses projetos de colonização de assentamentos faz com que a região

¹ - Por região norte mato-grossense o autor compreende os municípios de Matupá, Guarantã do Norte, Peixoto de Azevedo, Terra Nova do Norte e Nova Guarita, este último município foi distrito de Terra Nova do Norte.

ainda presente maior taxa de população rural, de 34,6%, se comparamos à taxa de Mato Grosso que é de 18,2%.

Todos os municípios da microrregião têm menos de 50 mil habitantes, estando na faixa da maioria dos municípios brasileiros, ou seja, são de pequeno porte. A distância da capital Cuiabá esta em torno de 700 km e a via de acesso para os cinco municípios é através das BRs 163 e 364 todas pavimentadas. A taxa de crescimento no período de 2006 a 2009 se apresenta diferente entre os municípios, com a maior taxa (19,5%) do município de Peixoto de Azevedo.

Tabela 2 - Municípios da microrregião de saúde conforme o ano de emancipação, distância da capital, população e taxa de crescimento. Mato Grosso.

Municípios	AE	DC	P 2010 (1)	TC 2006-2009
Guarantã do Norte	1986	720 km	32.216	1,7
Matupá	1988	700 km	14.174	7,9
Novo Mundo.	1995	750 Km	7.332	3,5
Peixoto de Azevedo	1986	690 km	30.812	19,5
Terra Nova do Norte	1986	645 km	11.291	9,7
Mato Grosso	-	-	3.035.122	1,7

Fonte: FERREIRA, 2001; BRASIL, 2012b; 2012c.

*AE – Ano de Emancipação, DC – Distância da Capital, P – População, TC – Taxa de Crescimento

(1) A região possui 1.607 indígenas que vivem nos municípios de Guarantã do Norte e Peixoto de Azevedo.

A microrregião possui uma área territorial de 32.738,63 Km², com uma população de 95.825 habitantes, de acordo com o censo de 2010, com densidade demográfica de 2,93 menor que a de Mato Grosso.

A população residente na microrregional representa 3,16% da população geral do estado, sendo 51.596 do sexo masculino e 47.099 do sexo feminino apresentando razão entre os sexos de 107,5%, predominância que também ocorre com o estado com razão de 104,3% do sexo masculino. A distribuição nas áreas urbana e rural é de, respectivamente, 62.633 e 33.192, com grau de urbanização de 65,4%. O grau de urbanização na microrregional pode estar relacionado ao projeto inicial de assentamentos, uma vez que o município de Terra Nova do Norte que foi constituído por nove agrovilas, é o que apresenta o menor grau de urbanização.

Tabela 3 - População total residente, segundo sexo e zona por microrregião de saúde. Mato Grosso - 2010

Dados Demográficos	Microrregião de saúde		Mato Grosso	
	Nº	%	Nº	%
População Geral	95.825	100	3.035.122	100
População Masculina	49.638	51,8	1.549.536	51,1
População Feminina	46.187	48,2	1.485.586	49,0
População Urbana	62.633	65,4	2.482.801	81,8
População Rural	33.192	34,6	552.321	18,2

Fonte: BRASIL, 2012b; 2012c.

Conforme a Tabela 4, a maior taxa de natalidade ocorre no município de Peixoto de Azevedo (14,7%), menor que a do estado. No índice de envelhecimento o município de Terra Nova do Norte está próximo dos 50% apresentando também maior taxa de mortalidade.

Tabela 4 - Indicadores demográficos por municípios e microrregião de saúde. Mato Grosso.

Municípios/ Microrregião	Grau de Urbanizaçã o	Razão entre os sexos	Taxa bruta de natalidade (1)	Proporção de > 5 anos	Índice de Envelhec imento (2)	Taxa bruta de mortalidade (3)
Guarantã do Norte	74,4	105,1	12,6	7,9	30,3	4,3
Matupá	78,0	107,9	13,9	7,9	26,9	3,4
Novo Mundo	42,4	114,6	12,8	7,9	25,4	3,8
Peixoto de Azevedo	64,3	92,9	14,7	8,5	24,5	4,2
Terra Nova do Norte	39,9	108,8	12,7	6,6	46,8	5,8
Vale do Peixoto	65,4	107,5	13,5	7,9	29,8	4,3
Mato Grosso	81,8	104,3	16,1	8,1	30,7	4,9

Fonte: BRASIL, 2012b; 2012c.

Nota: Cálculo realizado considerando dados IBGE população de 2010 e SIM, SINASC 2010.

(1) por 1000 nascidos vivos

(2) população 60 anos e mais/população com menos de 15 anos por 100

(3) mortalidade por 1000 habitantes

Na rede de comunicação, todos os municípios contam com telefonia fixa, móvel e internet com exceção de algumas áreas rurais. Possuem rádios AM (Amplitude Modulada) e FM (Frequência Moduladas), bem como retransmissoras de televisão (ESCRITÓRIO, 2012a).

As principais atividades econômicas da microrregião são a pecuária intensiva e em expansão pelo sistema de cria, recria e engorda; agricultura pouco desenvolvida e em expansão, bem como de lavouras de subsistência; extrativismo mineral e vegetal (HIGA E MORENO, 2005).

Conforme dados disponíveis nos Indicadores e Dados Básicos (IDB) referentes ao ano de 2010 o estado de Mato Grosso possui renda média domiciliar de 735,32 reais, e o Brasil de 631,39 reais, em 2009, ambos superiores à renda da microrregião de saúde que, em 2010, totaliza 574,76 reais. Em relação ao produto interno bruto per capita verifica-se que a microrregional, no ano de 2009 possui valor abaixo de 50%, quando comparado ao do estado de Mato Grosso.

Tabela 5 - Renda média domiciliar per capita e Produto interno Bruto per capita, municípios, microrregião de saúde. Mato Grosso.

Município/microrregião	Renda Média Domiciliar (1)		PIB per capita (2)	
	2000	2010	2000	2009
Guarantã do Norte	526,64	590,64	3.005,44	8.102,44
Matupá	496,13	640,16	3.666,41	16.461,58
Novo Mundo	368,06	458,92	3.997,1	13.976,23
Peixoto de Azevedo	375,90	559,54	2.199,7	7.266,32
Terra Nova do Norte	322,48	563,49	3.082,13	8.849,1
Vale do Peixoto	434,75	574,76	2.915,23	9.652,53
Mato Grosso	575,02	735,32	5.937,87	19.087,09

Fonte: BRASIL, 2012a; 2012b.

(1) Valor de referência, salário mínimo de 2010, de R\$ 510,00. Valor em reais.

(2) Valores PIB per capita em reais correntes.

Relativo aos Índices de Desenvolvimento Humano (IDH) constata-se que todos os municípios e o estado encontram-se classificados como de médio desenvolvimento.

Tabela 6 - Índice de Desenvolvimento Humano dos municípios da microrregião de saúde Vale do Peixoto. Mato Grosso. Ano 2000.

Municípios	IDHM	IDHM Educação	IDHM Longevidade	IDHM Renda
Guarantã do Norte	0,757	0,842	0,723	0,706
Matupá	0,753	0,849	0,711	0,717
Novo Mundo	0,732	0,829	0,706	0,661
Peixoto de Azevedo	0,719	0,811	0,706	0,639
Terra Nova do Norte	0,748	0,895	0,725	0,623
Mato Grosso	0,773	0,86	0,74	0,718
Brasil	0,766	0,849	0,727	0,723

Fonte: PROGRAMA ..., 2012.

O analfabetismo na microrregião que em 2000 era de 14,8% (BRASIL, 2012b) passou em 2010 para 11%. O município de Guarantã do Norte apresenta a menor taxa de analfabetismo, enquanto a maior taxa ocorre no município de Peixoto de Azevedo.

Tabela 7 - Taxa de analfabetismo, população alfabetizada, população não alfabetizada e população com 15 anos ou mais, segundo municípios e microrregião de saúde. Mato Grosso. Ano 2010.

Municípios	TA	PA	PNA	P/15 anos ou mais
Guarantã do Norte	7,1	22538	1711	24249
Matupá	9,2	9341	951	10292
Novo Mundo	10,8	4643	563	5206
Peixoto de Azevedo	16,4	17952	3520	21472
Terra Nova do Norte	10,6	7552	897	8449
Vale do Peixoto	11	62026	7642	69668
Mato Grosso	8,4	2.047.446	187.574	2.235.020

Fonte: BRASL, 2012b; 2012c.

*TA – Taxa de Analfabetismo, PA – População Alfabetizada, PNA – População Não Alfabetizada, P/15 – População 15 anos ou mais

Quanto à escolaridade da população maior de 15 anos, a microrregião apresenta índice de pessoas sem instrução ou com ensino fundamental incompleto maior que o do estado.

Tabela 8 - Escolaridade da população de 15 anos ou mais, por municípios e microrregião de saúde. Mato Grosso. Ano 2010.

Municípios/Microrregião	SI/1º CFI (1)		1º CFC/2º CI (2)		2º CFC ou mais (3)		Não determinada		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Guarantã do Norte	6530	26,9	3817	15,7	11185	46,1	2715	11,2	24247	100
Matupá	2877	27,9	1426	13,9	4850	47,1	1140	11,1	10293	100
Novo Mundo	1540	29,6	910	17,5	2075	39,9	679	13,1	5204	100
Peixoto de Azevedo	7696	35,8	3272	15,2	8384	39,1	2122	9,9	21474	100
Terra Nova do Norte	2917	34,5	1179	14	3534	41,7	813	9,6	8443	100
Vale do Peixoto	21560	30,9	10604	15,2	30028	43,1	7469	10,7	69661	100
Mato Grosso.	534.449	23,9	285.974	12,8	1.180.105	52,8	234.558	10,5	2.235.086	100

Fonte: BRASIL, 2012b; 2012c.

* SI/1º CFI – Sem instrução 1º ciclo fundamental incompleto, 1º CFC/2º CI – 1º ciclo fundamental completo/2º ciclo incompleto, 2º CFC – 2º ciclo fundamental completo

(1) A categoria "Sem instrução/1º ciclo fundamental incompleto" pode também ser denominada de "analfabetismo funcional" e corresponde a menos de 4 anos de estudo. Está incluída nesta categoria também a situação de "alfabetização de adultos"

(2) A categoria "1º ciclo fundamental completo/ 2º ciclo incompleto" corresponde a 4 a 7 anos de estudo

(3) A categoria "2º ciclo fundamental completo ou mais" corresponde a 8 anos ou mais de estudo

A Rede de Serviços e o Perfil Epidemiológico

A Rede de serviços da microrregião se caracteriza por serviços de atenção básica e média complexidade, tanto ambulatorial quanto hospitalar. Parte da média e toda a alta complexidade são referenciadas para os municípios de Colider, Sinop, Sorriso, pertencentes à região Norte e para Várzea Grande e Cuiabá, de acordo com o Sistema de informação da Saúde da Programação Integrada (SISPPI) da competência de julho de 2012, fruto da Programação Pactuada Integrada (PPI) 2010 que apresenta pequenas alterações nessas referências. (MATO GROSSO, 2012d).

A microrregional possui oitenta e quatro estabelecimentos de saúde, sendo que 59,5% são da rede pública, com 50% destes serviços em Unidades Básicas de Saúde/Centro de Saúde. A rede privada tem maior concentração do tipo de estabelecimento classificado como consultório isolado, seguido por Unidade de Serviço Apoio de Diagnose e Terapia (SADT). Na área hospitalar totaliza seis unidades, incluindo a unidade mista, distribuídas na rede pública, com quatro e privadas, com duas unidades. As clínicas especializadas públicas se referem ao Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) localizado no município de Guarantã do Norte e às Unidades descentralizadas de reabilitação. Os cinco municípios possuem unidades de reabilitação, todavia em Peixoto de Azevedo e Terra Nova do Norte, elas não estão cadastradas como estabelecimento, mas como serviço, pois funcionam no prédio do Hospital Municipal. Fato que também acontece com os laboratórios de análises clínicas existentes nos cinco municípios.

Tabela 9 - Unidades de Saúde por tipo de estabelecimento segundo tipo de prestador, microrregião de saúde. Mato Grosso.

Tipo de Estabelecimento	Público		Privado		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Centro de Atenção Psicossocial	2	4	0	0	2	2,4
Centro de Apoio à Saúde da Família	1	2	0	0	1	1,2
Centro de Saúde/Unidade Básica de Saúde	27	54	0	0	27	32,1
Clínica Especializada/Amb. Especializado	4	8	4	11,8	8	9,5
Consultório Isolado	0	0	22	64,7	22	26,2
Hospital Geral	3	6	2	5,9	5	5,9
Policlínica	0	0	1	2,9	1	1,2
Posto de Saúde	5	10	0	0	5	5,9
Secretaria de Saúde(1)	6	12	0	0	6	7,2
Unidade Mista—atend 24h (At.básica/intermediária)	1	2	0	0	1	1,2
Unidade de SADT	1	2	5	14,7	6	7,2
Total	50	100	34	100	84	100

Fonte: Dados obtidos do Ministério da Saúde, DATASUS, sistema de informação CNES.

Nota: Competência julho de 2012.

(1) unidade com Gestão Estadual referente ao Escritório Regional de Saúde.

A microrregião conta com seis (6) unidades com leitos hospitalares totalizando cento e noventa e cinco leitos (195) dos quais cento e sessenta e seis (166) são públicos, correspondendo a 85,1 de leitos SUS. A especialidade com maior número de leitos tanto na rede pública quanto na privada é clínica médica correspondendo a 36,9%. O município de Peixoto de Azevedo é o que possui maior número de leitos e é referência para o município de Novo Mundo, recebendo 40,7% das programações de internações de média complexidade (MATO GROSSO, 2012d). O predomínio da rede pública, inclusive na área hospitalar, é uma característica da microrregião de saúde que apresentou problemas relevantes de saúde pública nos primeiros anos de sua formação, fato associado também à baixa renda domiciliar se comparada ao estado e ao Brasil.

Tabela 10 - Leitos hospitalares SUS por especialidade, por municípios e microrregião de saúde. Mato Grosso.

Município/Microrregião	Cirúrgicos		Clínicos		Obstétrico		Pediátrico		Complementar		Outras Espec.		Hospital Dia		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Guarantã Norte	8	22,2	16	44,4	5	13,9	7	19,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	36	100
Matupá	4	15,4	8	30,8	8	30,8	5	19,2	1	3,8	0	0,0	0	0,0	26	100
Peixoto de Azevedo	16	24,3	25	37,9	8	12,1	13	19,7	2	3,0	2	3,0	0	0,0	66	100
Terra Nova Norte	9	23,7	14	36,9	7	18,4	7	18,4	1	2,6	0	0,0	0	0,0	38	100
Vale do Peixoto.	37	22,2	63	37,8	28	16,8	32	19,7	4	2,4	2	1,1	0	0,0	166	100
Mato Grosso	1298	23,9	1666	30,8	783	14,5	974	17,9	391	7,2	280	5,2	28	0,5	5420	100

Fonte: Dados obtidos do Ministério da Saúde, DATASUS, sistema de informação CNES.

Nota: Competência julho/2012.

Tabela 11 - Leitos hospitalares por especialidade SUS e não SUS, segundo microrregião de saúde. Mato Grosso.

Especialidade	Microrregião de Saúde						Mato Grosso					
	SUS		Não SUS		Total		SUS		Não SUS		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Cirúrgicos	37	22,2	8	27,6	45	23,1	1298	23,9	623	30,5	1921	25,8
Clínicos	63	37,8	9	31,1	72	36,9	1666	30,8	590	28,9	2256	30,3
Obstétrico	28	16,8	7	24,1	35	17,9	783	14,5	285	13,9	1068	14,3
Pediátrico	32	19,7	4	13,8	36	18,5	974	17,9	251	12,3	1225	16,4
Comp.*	4	2,4	1	3,4	5	2,6	391	7,2	269	13,3	660	8,8
OE*	2	1,1	0	0	2	1,0	280	5,2	6	0,3	286	3,8
Hospital/DIA	0	0,0	0	0	0	0	28	0,5	17	0,8	45	0,6
Total Leitos	166	100	29	100	195	100	5420	100	2041	100	7461	100

Fonte: Dados obtidos do Ministério da Saúde, DATASUS, sistema de informação CNES

Nota: Competência julho de 2012.

*Comp.: Complementar

*OE: Outras Especialidades

Quanto aos leitos de alta complexidade existentes na regional, somente uma unidade hospitalar privada possui uma unidade intermediária neonatal, cadastrada no CNES. Os serviços hospitalares de alta complexidade SUS concentram-se em Cuiabá.

As primeiras unidades de Saúde da Família foram implantadas em 2000 nos cinco municípios e em junho de 2002, as duas primeiras equipes de Saúde Bucal, em Novo Mundo e Guarantã do Norte (BRASIL, 2012e). A cobertura de Estratégia de Saúde da Família (ESF), em 2010, ultrapassa 90%. No aspecto da cobertura destaca-se o percentual acima de 100 do município de Matupá, referente a ESF (101,9%) e dos municípios de Novo Mundo (169,7%) e Terra Nova do Norte (106,2%) relativo a Saúde Bucal, estes dados demonstram problemas relacionados a estimativa populacional dos municípios, merecendo estudos. Quanto à cobertura assistencial dos leitos hospitalares observa-se que, com exceção do município de Terra Nova do Norte todos os demais se encontram abaixo do parâmetro² de necessidade de leitos hospitalares estimado pela Portaria federal 1.101 (BRASIL, 2002b) que é de 2,5 a 3 leitos por mil habitantes, apesar do Plano Regional das Urgências demonstrar taxa de ocupação dos hospitais públicos da microrregião de

² Parâmetros assistenciais do SUS – mede a relação entre a oferta de leitos hospitalares SUS e a população residente na mesma área geográfica. (BRASIL, 2002b)

saúde, em 2010, abaixo de 40% (ESCRITÓRIO, 2012a), aspecto esse que merece investigações futuras.

Tabela 12 - Cobertura da ESF, Saúde Bucal e leitos hospitalares por municípios e microrregião de saúde. Mato Grosso. Ano 2010.

Municípios	ESF		Saúde Bucal		Nº Leitos SUS	Nº Leitos SUS/1000 hab.
	NE	%	NE	%		
Guarantã do Norte	8	83,6	8	99,5	36	1,1
Matupá	4	101,9	3	84,7	25	1,7
Novo Mundo	3	100,9	3	169,7	0	0,0
Peixoto de Azevedo	7	94,9	2	52,1	64	2,0
Terra Nova do Norte	4	91,7	3	106,2	38	3,3
Vale do Peixoto	26	92,3	19	88,0	163	1,7
Mato Grosso	588	65,4	396	53,3	5392	1,7

Fonte: Brasil, 2011b. Dados obtidos do Ministério da Saúde, CNES.

*NE – Número de Equipes

Na cobertura das categorias médicos, enfermeiros e cirurgião dentista por habitante, constata-se que nos municípios de Terra Nova do Norte e Peixoto de Azevedo todos os profissionais médicos atuam na rede pública, com disponibilidade de 1,0% de médicos SUS por 1000 habitantes na regional, bem abaixo da do estado que é de 2,3%. Os enfermeiros e cirurgião dentista com valores de 0,4% e 0,5% respectivamente por mil habitantes na regional. Observando que em relação ao cirurgião dentista o município de Peixoto de Azevedo apresenta a menor disponibilidade SUS, de 0,1%.

Tabela 13 – Cobertura assistencial de recursos humanos por categoria profissional Médico, Enfermeiro e Cirurgião Dentista, segundo municípios e microrregião de saúde. Mato Grosso. Ano 2009.

Municípios/Microrregião	Médicos				Enfermeiros				Cirurgiões Dentistas			
	Total	/1000 hab.	Total SUS	SUS/1000 hab.	Total	/1000 hab.	Total SUS	SUS/1000 hab.	Total	/1000 hab.	Total SUS	SUS/1000 hab.
Guarantã do Norte	43	1,3	31	1,0	13	0,4	13	0,4	19	0,6	14	0,4
Matupá	30	2,0	14	0,9	10	0,7	9	0,6	10	0,7	5	0,3
Novo Mundo	4	0,6	4	0,6	4	0,6	4	0,6	6	0,8	4	0,6
Peixoto de Azevedo	34	1,1	31	1,0	13	0,4	13	0,4	11	0,4	3	0,1
Terra Nova do Norte	17	1,1	17	1,1	8	0,5	8	0,5	6	0,4	4	0,3
Vale do Peixoto	128	1,3	97	1,0	48	0,5	47	0,4	52	0,5	30	0,3
Mato Grosso	10.118	3,4	7.041	2,3	1.944	0,6	1.851	0,6	1.775	0,6	1.112	0,4

Fonte: BRASIL, 2012f.

Tanto na microrregional como no estado a maior causa de internação são as doenças do aparelho respiratório. Na microrregião, a segunda causa, com 16% são as doenças do aparelho geniturinário, seguidas pelas doenças infecciosas e parasitárias e do aparelho digestivo com 13%.

Tabela 14 - Morbidade Hospitalar SUS por principais causas Capítulo CID 10, segundo microrregião de saúde. Mato Grosso. Ano de 2010.

Causas - Capítulo CID-10	Microrregião de Saúde		Mato Grosso	
	Nº	%	Nº	%
Doenças do aparelho respiratório	798	18,97	26470	18,38
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	552	13,12	21945	15,24
Doenças do aparelho digestivo	569	13,53	17282	11,99
Lesões enven e al out consq causa externas	478	11,36	16983	11,79
Doenças do aparelho circulatório	400	9,51	15082	10,47
Doenças do aparelho geniturinário	706	16,78	14598	10,14
Neoplasias (tumores)	207	4,92	7624	5,29
Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	142	3,38	4606	3,19
Contatos com serviços de saúde	82	1,95	4659	3,23
Outras causas	272	6,48	14797	10,28
Total	4206	100	144046	100

Fonte: Ministério da Saúde/Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

Nota: dados referentes a internações hospitalares SUS – foi excluída gravidez parto e puerpério que tanto na microrregião de saúde quanto no estado são as maiores causas de internações, porém não definidos nesta pesquisa como morbidade e sim causa de internação.

As principais causas de mortalidade são semelhantes na microrregião e no estado, sendo as cinco primeiras as doenças do aparelho circulatório, causas externas, neoplasias, aparelho respiratório e endócrino nutricional e metabólico.

Tabela 15 - Mortalidade por local de residência por principais causas Capítulo CID 10, segundo microrregião de saúde. Mato Grosso. Ano 2010.

Causas - Capítulo CID-10	Microrregião de Saúde		Mato Grosso	
	Nº	%	Nº	%
Doenças do aparelho circulatório	96	23,13	4.020	26,82
Causas externas de morbidade e mortalidade	89	21,44	2.861	19,09
Neoplasias (tumores)	59	14,22	2.011	13,43
Doenças do aparelho respiratório	36	8,67	1.446	9,65
Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	26	6,26	955	6,37
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	19	4,58	824	5,49
Doenças do aparelho digestivo	21	5,06	733	4,89
Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	21	5,06	621	4,15
Algumas afec originadas no período perinatal	9	2,17	385	2,57
Outras causas	39	9,41	1.130	7,54
Total.	415	100	14.986	100

Fonte: MS/SVS/DASIS – Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM.

4.2.1. O Processo de Regionalização da Saúde no Vale do Peixoto

A malária foi o aspecto isolado que mais impulsionou a organização da área de saúde e a geração de empregos nos serviços locais (BARBIERI, 2007), período em que a Superintendência de Campanhas (SUCAM), atualmente Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), atuou no diagnóstico, tratamento e em obras de saneamento ambiental e combate ao vetor, sendo instalada a primeira instituição pública deste serviço, em 1983, no município de Guarantã do Norte. Em 1984, no mesmo município foi implantado o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) que passou a organizar outras ações de saúde como as campanhas de vacinação (GUARANTÃ DO NORTE, 2008; LEMOS E CHAGAS, 2012). As internações hospitalares na rede pública da microrregião eram realizadas na Unidade Mista de Terra Nova do Norte, inaugurada em 1983, inicialmente como SESP, e em 1991 a unidade passou a pertencer à FUNASA, e foi municipalizada em dezembro de 1998 pelo convênio 2325 (BORGES, 2009). Outra forma de enfrentamento da malária foi por meio de iniciativas de instituições de caráter religioso, a exemplo de Guarantã do Norte e Matupá, cidade esta que contava com a Casa da Malária (GUARANTÃ DO NORTE, 2008; ASSUNÇÃO et al., 2012).

Os municípios do Vale do Peixoto pertenciam à regional de saúde norte mato-grossense com município sede em Sinop que agregava todos os municípios do nortão, já que a SES de Mato Grosso contava com nove Polos Regionais de Saúde em 1992 e a instância administrativa da região era Sinop. A partir de 1995, com a política estadual de reorganização dos escritórios e de todo o processo da regionalização foram sendo implementadas estratégias para descentralização da atenção à saúde via regionalização (GONZAGA, 2002).

Em 1998 a CIB Regional do Vale do Peixoto foi desmembrada da CIB Norte Mato-grossense, composta pelos cinco municípios, porém continuava como sede o Polo Regional de Saúde de Sinop. Na mesma reunião houve escolha dos membros titulares e suplentes das duas esferas e no caso da representação estadual composta pelo diretor do Polo e servidores desta unidade. Nesse mesmo ano foi implantada a Câmara de Compensação de AIHs (Autorização de Internações Hospitalares), cujas reuniões aconteciam logo após as reuniões da CIB regional, espaço este que funcionava como mecanismo de controle do fluxo entre os municípios e realocação financeira. (COMISSÃO..., 1998; GUIMARÃES, 2002). As reuniões da CIB Regional de Peixoto aconteciam tanto no Polo em Sinop como ocorreram nos municípios da microrregião com presença da direção e técnicos do estado, com discussão de assuntos como orientações de legislações sobre campanhas, população dos municípios e outros.

Em fevereiro de 1999, foi aprovado o estatuto e regimento interno do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Vale do Peixoto, constituído pelos cinco municípios com sede em Peixoto de Azevedo. Houve eleição para composição do Conselho Diretor, sendo membros os prefeitos e para o Conselho Intermunicipal de Saúde, posteriormente passou denominar Conselho Técnico, composto pelos secretários municipais de saúde e solicitação para que cada município viabilizasse eleição nos conselhos municipais de saúde de representantes para compor o Conselho Fiscal (CONSÓRCIO..., 1999a). Em outubro do mesmo ano houve mudança da sede para Terra Nova do Norte, com o serviço de ortopedia, e foram definidos recursos financeiros a serem aportados pelos municípios e o estado, com repasse mensal ao consórcio (CONSÓRCIO..., 1999b) Após esse período não há registro do funcionamento do consórcio, entretanto permaneceu configurada a legalidade jurídica das instâncias municipais, com a criação das Leis municipais destinando o aporte financeiro ao consórcio, bem como as normativas de criação e

legalização do mesmo. Como não foi objeto deste estudo não foi possível verificar o ocorrido no período compreendendo 2000 a 2003.

Em 2004, são retomados os registros em ata das atividades do consórcio com participação de representantes da SES de Mato Grosso, buscando consolidá-lo na microrregião, tendo como resultado a adesão dos cinco municípios (CONSÓRCIO..., 2004a; 2004b). Em 2005 o município de Guarantã do Norte deixa de participar do consórcio, retornando somente em 2009. Após 2005 o presidente do consórcio contratou mais profissionais médicos, um secretário executivo, um contador e adquiriu equipamentos para sua estruturação, assim como passou a contar em suas reuniões com a presença de representante da secretaria de estado, por meio do diretor do escritório regional de saúde, e a realizar reuniões em Cuiabá para viabilizar a aquisição de equipamentos, aumento de repasses financeiros e outros assuntos, com o Secretário de Estado de Saúde (CONSÓRCIO ..., 2005; 2008).

Atualmente o consórcio conta com especialidades médicas de média complexidade, sendo: cardiologia, neurologia, ortopedia/traumatologia, anestesiologia, pediatria e cirurgia geral, e exames de Eletrocardiograma, eletroencefalograma e Raios-X, cujos atendimentos são distribuídos nos hospitais públicos municipais de Peixoto de Azevedo, Matupá, Guarantã do Norte e Terra Nova do Norte, com programações definidas, considerando per capita populacional. Oferecem também serviços complementares de Casa de Apoio na capital do Estado a pacientes e familiares, e coleta, transporte e tratamento de resíduos de saúde com capacidade de 26.760 quilos por ano com coleta programada nos municípios. Nas especialidades o consórcio possui programação anual de 12.840 consultas médicas, 4.668 exames, 480 cirurgias geral, 1.260 procedimentos de anestesiologia e 100 atendimentos semanais na casa de apoio (CONSÓRCIO ..., 2012).

Os consórcios fazem parte da política estadual de descentralização iniciada em 1995 como relatada por diferentes autores (GUIMARÃES, 2002; KEINERT et al, 2006; BOTTI, 2010) permitindo a discussão da saúde em âmbito coletivo regional, envolvendo na mesa de negociação tanto os secretários como os prefeitos das regiões na condução da política de saúde. No caso do Vale do Peixoto foi um importante mecanismo que consolidou a criação da microrregião de saúde e o fortalecimento dos serviços locais de saúde.

Em 2000 através da Portaria nº128 foi criado o Polo Regional de Saúde de Peixoto de Azevedo com abrangência de sete municípios, Colider, Guarantã do

Norte, Matupá, Novo Mundo, Nova Guarita, Peixoto de Azevedo e Terra Nova do Norte (MATO GROSSO, 2012b). Esta unidade administrativa regional, em 2001, passou a ser denominada de Escritório Regional de Saúde (MATO GROSSO, 2001c), sendo gradativamente implementadas sua estrutura física e a força de trabalho (PEDROSA, 2006).

Ainda no primeiro semestre de 2000, foi autorizada a implantação e operacionalização da Central de Atendimento e Regulação de várias regionais do estado de Mato Grosso e dentre essas a do Vale do Peixoto (MATO GROSSO, 2000a). Atualmente a central de regulação está localizada e funcionando no Escritório Regional de Peixoto de Azevedo.

Em 2001, foram instituídas treze (13) microrregiões de saúde dentre estas a do Vale do Peixoto, as quais foram definidas como espaço territorial, geograficamente delimitado, com um conjunto de municípios e com um Escritório Regional de Saúde com requisitos previamente estabelecidos e caracterização dos módulos assistenciais da saúde (MATO GROSSO, 2001b).

No processo de realização da Programação Pactuada Integrada em 2005 foi criada a microrregião Norte Mato-grossense e o Escritório Regional de Saúde de Colider, os municípios de Colider e Nova Guarita passaram a compor a nova unidade (MATO GROSSO, 2005a).

5. A PACTUAÇÃO POLÍTICA, O PLANEJAMENTO REGIONAL E A REGULAÇÃO DO ACESSO NA MICRORREGIÃO DO PEIXOTO.

A apresentação e análise dos resultados encontrados sobre a gestão regional serão desenvolvidas em subcapítulos relativos aos objetivos específicos da dissertação, tendo como referência os conceitos propostos no marco teórico e normativo, tal como explicitado no modelo teórico lógico.

Antes de mais nada, é importante caracterizar o perfil dos entrevistados, cinco representantes municipais e quatro representantes estaduais. Do total, seis são do sexo feminino e a faixa-etária com maior predominância encontra-se entre 35 e 50 anos. Em relação à escolaridade dos nove (9) entrevistados, sete (7) possuem nível superior e apenas dois (2) dos cinco gestores municipais não têm nível superior. Em relação à pós-graduação 66% dos entrevistados são pós-graduados na área de saúde coletiva ou gestão o que assinala a boa qualificação dos membros do colegiado.

Quadro 3: Perfil dos Informantes Chave

Categoria	Subcategorias	Nº
Ator	Representante municipal	5
	Representante estadual	4
	Total	9
Idade	35 – 50	6
	51 – 65	3
Sexo	Masculino	3
	Feminino	6
Escolaridade	Ensino Fundamental	1
	Ensino Médio	1
	Ensino Superior	7
Pós-graduação	Saúde Coletiva ou Gestão	6
	Outras áreas	1

Fonte: Estudo sobre a Implantação da Gestão Regional da Saúde no Vale do Peixoto/MT, 2009-2010

Em relação ao tempo de residência nos municípios da regional observou-se que três entrevistados ali residem há trinta anos ou mais e três há menos de dez anos. Destes, três, dois já haviam morado no município informado e retornaram. Somados, os dois períodos ultrapassam os dez anos. Dois entrevistados residem

entre 15 a vinte anos. Essa característica dos entrevistados pode ter facilitado o sentimento de participação e o pertencimento à região.

Relativo ao tempo de ocupação no cargo, observou-se que dois têm menos de um (1) ano; cinco têm mais de um (1) ano e menos de cinco, com três anos um e mais de sete anos apenas um entrevistado. Observa-se aqui que a maioria dos entrevistados possui mais de um ano no cargo. Deve considerar que o tempo no cargo implica participação automática no colegiado, com exceção dos técnicos indicados pela direção da unidade administrativa regional.

Referente a já ter exercido alguma função em órgãos colegiados de representação oito entrevistados informaram que já haviam sido membros de conselhos, sendo que destes seis em conselho municipal de saúde. Esta informação demonstra experiência dos entrevistados em órgãos de representação, anterior à atuação no CGR.

O perfil dos entrevistados sugere habilidades, conhecimento e competências para a gestão regionalizada.

5.1 ORGANIZAÇÃO, INSTITUCIONALIZAÇÃO E DELIBERAÇÃO NA MICRORREGIÃO DE SAÚDE.

A CIB Regional do Vale do Peixoto foi habilitada para funcionamento de acordo com o Pacto pela Saúde 2006, através da Resolução CIB nº 062 de onze de outubro de 2006 (MATO GROSSO, 2006b), passando a ser Colegiado de Gestão Regional do Vale do Peixoto, assegurando em tal composição a participação de todos os gestores municipais da região e representantes da unidade regional.

O Regimento Interno do CGR Vale do Peixoto foi aprovado em Resolução do colegiado nº001 de doze de dezembro de dois mil e oito (COLEGIADO..., 2008), contemplando o conteúdo a finalidade, as competências, a organização e funcionamento do colegiado e, em parte, os critérios de tomada de decisão e encaminhamento das decisões: as decisões deverão ser tomadas por consenso, sejam proposições ou resoluções, estas referentes às decisões tomadas e aquelas referentes aos encaminhamentos.

Verificou-se que na Resolução o colegiado é designado como CGR da microrregião do Vale do Peixoto, porém no decorrer do regimento interno é denominado de CGR de Peixoto de Azevedo, aspecto que poderá estar relacionado

com o nome da unidade administrativa regional que é Escritório Regional de Saúde de Peixoto de Azevedo.

O plenário do Colegiado de Gestão Regional é composto por dez (10) membros titulares, sendo cinco representantes estaduais, contemplando de acordo com o regimento interno as áreas técnicas, quais sejam os Gerentes da Atenção Integral à Saúde e da Vigilância em Saúde e técnicos das respectivas áreas e ainda o Coordenador do CGR que é membro nato ao assumir a direção do Escritório Regional de Saúde, e na representação municipal os gestores municipais de saúde, todos com suplentes indicados, totalizando vinte (20) membros.

O colegiado não possui Câmaras Técnicas constituídas, somente previstas no regimento, e possui uma secretaria executiva, cujo cargo é devidamente preenchido mediante resolução do colegiado. Em relação à infraestrutura do colegiado uma informante chave afirmou que a estrutura física do colegiado é adequada, com excessão da sala da secretaria executiva. Assegura ainda que os equipamentos são suficientes e a força de trabalho adequada: “[...] eu acho que sim tanto a parte dos técnicos e os gestores, e da secretaria [...]” (E4). A secretaria executiva conta com um servidor e apoio dos técnicos da unidade regional. Semelhante ao achado de Nolasco-Lopes (2010), o colegiado dispõe de espaço suficiente para funcionamento das reuniões do plenário.

No período estudado foram realizadas trinta e uma reuniões, vinte duas ordinárias e nove extraordinárias, sendo que destas, oito foram em 2010. O Colegiado conta com calendário anual das reuniões previamente aprovado em reuniões ordinárias do ano anterior, atendendo ao exposto no regimento interno. O calendário do CGR é encaminhado à Comissão Intergestora Bipartite (CIB) que programa o calendário de suas reuniões antes dos colegiados regionais, objetivando garantir a participação das representações regionais.

Há registro de verificação inicial do quórum e no quadro abaixo se destaca que na representação estadual três membros não tiveram 100% de presença e um teve a menor participação dentre todos os membros do colegiado, com 87%. Na representação municipal, somente um representante não obteve 100% de frequência. Em relação à participação dos membros titulares observa-se que os representantes estaduais tiveram maior frequência que os representantes municipais, conforme quadro 4 abaixo. Verifica-se ainda que o índice de participação é bastante elevado, tanto dos municípios como do estado, dos

municípios apenas um não teve 100% de frequência. Tanto os representantes titulares dos municípios como do estado participaram de mais de dois terços das reuniões. Este resultado mostra significativa adesão à proposta do colegiado regional. Conforme Nolasco-Lopes esta adesão apresenta-se como favorável para viabilizar cooperação intergestores e como potencialidade ao fortalecimento da regionalização.

Quadro 4: Frequência da Participação dos Membros nas Reuniões do CGR

Representante	Nº reuniões	%	Titulares	%
Estado 1	31	100	31	100
Estado 2	30	96,7	25	80,6
Estado 2 ^a	27	87,1	26	83,9
Estado 3 ^a	31	100	29	93,5
Estado 3	29	93,5	29	93,5
Município 1	31	100	29	93,5
Município 2	31	100	28	90,3
Município 3	29	93,5	20	64,5
Município 4	31	100	25	80,6
Município 5	31	100	19	61,3

Fonte: Estudo sobre a Implantação da Gestão Regional da Saúde no Vale do Peixoto/MT, 2009-2010.

À semelhança dos achados de Nolasco-Lopes (2010), no critério referente à institucionalização do colegiado, o CGR Vale do Peixoto elaborou seu regimento; atua em articulação com as reuniões da CIB; mantém uma agenda regular de reuniões e tem participação sistemática da representação estadual e dos gestores municipais. Entretanto os resultados diferem dos encontrados por Nolasco-Lopes quanto ao apoio das câmaras técnicas.

No aspecto concernente à formalização das decisões verificou-se que no período ocorreram cento e trinta e cinco decisões (135), das quais oitenta e duas (60,8%) correspondem a decisões apenas registradas em ata, seguida de quarenta e uma (30,4%) proposições e apenas doze (8,8%) resoluções, redigidas com esta finalidade (quadro 5). As proposições e as resoluções são remetidas à Comissão Intergestora Bipartite, a primeira com a finalidade de homologação por essa instância e a segunda para conhecimento. O regimento interno não se refere à publicização e a formalização das decisões apenas registradas em ata.

No quadro 5 constata-se ainda que, em relação à origem das demandas para deliberação, a maioria adveio de fora da região, das esferas federal, sessenta (60), e estadual, trinta e sete (37), sendo de origem regional trinta e oito (38)

O fato de 70% das decisões serem originadas por demandas das esferas federal e estadual, é confirmado pelos entrevistados que também relatam as dificuldades desta forma de condução:

[...] às vezes essas decisões já vêm do ministério [...] de acordo com aquela portaria né tanto do estado como do governo federal, mais do governo federal “[...] às vezes sai uma portaria que tem que ser cumprida a gente tem que ficar correndo dentro daquele prazo [...] às vezes não dá tempo nem pra pensar, nos temos que dar conta e pronto [...] às vezes o ministério passa uma informação, uma decisão para o estado [...] para que o estado passe ao município, só que às vezes atrasa o andamento do processo no estado e quando chega, o município tem que em uma semana fazer e decidir no colegiado pra mandar pra CIB dentro daquele prazo é muito desgastante [...], por exemplo, chegou a rede cegonha e logo em seguida a rede de urgência e emergência tem que varar a noite pra dar conta [...] então é coisa assim a gente (silêncio) a gente sente (entonação) que não sai uma coisa perfeita né, você faz tudo correndo de última hora né [...] mas nós temos dado conta (risos) [...] (M4).

Outro entrevistado reafirma “[...] em relação à rede cegonha foi o Ministério da Saúde que implantou [...] nós tivemos que adotar e receber essa notícia de supetão e todos os municípios ficaram [...] vamos fazer ou não vamos fazer, porque tínhamos um prazo [...]” (M2).

Quadro 5: Formato e Quantidade das Decisões de Acordo com a Origem

Formalização	Nº	%	Origem das Demandas		
			Federal	Estadual	Regional
Proposições	41	30,4	32	7	2
Resoluções	12	8,8	4	2	6
Decisões constantes apenas em ata	82	60,8	24	28	30
Total	135	100	60	37	38

Fonte: Estudo sobre a Implantação da Gestão Regional da Saúde no Vale do Peixoto/MT, 2009-2010.

Todas as decisões foram tomadas mediante consenso, conforme estabelecido no regimento. Constatou-se que trinta e oito temas deliberados não foram decididos. Também foram encontrados onze (11) temas apresentados apenas para conhecimento do plenário, dos quais cinco (5) encaminhados posteriormente à CIB.

Quanto ao formato das deliberações, todas por consenso, verificou-se por meio das entrevistas que elas foram precedidas, ou por decisões procedentes de portarias, ou debatidas em reuniões prévias, tanto por parte dos gestores, quanto dos técnicos que antes do CGR se reúnem separadamente e discutem os temas. Há também o consenso alcançado como um acordo possível, como exposto em duas entrevistas “[...] as decisões foram através de consenso [...] é claro às vezes não atingiu bem o que o gestor queria mais acabou tendo consenso (sic) [...]” (E4); “A gente tem as discussões e tem que existir o consenso, a partir do momento que existe o consenso eles são aprovados [...]” (M1). É possível verificar que participantes muitas vezes sentem-se forçados a chegar a um consenso e abrem mão de seu ponto de vista e o consenso é apresentado então como obrigatório, de acordo com o regimento. O regimento define que a decisão seja por consenso, não obriga obter consenso sempre, pois foi possível levantar temas que muitas vezes não foram decididos, voltando para deliberações posteriores.

Em relação às proposições quase metade delas são referentes ao financiamento para estruturação da rede que somadas às destinadas às ações de saúde, perfazem quase 70%. Boa parte destas proposições refere-se aos recursos financeiros dos programas que nem sempre são suficientes para as ações e serviços de saúde locais. A necessidade de mais recursos é patente no país e em Mato Grosso, e em particular na microrregião de saúde como já relatado.

Em relação às resoluções observa-se no mesmo quadro 6 que quase 42% referem-se ao próprio funcionamento do órgão do colegiado. Este resultado indica que o colegiado prioriza as resoluções sobre suas próprias atividades, ou seja, com ênfase nas atividades meio e não nas atividades fins. Além do seu próprio funcionamento, o colegiado decidiu ainda sobre temas relativos à educação permanente e à organização do serviço.

As decisões apenas em ata tratam principalmente das questões do cotidiano, do controle e avaliação, de data de oficinas, distribuição de vagas para capacitações, fluxo de atendimentos e outros afins.

Quadro 6: Tematização por Quantidade e Formalização mais Frequente

Tematização	Proposições		Resoluções		Decisões apenas em ata		Total/tema	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Financiamento para estruturação da rede de serviços municipal	19	46,3	0	0	2	2,5	21	15,5
Financiamento para ações de saúde	10	24,4	1	8,4	9	10,9	20	14,9
Educação permanente	0	0	3	25,0	20	24,4	23	17,1
Operacionalização do CGR	0	0	5	41,6	9	10,9	14	10,4
Planejamento regional (referente aos instrumentos PDR, PDI, PPI)	5	12,2	0	0	5	6,1	10	7,4
Regulação em saúde – acesso	0	0	0	0	9	10,9	9	6,6
Organização/gestão dos serviços	1	2,4	2	16,6	8	9,8	11	8,2
Monitoramento SISPACTO/PAVS – indicadores	1	2,4	0	0	7	8,6	8	5,9
Credenciamento de serviços	3	7,4	0	0	0	0	3	2,2
Outros	2	4,9	1	8,4	13	15,9	16	11,8
Total/Formalização	41	100	12	100	82	100	135	100

Fonte: Estudo sobre a Implantação da Gestão Regional da Saúde no Vale do Peixoto/MT, 2009-2010.

Constatou-se a existência de poucos temas relacionados à vigilância em saúde. Aparecem nas atas informe dos agravos; dos trabalhos em andamento; plano de contingência da dengue; meta vacinação de idosos; decisões referentes à definição de vagas por municípios para capacitações; fluxos da rede sentinela; e Plano de Ação da Vigilância Sanitária (VISA) como ação necessária para recebimento dos recursos da área estratégica da vigilância sanitária classificada no tema do financiamento de ações de saúde.

No caso da Pactuação Anual da Vigilância em Saúde (PAVS), conforme exposto em ata não é necessário pactuação formal, somente compromisso, de acordo com registro em ata do colegiado:

Como foi realizado oficina nos municípios trabalhados item por item dos acordos e compromissos e não se tratar de pactuação, mas de compromissos entre os gestores, não ocorreu apresentação individual [...] da programação [define os anos] deverá ser entregue no Escritório Regional de Saúde [estabeleceu o prazo] devidamente assinado.” (Ata do CGRVP³ de 26.02.2010)

Evidencia-se que a proposta do Pacto de buscar integralidade das ações de saúde, ainda não foi alcançada, pois prevalecem decisões sobre a assistência à saúde. Este resultado também foi verificado por Nolasco-Lopes (2010) no estudo da regionalização no Ceará, ao relatar que a assistência foi o assunto mais contemplado nas pautas para pactuação e ainda que a cogestão regional não desenvolve atividades voltadas à Vigilância em Saúde.

Outro aspecto observado refere-se a inexistência de temas relacionados ao cuidado, ou seja, a assistência à população pelos serviços de saúde, bem como a qualidade da prestação desses serviços e as ações realizadas. Esses achados apontam ainda para uma formalização do colegiado, atendendo as normativas existentes.

No quadro 7 detalham-se as decisões referentes ao planejamento e regulação. Observa-se que não houve nenhuma resolução sobre o planejamento regional, tendo cinco (5) proposições e quatorze (14) decisões apenas registradas em ata referentes às questões do dia a dia da gestão. As proposições referiram-se à Programação Pactuada Integrada no aspecto da reprogramação/remanejamento num total de quatro (80%) formalizações. Estas proposições tratam de recursos financeiros, sobre os quais não há governabilidade do colegiado. As decisões apenas em ata são reuniões de trabalho, oficinas e referentes à regulação do acesso.

³ Ata do CGRVP – refere-se citações de atas do Colegiado de Gestão Regional do Vale do Peixoto, com respectiva data do referido documento.

Quadro 7 - Decisões Referentes aos Temas do Planejamento Regional e à Regulação em Saúde

Tematização (1)	Proposições		Decisões apenas em atas		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Reprogramação/remanejamento PPI	4	80	1	7,4	5	26,3
Reuniões de trabalho e oficinas	0	0	3	21,3	3	15,9
Fluxo de pacientes - rede de serviço regional	0	0	2	14,2	2	10,5
Programação para atendimentos (não PPI)	0	0	2	14,2	2	10,5
Fluxo regional da regulação do acesso	0	0	2	14,2	2	10,5
Outros	1	20	4	28,7	5	26,3
TOTAL	5	100	14	100	19	100

Fonte: Estudo sobre a Implantação da Gestão Regional da Saúde no Vale do Peixoto/MT, 2009-2010.

(1) não houve deliberação através de resolução

Apesar da atribuição específica do colegiado de promover o processo de planejamento regional, observou-se que este tema limitou-se a questões ligadas ao financiamento para a assistência relativo à PPI e assuntos da rotina local. Além disso, verificou-se que a questão do planejamento municipal, referente aos Planos Municipais, Programação Anual de Saúde e Relatório de Gestão esteve presente na pauta do colegiado a título de informação para envio posterior à CIB, sem deliberação do assunto.

Estudo de Albuquerque et al. (2011) evidencia que, apesar da diversidade dos instrumentos de planejamento regional da saúde utilizados nos estados brasileiros, predomina a Programação Pactuada Integrada, revelando a ênfase na questão do financiamento e a fragilidade da regulação.

Outro aspecto observado na pauta das reuniões ordinárias foi o repasse aos membros do colegiado pelo representante do Conselho das Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS) dos assuntos deliberados e decididos na Comissão Intergestora Bipartite (CIB).

Ainda em relação às deliberações e decisões do colegiado, as principais decisões assinaladas pelos entrevistados estão relacionadas à implantação de serviços, num total de treze (13) citações, como Unidade de Pronto Atendimento (UPA), Serviço de Assistência Especializado (SAE) Serviço Móvel de Urgência (SAMU); Laboratório de Água; Rede Cegonha e referência aos projetos de infraestrutura da rede de serviços municipais. Referente ao processo de

planejamento, seis temas foram citados, incluindo a Programação Pactuada Integrada (PPI), diagnóstico regional para atualização Plano Diretor de Regionalização (PDR) e Plano Diretor de Investimento (PDI); relatórios de gestão e planos municipais de saúde e lembrado por dois (2) entrevistados temas da educação permanente. Além disso, foram citados outros assuntos relacionados a dificuldades de execução de serviço como atendimentos no hospital regional de referência, farmácia de alto custo e regulação (Apêndice 6).

É interessante observar que as deliberações referentes ao processo de planejamento, apesar de serem citadas pelos entrevistados como decisões importantes, não se transformaram em resoluções, mas sim em decisões apenas registradas em ata.

Evidencia-se aqui que tanto nas entrevistas como na análise documental predominam as questões da estruturação do serviço, e do financiamento no formato de proposições.

Temas sem Decisão e Recorrentes.

Na análise das atas constatou-se outra característica referente às deliberações, um número significativo de assuntos onde não se chegou a um consenso, relacionaram-se esses temas sem decisão, que totalizaram trinta e oito (38), conforme apêndice 5. Foram classificadas como se seguem: seis (6) relacionadas a situações de conflito; nove (9) a inadequações em relação às normas; oito (8) à falta de governabilidade; sete (7) por falta de informação e necessidades de proceder a novas consultas; seis (6) por não apresentar registro em ata da decisão. Além dessas duas foram classificadas como outros: uma devido à não existência de ampliação na rede do serviço de Centro de Referência de Saúde do Trabalhador (CEREST) para Mato Grosso por parte do Ministério da Saúde e outra pela não aceitação da unidade, à qual o servidor FUNASA solicitou transferência.

Os temas sem decisão foram abordados por dois entrevistados. O primeiro relatou o fluxo das deliberações, debatidos pelos representantes antes da reunião do colegiado e os assuntos que não são decididos por inadequações em relação às normas:

[...] sempre por consenso mesmo que em muitas situações um ou outro não estava assim concordando, tanto que esse projeto de urgência emergência (referindo-se à UPA) ele foi e voltou muitas vezes. Ele vinha para a pauta de reunião não era decidido, voltava, teve algumas vezes, teve algumas vezes não (entonação), ele teve que subir pra CIB, não teve consenso aqui não teve consenso em CIB, assim infelizmente assim [...] saiu a portaria ministerial e mesmo assim os gestores não estavam entrando em entendimento então que quando eles realmente sentaram [...] para discutir [...] os gestores da nossa regional eles conversam muito entre si, eles tem uma reunião antes do CGR que eles chamam [...] colegiado de gestão municipal e assim eles vem assim com tudo assim muito discutido [...] os técnicos do escritório também participam [...] tem o pré CGR onde os técnicos sentam e discutem a pauta que vai ser homologada ou não [...] se tem alguma coisa [...] que não esteja de acordo com portaria, com as normas é retirado de pauta e trago num próximo momento. (E1.).

O segundo entrevistado ressaltou o peso das normas na resolução dos conflitos:

[...] pra gente que é do estado deve estar calçado no que diz respeito à legislação porque o nosso papel é de extrema importância na perspectiva que a gente tem que defender aquilo que o estado traz como prerrogativa e também por morar por viver na região a gente [...] tem que pactuar com os municípios né determinadas situações [...] enquanto servidor do estado defende a política estadual, mais por ser morador e por fazer parte do serviço em âmbito municipal a gente em determinados momentos se vê em situações bastante difíceis, [...] penso assim que nós enquanto representante do estado a gente tem que ter um amadurecimento muito grande com relação a isso [...] deixar por exemplo vaidades pessoais e partir para política de saúde que tem como benefício a população em geral. (E2).

Entre as situações de conflito que geraram temas sem decisão destaca-se o caso do Laboratório Municipal de referência regional:

[...] verificação junto às atas e documentos do CGR e a pactuação transferindo os procedimentos as sorologias para o Laboratório Municipal (nome do município) desde maio de 2009, solicitando então que se busque solução e efetivação deste serviço. (Ata CGRVP, 28.04.2010, p.1)

e outro exemplo

[...] por consenso da reunião ocorrida no período da manhã (referindo à reunião do pré-colegiado dos gestores municipais de saúde) enquanto não definir uma resolutividade do laboratório de Sorologia [...] não se aprovará o SAE, caso o laboratório não venha cumprir o que foi acordado [...] o SAE será repassado para outro município que manifestar interesse. (Ata CGRVP, 21.10.2010, p.2)

Quando se analisa o quadro dos temas sem decisão evidencia-se que um número deles enquandra-se em situações de conflito por inadequações em relação às normas e podem ser compreendidos pelo conceito de não decisão (*non decision*

making), criado por Bachrach e Baratz e utilizada por diversos autores (BARACHBACH&BARATZ, 1963 apud KAMUZORA, 2006; CHILTON, 2005). Esses autores definem os mecanismos da não decisão tomada, sendo uma relacionada à inadequação às normas e denominada de apelo ao viés do sistema, na qual uma demanda poderá ser deletada alegando que viola uma regra estabelecida, mantendo assim o *status quo*.

Outro aspecto a ser ressaltado refere-se ao papel dos técnicos, poder dos técnicos que sentam e discutem previamente a pauta. Esse mecanismo é válido para facilitar e buscar assegurar legalidade ao processo de deliberação, mas revela o poder dos técnicos na definição da agenda, ou seja, o que entra ou não entra na pauta, tendo um poder muito grande nesse processo de condução. Os secretários também realizam uma reunião prévia no sentido de buscar acordos possíveis. Com esses mecanismos é que se consegue chegar ao consenso.

O consenso é obtido por meio de mecanismos pactuados previamente por representação e posteriormente com todos, sendo que nos documentos analisados esses mecanismos são silenciosos, porém aparecem nas entrevistas, onde são discutidos os acordos possíveis e deixados de fora os conflitantes. Ressalta-se que mesmo assim muitos temas não foram decididos.

Como visto no protocolo para definição de termos e critérios para análise documental chamou-se de temas recorrentes aqueles que apareceram em mais de duas reuniões, com a mesma finalidade (apêndice 5). Entre eles podemos citar: Laboratório de Referência da microrregional para realização das sorologias; Fluxos de atendimentos do Hospital Regional de Referência; Serviço ineficiente da regulação de urgência/emergência da central de regulação regional; Oficina regional para monitoramento de indicadores do SISPACTO; Solicitação de PPI interestadual Mato Grosso com Sul do Pará; Propostas de implantação/implementação dos complexos reguladores e Implantação do Serviço de Assistência Especializada/Centro de Testagem e Aconselhamento.

Os temas recorrentes podem ser divididos como aqueles que geram situações conflitivas ou aqueles outros em que não há governabilidade do colegiado. No quadro a seguir observa-se a correlação entre os temas recorrentes e as situações de conflitos:

Quadro 8: Relação entre os Temas de Conflitos e Temas Recorrentes

Temas de Conflitos	Temas Recorrentes
Sorologias programadas para realização no Laboratório de referência da microrregião de saúde e o município não garantiu realização regular e eficiente dos exames	Laboratório de referência da microrregião para realização das sorologias.
Procedimentos disponibilizados pelo Hospital Regional de Referência sem atender a PPI.	Fluxos de atendimentos do Hospital Regional de Referência
Problemas relativos à regulação regional e de exames junto a central do Hospital Regional de Referência	Serviço ineficiente da regulação de urgência/emergência da central de regulação regional
Carga horária do profissional médico da Estratégia de Saúde da Família (ESF)	
Definição do município para receber os recursos financeiros da Compensação das Especificidades Regionais (CER)	

Fonte: Estudo sobre a Implantação da Gestão Regional da Saúde no Vale do Peixoto/MT, 2009-2010.

Verificou-se nas entrevistas que os temas que causaram conflitos foram logo lembrados pelos entrevistados, enquanto aqueles referentes à cooperação ocasionaram momentos de silêncio ou solicitação de maiores esclarecimentos. Em relação ao conflito, a pergunta feita aos entrevistados solicitava a citação de três temas e seis entrevistados referiram-se a quatro ou mais temas; dois assinalaram três temas e apenas um entrevistado lembrou-se apenas de um assunto. Dos temas conflituos um foi remetido à CIB, relatado em duas entrevistas referindo à implantação da Unidade de Pronto Atendimento que não teve consenso no colegiado e foi para CIB, onde também não houve consenso e o Ministério da Saúde definiu o município com a publicação da Portaria. Porém ressaltam que após isso houve diálogo entre os gestores.

Referente à cooperação a pergunta também solicitava a citação de três temas e um entrevistado não respondeu, três relataram dois assuntos, três recordaram apenas do quantitativo indagado e dois assinalaram quatro temas.

Nesta pergunta alguns entrevistados tiveram o entendimento de cooperação como colaboração existente entre os gestores municipais no andamento de seus trabalhos, principalmente o acolhimento e orientação aos novos gestores e entre o escritório regional, por meio de seus técnicos (Apêndice 7).

Aqui é típica a situação de negociação cooperativa, pois em vários temas deliberados houve interesses distintos dos membros, porém as partes estavam predispostas a fazer concessões o que possibilitou ganhos aos participantes, como relatado em entrevistas.

[...] quase todo documento passa pelo CGR [...] se discute, tem que ser assim porque é pra discutir os problemas regionais [...] não pode estar discutindo somente a parte de cada município, mas a parte da região [...] tem problema né porque termina um município puxando um pouquinho pra seu lado, mais eu acho que lá a gente tem que ver a região e cada um ter essa facilidade de discernimento né de abrir mão [...] em benefício da região. (M4)

Em resumo, pode-se observar que o Colegiado de Gestão Regional tem seu funcionamento regulado por regimento interno, com reuniões regulares definidas em calendário anual, considerando também o calendário da CIB, para garantir a participação do representante regional do COSEMS. A frequência dos participantes nas reuniões do colegiado é elevada. Os atores são experientes com atuação em órgãos colegiados de representação e dois terços têm curso superior. As deliberações foram por consenso, de acordo com exigência regimental. As decisões adotaram formato de proposições, resoluções e decisões registradas apenas em ata, sendo que esta última modalidade representou 60% do total, referindo-se a questões do cotidiano da microrregião. Os assuntos decididos foram classificados por temas, verificando que relativamente às proposições quase metade delas referiram-se ao financiamento para a estruturação da rede e ações de saúde. Em relação às resoluções, a maioria foi sobre o funcionamento do órgão colegiado. As decisões registradas apenas em atas referiram-se às questões do cotidiano. Observou-se que 70% dos temas decididos originaram-se em demandas da esfera federal e estadual, com predominância da federal, fato assinalado em entrevistas, explicitando alguns dos problemas desta forma de condução. Os temas deliberados foram em sua maioria referentes à assistência à saúde, com pouca discussão dos temas relacionados à vigilância. Verificou-se ainda a inexistência de temas relacionados ao cuidado, ou seja a assistência finalística às pessoas que utilizam os serviços de saúde. Este quadro, da origem das demandas e do teor e formato das decisões, indica a pouca governabilidade do colegiado. Observou-se a importância dos técnicos na definição da agenda do CGR. Em relação aos conflitos e à cooperação, verificou-se a existência de temas conflitivos nem sempre resolvidos,

mas somente um foi remetido à CIB e pôde-se verificar que as negociações foram em sua maioria cooperativas, na medida em que todos estavam predispostos a fazer concessões. Verificou-se ainda a existência de temas sem decisão refletindo assuntos não decididos devido a conflitos, inadequação em relação às normas, falta de governabilidade ou por falta de informação e por não apresentar registro em ata da decisão. Também foram levantados temas recorrentes dos quais quatro também foram classificados como situação de conflito. Pode-se afirmar que o colegiado (CGR) desenvolveu práticas comunicativas e procedimentais que favorecem a deliberação, o manejo de conflitos e a obtenção de consenso.

5.2. O PROCESSO DE PLANEJAMENTO REGIONAL.

A realização do planejamento regional esteve vinculada ao direcionamento do nível central da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso (SES/MT) para essa área. Nos dados coletados identificou-se que após a adesão ao Pacto em Saúde não houve elaboração do Plano Diretor de Regionalização (PDR) e do Plano Diretor de Investimento (PDI), somente foi realizada a Programação Pactuada Integrada (PPI) em 2009/2010. As discussões do planejamento no espaço microrregional foram verificadas em ata do colegiado, onde constam somente a título de informe. Segundo registro (Ata CGRVP, 21.05.2009, p.2) a unidade regional enviou via correio eletrônico o PDR já construído e atualizado em 2008 para revisão e atualização por parte dos municípios, devendo retornar ao escritório regional para consolidação das informações e encaminhamento ao nível central. Outro tema registrado foi sobre Portaria Estadual de 2010 que constituiu grupo de condução para atualização do Plano Diretor de Regionalização e Investimento (PDRI) e a necessidade de formar uma comissão regional para condução do processo, comissão esta que não foi identificada na análise documental (Ata CGRVP, 21.10.2010, p.1). As decisões referentes ao planejamento regional apresentadas no Quadro 6 trataram especificamente da PPI. Portanto, o Plano Diretor de Regionalização e o plano de investimento em vigência da microrregião é o que está contemplado no plano estadual. O colegiado de Gestão Regional não elaborou nem Plano de regionalização e nem o plano de investimento, somente aspectos da Programação Pactuada Integrada. Os planos de regionalização e investimento foram

elaborados no âmbito central da SES/MT e detalham alguns aspectos da microrregião de saúde.

O PDR atual da SES de Mato Grosso foi atualizado em 2005 considerando o plano de regionalização 2001, reformulando o capítulo da organização territorial estadual em microrregiões de saúde e módulos assistenciais e a sua abrangência populacional, visando subsidiar a elaboração da PPI no mesmo ano. Para a atualização do plano de regionalização a secretaria estadual realizou cinco fóruns em Cuiabá, com a vinda de técnicos dos Escritórios Regionais de Saúde, dos secretários executivos dos consórcios intermunicipais de saúde, dos gestores e técnicos das secretarias municipais de saúde, dos diretores dos hospitais regionais e a participação dos técnicos da superintendência de Atenção Integral à Saúde e do Ministério da Saúde (MATO GROSSO, 2005b).

O PDR estadual 2001 foi elaborado conjuntamente com a PPI, sendo um processo que teve início em 1998 com elaboração de instrumento e metodologia específica para condução do planejamento, que foi realizado por meio de fóruns de pactuação nas microrregiões de saúde e na capital do estado, envolvendo técnicos e gestores dos municípios, e técnicos das unidades administrativas regionais e estadual com objetivo de realizar o diagnóstico e o desenho das principais prioridades e metas de cada microrregião e os principais problemas de cada município (SCHRADER, 2002).

A equipe atual que trabalha na elaboração do PDRI foi composta formalmente, porém não há nenhum registro de que tenha realizado ou concluído o trabalho conforme exposto por entrevistado “[...] a gente não viu o fruto deste trabalho.” (E2).

Plano Diretor de Regionalização

O Plano Diretor de Regionalização 2005 do estado de Mato Grosso foi aprovado por meio da Resolução CIB nº055 de setembro de 2005, nos capítulos que trata da descrição e organização do território Estadual em microrregiões de saúde e módulo assistenciais (MATO GROSSO, 2005b). Foram feitas resoluções específicas dos PDR para as especialidades em Nefrologia, Cardiologia e Traumato-ortopedia. A elaboração do plano foi realizada envolvendo os diversos atores, porém não foi

possível verificar a constituição da equipe e a metodologia utilizada. O quadro abaixo apresenta o desenho e o conteúdo do plano atual.

Quadro 9: Desenho e Conteúdo do Plano Diretor de Regionalização de 2005 da SES/MT

Identifica e delimita a microrregião	Sim	As regiões e microrregiões do estado e a configuração dos módulos assistenciais.
Redesenha as redes de atenção à saúde da microrregião	Em parte	Descreve a rede de atenção do município sede da microrregião e define o município sede de módulo e os módulos assistenciais e descreve também no serviço de alta complexidade algumas redes de serviços definindo as referências.
Identifica e define os complexos reguladores	Não	

Fonte: Estudo sobre Implantação da Gestão Regional da Saúde no Vale do Peixoto/MT, 2009-2010.

Nenhum dos entrevistados soube informar quando o PDR atual foi aprovado, bem como as suas características. Quatro entrevistados, quando perguntados sobre aprovação do Plano, referiram-se a outro documento, o diagnóstico regional da saúde que foi realizado em 2011 para compor o PDRI estadual. Diagnóstico este feito com a participação dos gestores e técnicos dos municípios e da unidade administrativa regional e aprovada em reunião do CGR (Ata CGRVP, 14.12.2011).

[...] eu participei de uma reunião [...] uma oficina onde todos os municípios apresentou o seu diagnóstico [...] e foi discutido à nível regional chegou-se a um consenso e foi encaminhado para Cuiabá [...] eu não tenho conhecimento de quando foi aprovado ou se foi aprovado (E4).

Não tenho conhecimento [...] o ano passado se não me engano sentamos por três dias pra fazer o diagnóstico da saúde que ele seria direcionado para o PDR [...] e estamos aguardando para a gente atualizar o nosso PDR (M1).

[...] a gente tem um PDR cuja discussão foi feita a mais ou menos um ano [...] (E2).

[...]pelo que eu sei faz muitos anos que fizeram um PDR né [...] eu não tenho conhecimento [...] fizeram diagnóstico o ano passado né que era pra fazer o PDR mais pelo mesmo eu não vi falar mais nada sobre isso (M4).

Quando indagados sobre as características que conheciam do plano, dois entrevistados assim se referiram ao diagnóstico regional 2011

[...] os cinco municípios discutiram indicadores de saúde a questão da saúde [...] a gente fez esse consolidado e encaminhou para Cuiabá (E4).

Outro

[...] a gente trabalhou com um desenho [...] de todos os serviços que a gente tem ofertado aqui a nível municipal, depois foi feito todo o desenho a nível regional [...] As carências que a gente tem e aí um tema que a gente discutiu muito foi em relação aos vazios assistenciais [...] que a gente tem aqui na região e precisam ser preenchidos [...] que olhando pro restante de nosso estado [...] num primeiro momento não vê como resolver essa situação [...] (E2).

Um disse não se recordar apesar de ter lido “[...] li alguma coisa sobre PDR mais eu não recorde dos assuntos propostos.” (M3). Um relatou que o importante era existir o PDR e PDI e fossem cumpridos como base para todas as definições do planejamento

Não lembro mais na verdade o que a gente percebe e que mesmo tendo o PDR o que prevalece é uma decisão política do que uma decisão técnica né [...] interessante que a gente tivesse o PDR e o PDI e ele fosse respeitado [...] (M1).

Finalmente um quinto falou sobre as características do PDR anterior

[...] o PDR programou a criação das regionais [...] o ponto máximo que era a descentralização né das ações né pra passar pra nível regional através dos escritórios que eram polos né [...] já previa que tinha que ter o plano de investimento e os recursos [...] falava também como seria a previsão da distribuição dos recursos [...] (M4).

Plano Diretor de Investimento

O Plano Diretor de Investimento atual é de 2005. Todavia na análise documental não há registro escrito de sua aprovação, apesar de o mesmo estar disponível online no site do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012a).

Quadro 10: Desenho e Conteúdo do Plano Diretor de Investimento de 2005 da SES/MT

Coerência PDI – PDR	Em parte	Houve planejamento de investimento considerando os municípios sede de módulos, os módulos assistenciais e os municípios adscritos.
Coerência recursos previstos PDI e deliberados CGR	Em parte	Relativo à rede de atenção dois serviços que são apresentadas no PDI a serem implantados no município sede da microrregião foram discutidos nas atas e também nas entrevistas apresentados como deliberações do CGR, sendo o Laboratório local referência para diagnóstico da infecção pelo HIV e a implantação do Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) e alguns investimentos referentes a equipamentos.

Fonte: Estudo sobre a Implantação da Gestão Regional da Saúde no Vale do Peixoto/MT, 2009-2010

Em relação ao conhecimento do plano de investimento nenhum dos entrevistados afirmou conhecer ou saber da data de sua aprovação. Apesar disso, um dos entrevistados afirma que o Ministério da Saúde vem atendendo às reivindicações dos municípios:

[...] a gente tem conhecimento do que precisa ter de investimento na nossa [...] microrregião que agora já é chamada de região de saúde, então hoje a [...] gente percebe que muitas solicitações, reivindicações que os municípios fizeram junto ao ministério vem nesses dois últimos anos, vem sendo atendidos né, [...] talvez não do jeito que a gente esperava mais ele vem sendo feito sim (E2).

Já outro entrevistado tem opinião mais crítica em relação à política de investimento do Sistema Único de Saúde:

[...] falar a verdade eu nunca vi esse PDI, já vi falar desse PDI, lembro uma vez que estava no COSEMS até pedimos, falavam que tinha (entonação) mais estava em fase de alteração [...] a gente nunca viu na realidade este PDI [...] assim hoje o investimento da saúde e feito de cima pra baixo na realidade o que o governo federal tem pra oferecer e esse o investimento que a gente faz. Então não tem o plano de investimento é o que tem dinheiro lá [...] acho que nem o governo federal tem o PDI (silêncio), os gastos dos investimentos são pontuais né de acordo com o que aparece o dinheiro você monta o seu projeto né, não tem uma linha pra você seguir (M4).

Programação Pactuada Integrada da Assistência à Saúde

A PPI que está em vigência foi aprovada em 2010 (MATO GROSSO, 2010c). Tendo iniciado o processo de elaboração em 2009.

Quadro 11: Desenho e Conteúdo da Programação Pactuada Integrada (PPI) de 2010 da SES/MT

Elaboração	Dados epidemiológicos	Sim. Foi disponibilizada proposta de parametrização estadual das áreas estratégicas para análise municipal e se necessário propôs mudança, considerando, entretanto a Agenda de prioridade do estado referente às áreas prioritárias. Esta parametrização favoreceu a definição de parâmetros pautados em critérios populacionais e epidemiológicos.
	Rede de Serviços Capacidade de Profissionais	Houve momento do planejamento direcionado para levantamento da capacidade instalada referente rede de serviços e profissionais
Atualização	Revisões periódicas/frequência	As revisões são realizadas trimestralmente de acordo com a necessidade do município.
	Motivos das revisões Deliberação	Não é informado o motivo das revisões Todas as atualizações são deliberadas no colegiado e encaminhadas em forma de proposição para a CIB
Execução	Mecanismo de controle e avaliação	Não existe ferramenta para o controle e avaliação. Verificou-se que alguns municípios enviam ao Escritório Regional de Saúde de Peixoto de Azevedo relatório contendo os atendimentos mensais realizados entre os municípios da regional, demais municípios e o estado do Pará, porém não há um acompanhamento e análise dos dados.

Fonte: Estudo sobre a Implantação da Gestão Regional da Saúde no Vale do Peixoto/MT, 2009-2010

A elaboração foi construída inicialmente com a parametrização envolvendo técnicos do nível central da SES e representantes do COSEMS. O processo da elaboração e a programação foram realizados por meio de Oficina de trabalho envolvendo os escritórios regionais de saúde; gestores municipais e técnicos das

secretarias municipais de saúde, deslocando-se até a capital do estado, Cuiabá (MATO GROSSO, 2009c).

Um entrevistado relatou sobre a não participação dos representantes dos serviços e dos municípios de referência macrorregional e estadual no processo de programação e pactuação e ainda critica sobre a rigidez das normas e dos tetos e a não adequação da programação às necessidades da microrregião, aspecto este assinalado também por outro entrevistado:

No ano de 2009, todos os municípios da regional foram para Cuiabá pra fazer capacitação e poder fazer a PPI [...] (E1)

[...] Nos fomos das primeiras regiões a sentarem pra fazer a PPI e sem a participação, por exemplo, de Cuiabá e Várzea Grande [...] mais de Cuiabá pra onde [...] referência o serviço. Então fizéssemos a PPI em cima de uma série histórica que o próprio sistema nos apresentava e infelizmente esse PPI não atende a nossa necessidade porque você pactua um serviço e [...] não tem a garantia que [...] vai ser executado [...] infelizmente tem sido assim não somente com Cuiabá. (M1)

[...] a PPI [...] eu acho que [...] já vinha predeterminada como você devia seguir e quando você ia para Cuiabá, esta última foi assim né, todo mundo desceu com seus equipamentos né pra fazer a PPI e quando você quer fazer tal coisa, falam esse ai não pode, porque vai mudar não sei o que [...] então você tem que seguir aquelas normas [...] aqueles tetos [...] (M4).

Em relação às revisões da programação é ressaltada a periodicidade trimestral do processo “[...] se algum município quiser mudar alguma coisa essa mudança é feita de três em três meses [...] é feita então a reprogramação das planilhas de PPI e repassada e encaminhada em CIB [...]” (E4).

Além das revisões, dois entrevistados falam das limitações do processo

[...] na atualização da PPI de três em três meses [...] às vezes eu prefiro nem mexer [...] nesse você não pode mexer, você só pode mexer naquilo que na realidade você não está precisando, então eu acho que a PPI tem que ser mais viva mais facilidade pra você remanejar [...] às vezes [...] está sobrando no hospitalar e precisando no ambulatorial teria que ter essa flexibilidade [...] (M4)

[...] talvez a grande falha da PPI é você ter a necessidade do serviço, você pagar por ele mais você não discutir com aquela pessoa que está disponibilizando ou na verdade você pactuou com ele mais você não ouviu dele se ele tem condições de atender, se ele tem meios de te atender ou não. (E2)

Três entrevistados assinalam a insuficiência do processo de monitoramento e avaliação da programação o que acaba tornando difíceis as correções e superação dos problemas:

[...] não sei se é uma avaliação da PPI, mais os municípios, os gestores [...] vê o que realmente esta pactuado com cada município (cita municípios referência) e até mesmo com os próprios municípios da regional e fazem remanejamento [...] passa no colegiado, mas uma avaliação minuciosa não tem. Tem sempre reclamação do que esta pactuado, mas não esta atendendo, mais um estudo minucioso eu acredito que não tenha. (E1)

Mas eu acho que o mais grave é a situação da gente não ter ferramentas ou não usar as ferramentas disponíveis pra você monitorar e acompanhar esses recursos [...] (E2).

[...] tem gente que fala que a PPI e um documento morto, mas não é e um documento que a gente tem que acompanhar e avaliar ele direito [...] (M4).

Em síntese foi observado que o processo de planejamento é conduzido pelo nível central da secretaria de estado de saúde e que não houve elaboração do plano de regionalização e de investimento regional, somente a Programação Pactuada Integrada foi realizada por meio de oficinas de programação e pactuação regional, em 2009. O plano de regionalização e de investimento vigente da microrregião é o plano estadual de 2005, portanto anterior ao Pacto pela Saúde 2006. A Secretaria de Estado de Saúde criou uma comissão em 2010 para elaborar o novo Plano Diretor de Regionalização e Investimento (PDRI), todavia não houve conclusão deste trabalho. Os entrevistados não se lembraram do plano de regionalização e investimento em vigor, somente um entrevistado comentou características do PDR anterior a 2005. Alguns entrevistados citaram sobre o diagnóstico de saúde regional realizado em 2011 para compor o PDRI estadual. Em relação à PPI alguns entrevistados relataram o não envolvimento dos representantes das referências macrorregional e estadual no momento da pactuação e criticaram a rigidez dos tetos e das normas. Evidenciou-se ainda falta de monitoramento e avaliação da programação.

Estes resultados confirmam os achados sobre o papel pouco expressivo do Colegiado de Gestão Regional em relação ao processo de deliberação e tomada de decisão sobre o planejamento apresentado no quadro seis.

Também são semelhantes às conclusões de Souza (2011), que afirma que as ações do planejamento se limitam à indução do nível central, e por Vianna (2012) que sugere a necessidade de avançar no desenvolvimento de uma cultura regional do planejamento.

Lima e Viana (2011) consideram que a institucionalidade da regionalização em Mato Grosso apresentou avanços quanto ao planejamento em curso, porém a regulação foi classificada como incipiente. Ressaltam que a regulação tem sido um entrave importante, pois os estados não foram capazes de construir um projeto mais robusto. Já a Programação Pactuada Integrada permanece como base do processo de regionalização, contudo apresentam dificuldade quanto à inserção da PPI na tendência de ampliação da capacidade instalada via aumento de investimentos estaduais. Essas autoras apresentam também situações que indicam fragilidades dos CGR em cumprir sua missão no processo de planejamento regional.

Já os achados de Nolasco-Lopes (2010) no Ceará diferem dos resultados deste trabalho em relação a este tópico e revelam o Plano Diretor de Regionalização avançado, porém a institucionalização do planejamento foi classificada por esta autora com grau de implantação intermediário. Como se sabe, o processo de microrregionalização do SUS no Ceará vem sendo trabalhado de modo sistemático e ininterrupto desde a década de 1990.

5.3 A REGULAÇÃO DO ACESSO REGIONAL: A ORGANIZAÇÃO, A OPERACIONALIZAÇÃO, O CONTROLE E AVALIAÇÃO.

Como já vimos, o processo de regulação do acesso regional é bipartite, ou seja, a tomada de decisão, a programação e a avaliação é uma atribuição do colegiado (MATO GROSSO, 2000a). A operacionalização da regulação é feita pelo complexo regulador regional no espaço administrativo do Escritório Regional de Saúde (MATO GROSSO, 2010b).

Na microrregião de saúde existem sete especialidades médicas (cardiologia, cirurgia geral, ginecologia, pediatria, anestesiologia, neurologia, ortopedia/traumatologia geral e oftalmologia, sendo esta terceirizada) e exame de radiologia clínica e odontológica, ultrassonografia, laboratoriais clínicos, ecocardiograma, eletroencefalograma e endoscopia terceirizado, na rede de serviço pública, nos estabelecimentos de saúde, conforme demonstrado na tabela 6 (ESCRITÓRIO ..., 2012a). Desses serviços cinco (5) são comprados e gerenciados pelo Consorcio Intermunicipal de Saúde (CIS) do Vale do Peixoto e distribuídas principalmente nos quatro municípios que possuem hospitais municipais. A regulação dessas especialidades é feita pelas centrais de regulação municipais.

O complexo regulador regional trabalha apenas com as referências macrorregional e estadual.

A infraestrutura do complexo regulador regional de acordo com um dos entrevistados é adequada no aspecto físico, porém em relação aos equipamentos a quantidade existente é insuficiente para o bom desenvolvimento das atividades (E1).

O Escritório Regional de Saúde de Peixoto de Azevedo possui trinta e oito servidores, dos quais vinte e quatro são efetivos. O complexo regulador conta com cinco servidores, três efetivos, um contrato temporário e um estagiário. Compõem a equipe dois Assistentes Sociais, um médico, um auxiliar de enfermagem e um estagiário (ESCRITÓRIO, 2012b).

A profissional Assistente Social é responsável também pelas ações referentes ao controle e avaliação enquanto o Médico é responsável pela supervisão dos hospitais públicos da microrregião e autorização dos exames (tomografia, mamografia e densitometria) a serem realizados na macrorregião de Sinop (ESCRITÓRIO, 2012b).

Na opinião de um entrevistado a atual equipe de trabalho do complexo regulador possui um quantitativo ideal, as dificuldades concentram-se na falta de vagas aos pacientes “[...] hoje o complexo regulador [...] está andando bem, [...] o que é difícil (silêncio) são as vagas que não depende da gente.” (E1).

Os profissionais da regulação têm sido capacitados para o processo de trabalho. A Assistente Social e Auxiliar de enfermagem receberam um treinamento de 8 horas, em 2012 com a finalidade de manusear ferramenta de trabalho o SISREG. O profissional médico realizou capacitações específicas para auditoria geral do SUS em 2009, num total de 46 horas.

O complexo regulador regional é responsável por coordenar os fluxos dos procedimentos encaminhados pelos cinco municípios da microrregião de saúde, para a macrorregião e a referência estadual. O complexo regulador é classificado no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES) como regulação assistencial dos serviços de saúde ambulatorial, com regulação de consultas e exames especializados e alguns procedimentos de alta complexidade via Sistema Informatizado de Regulação (SISREG). São responsáveis pela regulação hospitalar de internações eletiva e parte da alta complexidade, recebendo os laudos e os encaminhando por meio de memorando à central de regulação do município de Cuiabá. Não realiza regulação de urgência/emergência, pois não há médico

regulador no quadro atual de servidores e nem se protocola demanda judicial (BRASIL, 2012d). Referente à demanda judicial o gestor estadual do SUS regulamentou o fluxo de recebimento dos mandados, outorgando aos servidores no nível central da SES de Mato Grosso essa atribuição, bem como a Gerência de Regulação de Urgência e Emergência (MATO GROSSO, 2011a). Verificou-se que os municípios encaminham ofícios ao ERS de Peixoto de Azevedo, com cópia dos mandados de liminar e citação, solicitando desta unidade administrativa que acompanhe e verifique junto ao órgão responsável da secretaria a sua resolução.

Quadro 12: Atribuições do Complexo Regulador Regional da Microrregião de Peixoto.

Internações	Não. Somente recebe laudos e encaminha à central municipal de regulação de Cuiabá.
Consultas e exames especializados	Sim.
Alta complexidade	Em parte. Somente os disponibilizados via sistema e encaminha laudos à central municipal de Cuiabá.
Urgência/emergência	Não.
Demanda judicial	Não. Todavia recebe ofícios dos municípios solicitando andamento do processo judicial junto ao setor jurídico da SES.

Fonte: Estudo sobre a Implantação da Gestão Regional da Saúde no Vale do Peixoto/MT, 2009-2010

As ferramentas de trabalho utilizadas pelo complexo regulador regional, ainda de acordo com informante chave consistem no Sistema de Informação de Regulação (SISREG), marcação via telefone de consultas especializadas e alguns exames, através de documento como ofício e memorando. Também foi informada a existência de outra ferramenta de trabalho, criada pelo próprios técnicos do complexo regulador, uma planilha para acompanhamento dos fluxos de atendimento de cada usuário isoladamente por município solicitante:

O escritório também adotou [...] uma planilha em excel onde é separado por município e por especialidade, então além do controle que a gente tem do sistema online, temos também um controle interno do paciente, então todas as vezes que foi solicitado, se foi atendido ou não, então isso foi uma forma de controle [...] (E1).

Ao ser indagado sobre a existência e utilização de protocolos informou que o complexo regulador regional não possui um protocolo próprio e utiliza protocolo estadual de consultas e exames especializados, assim como todas as normativas de fluxo estabelecido quanto ao programa SISREG e orientações dos laudos.

Quando se analisa o grau de efetivação entre o programado e o realizado, das referências externas à microrregião, observa-se que a média de efetivação é abaixo de 50% com exceção da ortopedia/traumatologia (87,3%) e da otorrinolaringologia (55,7%), além dos exames de mamografia (51,5%).

Quadro 13: Procedimentos Programados e Realizados, no ano de 2010, na Microrregião Vale do Peixoto.

Especialidade (1)	Programação Física (PPI)	Realizado	% Efetivação
Cirurgião Cardiovascular	59	0	0
Dermatologia	399	94	23,5
Neurocirurgião	91	35	38,5
Otorrinolaringologia	427	238	55,7
Reumatologia	135	7	5,2
Ortopedia/Traumatologia	110	96	87,3
Urologia	401	175	43,6
Mamografia	921	474	51,5

Fonte: Estudo sobre a Implantação da Gestão Regional da Saúde no Vale do Peixoto/MT, 2009-2010.

(1) as consultas médicas especializadas foram referentes às programadas e realizadas na referência Cuiabá e o exame de mamografia para a referência Colider.

A metodologia utilizada para análise dessas informações considerou as especialidades médicas com demanda reprimida acima de 100 encaminhamentos no ano de 2011, já que esta informação não foi disponível no ano de 2010. Já para análise das consultas especializadas e programadas na PPI, utilizaram-se os agendamentos realizados, para os municípios de Colider e Cuiabá por meio do relatório anual disponível na Central Regional de Regulação por referência.

Alguns entrevistados referiram que na medida em que não se efetiva essa programação os recursos deveriam retornar aos municípios para viabilizar os atendimentos:

[...] parte dos recursos Cuiabá já gastou tudo que tinha dele e já entrou-nos dos municípios né e a gente não consegue as vagas [...] nós estamos tentando na próxima PPI, disque que vai ter mais uma (referindo-se a vinda do COAPE⁴), nós aqui da nossa região vamos tentar pegar os nossos recursos o que puder resolver de Sinop pra cá nos vamos trazer, tirar de Cuiabá porque Cuiabá a gente não consegue quase nada [...] eu estou fazendo esse estudo do que a gente vai precisar na próxima PPI, o que a gente não vai utilizar fora, tem coisa que não tem jeito né, então tudo bem pra Cuiabá mesmo [...] o que puder fazer aqui que não dependa nos vamos puxar pra cá. Estamos comprando adquirindo equipamento melhorando o centro cirúrgico pra poder trazer pra cá [...] então eu acho que a regionalização tem que fechar aqui, nos temos que dá condições de trabalho na região na macro de Sinop pra cá né [...] (M4).

Na análise das atas das reuniões do CGR os temas da regulação em que aparecem são: solicitação de realização de relatório de atendimentos, exposição de planilhas de atendimentos, reclamações do serviço de regulação regional e estadual, aprovação de quantitativo de atendimentos no Hospital Regional estadual e as liminares judiciais que os municípios recebem.

As deliberações sobre a regulação que suscitam conflito foram citadas por seis entrevistados. A falta do médico regulador na microrregião de saúde foi assinalada por três entrevistados, em duas relatam também a questão da gestão do Hospital Regional de referência:

[...] um assunto que vem à tona [...] na regulação [...] é o médico regulador que não atende né [...] esses impasse nessa negociação [...] (E4);

[...] a questão do hospital regional de (cita nome do hospital) as dificuldades que tem tido essa questão, hoje, por exemplo, não se faz uma tomografia no hospital regional de (cita nome do hospital), os pacientes internados a gente tem uma dificuldade enorme à maioria deles ou município assume ou o paciente paga particular [...] outro problema sério da nossa região e a falta do médico regulador, então você liga na central estadual de regulação manda ligar para o médico regulador nós não temos regulador manda ligar para o regulador de (cita o nome da região) ele responde que e regulador de (cita nome da região) e não da nossa região. Nos tínhamos uma médica reguladora que pediu demissão e a gente não conseguiu repor essa profissional por mais dificuldade que você tivesse mais pelo mesmo você tem um regulador regional e acaba auxiliando (M1).

[...] uma discussão muito conflitante [...] desgastante com o hospital (nome do município onde o hospital está localizado) né, porque eles não estão atendendo como era quando simples hospital gerenciado pelo governo né pela secretaria do estado⁵ [...] nós não temos médico regulador da nossa região [...] a gente depende do médico regulador de (informa

⁴ COAPES (Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde) definido pelo Decreto 7.508 (BRASIL, 2011a) como acordo de colaboração firmado entre os entes federativos com a finalidade de organizar e integrar as ações e serviços de saúde na rede regionalizada e hierarquizada.

⁵ Atualmente os hospitais regionais da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso estão sob a gestão de Organizações Sociais de Saúde (OSS).

nome da outra região de saúde, mesma do hospital de referência), aí fica aquele conflito porque ele fala que não é médico regulador da nossa região a gente tem que ficar brigando, discutindo com o médico regulador (cita a região) pra atender a região de Peixoto [...]” (M4).

Outro entrevistado fala sobre as deliberações do colegiado para resolver o problema:

[...] nós temos feito vários documentos em nome do CGR na época, agora CIR, cobrando do secretário estadual de saúde, cobrando do próprio governador que retornem esses serviços (se referindo ao médico regulador e atendimento no Hospital Regional estadual de referência). (M1).

Para enfrentamento deste problema o colegiado aprovou a criação de uma comissão para negociar com Hospital Estadual de Referência (Ata CGR, 14.12.2010 p.2).

Dois entrevistados relataram sobre a dificuldade em conseguir atender a demanda reprimida:

[...] a regulação não está atendendo como deveria [...] um número muito reduzido de vagas pros pacientes. A gente tem uma demanda muito reprimida [...] não esta conseguindo dar fluxo nisso. (E1).

[...] uma discussão que gera muito conflito toda vez que fala de regulação [...] a gente nunca consegue as vagas [...] (M4).

As dificuldades ocasionadas pela falta do profissional médico regulador é citada por quatro entrevistados o que contradiz a afirmação de informante chave de que o quadro de servidores do complexo regulador é ideal.

Esses resultados em parte são semelhantes ao encontrados por Nolasco-Lopes (2010) em uma região de saúde no Ceará ao classificar o grau de implantação da regulação do acesso na região como intermediário, na medida em que o complexo regulador funciona com adequação parcial de recursos, com coordenação do gestor estadual na região e com submissão das decisões a nível central da secretaria estadual. Diferente do Ceará, em Mato Grosso a proposta do processo decisório é bipartite, ainda que a operacionalização seja da administração estadual, por meio do escritório regional de saúde. Já em relação ao monitoramento da regulação do acesso os resultados são similares aos encontrados por Nolasco-Lopes, pois o colegiado realiza atividades pontuais a partir de informações dos municípios e da coordenadoria regional.

Em resumo a regulação do acesso regional tem seu processo organizado de modo bipartite, sendo a operacionalização feita pela unidade administrativa regional estadual. É denominada de complexo regulador regional, responsável por regular as referências macrorregional e estadual, pois os serviços da microrregião de saúde são coordenados pelas centrais municipais de regulação. A infraestrutura foi considerada em parte adequada por informante chave. A equipe de trabalho é composta por cinco servidores, incluindo um médico supervisor e autorizado de procedimentos eletivos para a referência macrorregional, porém não dispõe de médico regulador. O complexo segue protocolo estadual para regular os fluxos de procedimentos e possui atribuições sobre consultas e exames especializados de média complexidade e, na alta complexidade, alguns procedimentos regulados via SISREG e outros encaminhados a Central de Cuiabá. Não regula demanda Judicial.

O grau de efetivação da regulação é inferior a 50% na maioria dos procedimentos programados, com exceção das especialidades de traumatologia e otorrinolaringologia. As barreiras externas à região, a falta de médico regulador na microrregião e a limitação dos atendimentos no hospital de referência macrorregional são questões que mais geraram discussões no colegiado, pois limitam sua governabilidade. O colegiado criou uma comissão para acompanhar e tentar solucionar esses problemas e encaminhou documentos ao Secretário de Estado de Saúde e ao Governador do Estado.

CONCLUSÃO E RECOMENDAÇÕES

Este trabalho teve por finalidade estudar a implantação da gestão regional na microrregião de saúde do Vale do Peixoto no estado de Mato Grosso, considerando as diretrizes do Pacto pela Saúde 2006, no período compreendido entre os anos de 2009 e 2010. Os objetivos foram avaliar a implantação do Colegiado de Gestão Regional enquanto espaço de pactuação política, os instrumentos de planejamento da regionalização e os operacionais, referentes à regulação do acesso. O espaço analisado foi somente relativo à região, por meio do CGR e da unidade administrativa estadual da microrregião de saúde.

A estratégia metodológica utilizada foi um estudo de caso, apoiado em um modelo teórico lógico. Este modelo contemplou as dimensões política, tecnopolítica e gerencial, pensando a região como espaço para fortalecimento da gestão. Com base neste modelo elaborou-se a matriz de análise contendo as dimensões citadas, as categorias operacionais e os indicadores para o estudo dos instrumentos da gestão regional. As técnicas de coleta de dados usadas foram a análise documental e entrevistas com a finalidade de complementar a pesquisa documental.

Foi feita uma contextualização da política de saúde no estado de Mato Grosso, onde, desde 1995, iniciou-se um processo de reorganização das ações e serviços de saúde sob a lógica da regionalização, por meio da cooperação entre estado e municípios. Caracterizou-se ainda a microrregião de saúde nos aspectos histórico, político-administrativo, econômico-social, epidemiológico, assim como o processo de organização da gestão regionalizada da saúde.

O Colegiado de Gestão Regional apresentou-se como um espaço valorizado de participação e representação, com diversos temas na agenda de deliberação. Alguns temas analisados foram recorrentes por ausência de decisão e outras razões. Dos temas deliberados e decididos, verificou-se que todos foram mediante consenso e que a origem de 70% dos mesmos foi demanda das esferas federal e estadual. As proposições aprovadas pelo colegiado e encaminhadas à esfera estadual foram em sua maioria relativas ao financiamento. As resoluções, decisões sobre as quais o colegiado tinha governabilidade, foram em sua maioria referentes à operacionalização do próprio colegiado. Este quadro, da origem das demandas e do teor e formato das decisões, indica a pouca governabilidade do colegiado.

Foram encontradas muitas decisões não formalizadas, apenas registradas nas atas, que tratavam majoritariamente de problemas do cotidiano do CGR. Constatou-se ainda a importância do papel dos técnicos na definição da agenda e nas práticas usadas para obtenção de consenso. O colegiado desenvolveu práticas comunicativas e procedimentais que favorecem a deliberação, o manejo de conflitos e a obtenção de consenso.

Referente ao planejamento pode-se verificar que após o Pacto pela Saúde de 2006 o estado de Mato Grosso não realizou o Plano Diretor de Regionalização e o Plano Diretor de Investimento, somente criou uma comissão estadual em 2010 para conduzir esses planos e não foi possível verificar os resultados do trabalho dessa comissão, se é que tenha ocorrido. O plano de regionalização vigente é de 2005 e averiguou-se que não houve um planejamento na microrregião de saúde, porém este plano, elaborado no nível central da SES define o desenho e os serviços da microrregião e especifica alguns serviços de referências. A Programação Pactuada Integrada (PPI) da Assistência à Saúde vigente é de 2010, no entanto, quando da pactuação não houve participação dos representantes dos serviços de referência. Em relação ao planejamento regional, o colegiado (CGR) limitou-se a deliberar sobre remanejamento da programação (PPI) e datas de oficinas e reuniões de trabalho, porém não definiu as prioridades para os investimentos e ações de saúde com base nas necessidades loco-regionais, situação que fragiliza o CGR em relação a sua missão e seus objetivos.

A regulação do acesso à saúde no estado de Mato Grosso é bipartite e definida nos órgãos colegiados intergovernamentais. Na microrregião é realizada na unidade administrativa regional, que executa a regulação do acesso dos procedimentos às referências macrorregional e estadual. A regulação no interior da microrregião, ou seja, o acesso aos serviços de saúde dos municípios que a compõem, é feita pelas próprias centrais municipais. Verificou-se que a equipe de trabalho do complexo regulador da microrregional não conta no quadro com o profissional médico regulador, fato considerado pelos entrevistados como um dos problemas sérios e tema conflitivo. Constatou-se também que o grau de efetivação da regulação, considerando o programado e o realizado, é abaixo de 50% com exceção de duas especialidades médicas.

Com base nos achados deste estudo, recomenda-se:

- ✓ Implementar os instrumentos de formalizações das decisões no Colegiado de Gestão Regional;
- ✓ Buscar modelos orientados pela integralidade entre a assistência e a vigilância à saúde;
- ✓ Incorporar à agenda do colegiado o debate sobre a programação e ações do consórcio intermunicipal de saúde e a regulação do acesso no interior do território regional;
- ✓ Implementar o planejamento regional, com planos regionais elaborados, deliberados e decididos no colegiado e que contemplem as medidas para constituição das redes de atenção à saúde regionais;
- ✓ Incorporar mecanismos para o monitoramento e avaliação relativos ao planejamento;
- ✓ Definir os fluxos regulatórios a partir de solicitações e demanda do próprio colegiado, desenhando o processo regulatório;
- ✓ Aperfeiçoar os mecanismos de acompanhamento, controle e avaliação da regulação do acesso;
- ✓ Elaborar, aperfeiçoar políticas e programas de educação permanente voltadas à qualificação do processo de gestão e cuidado na região para o conjunto dos trabalhadores de saúde, municipais e estaduais;
- ✓ Realizar conferências regionais de saúde para estimular a participação social e fortalecer a consciência regional;
- ✓ Fortalecer as ações políticas do colegiado junto à secretaria de estado, ao governo e ao legislativo estadual para encaminhar soluções que viabilizem os investimentos e atendam às necessidades de saúde da população da microrregião.

Por fim, assinalar a importância do colegiado e do processo de regionalização, apesar dos limites observados, para a construção de uma agenda regional, o fortalecimento da consciência e dos atores regionais e a consolidação das práticas destinadas a garantir o direito à saúde da população residente na região.

REFERÊNCIAS:

ALBUQUERQUE, Mariana Vercesi de; MELLO, Guilherme Arantes; LOZZI, Fabíola Lana. O processo de regionalização em saúde nos estados brasileiros. In: LIMA, Luciana Dias de; VIANA, Ana Luíza d'Ávila (org.). **Regionalização e Relações Federativas na Política de Saúde do Brasil**. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2011, p. 117-72 .

ALMEIDA, Cristóvão Domingos de; SÁ-SILVA, Jackson Ronie; GUINDANI, Joel Felipe. **Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas**. Revista Brasileira de História & Ciências Sociais, ano I, n. I, São Leopoldo, p. 1-15, julho 2009. Disponível em: <www.rbhcs.com>. Acesso em: 10 dez. 2012.

ARTMAN, Elizabeth; AZEVEDO, Creuza da Silva; SÁ, Marilene de Castilho. **Possibilidades de aplicação do enfoque estratégico no nível local de saúde: análise comparada em duas experiências**. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, p. 723-40, out-dez. 1997.

ASSUNÇÃO, Meyre Aparecida Pereira de.; TAVARES, Lydia Maria Bocayuva; MÜLLER NETO, Júlio Strubing. A Municipalização do Sistema Único de Saúde do Município de Matupá – Mato Grosso. In: DUARTE, Elisete; BARSAGLINI, Reni A. (org.) **A Formação dos Gestores Municipais de Saúde: uma experiência político-pedagógica compartilhada**. Cuiabá: EdUFMT, 2012, p. 146-62.

BADUY, Rossana Staevie. et al. **A regulação assistencial e a produção do cuidado: um arranjo potente para qualificar a atenção**. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, p.295-304, fev. 2011.

BARBIERI, Alisson Flávio. População, Uso da Terra e Prevalência de Malária na Amazônia Brasileira. In: HOGAN, Daniel Joseph. (org.). **Dinâmica populacional e mudança ambiental: cenários para o desenvolvimento brasileiro**. Campinas: Núcleo de Estudos de População, NEPO/Unicamp, 2007, p. 145-63.

BRASIL. **Lei n. 8.080**, 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. Brasília: Diário Oficial da União, 1990a.

_____. **Lei n.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. Brasília: Diário Oficial da União, 1990b.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº373**, de 27 de fevereiro de 2002. Institui a Norma Operacional da Assistência a Saúde: NOAS01/2002. Diário Oficial da União, Brasília, 2002a.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº1.101**, de 12 de junho de 2002. Estabelece parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do sistema Único de Saúde – SUS. Diário Oficial da União, Brasília, 2002b.

_____. Ministério da Saúde. **Curso Básico de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria do SUS: Módulo 1**, Brasília, 2005.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº399**, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Diário Oficial da União, Brasília, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, 2. ed., 2006b.

_____. Ministério da Saúde. **Regulamento dos Pactos pela Vida e de Gestão**. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, 2. ed., 2006c.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº3.085**, de 01 de dezembro de 2006. Regulamenta o Sistema de Planejamento do SUS. Diário Oficial da União, Brasília, 2006d.

_____. Ministério da Saúde. **Regionalização Solidária e Cooperativa: orientações para sua implementação no SUS**. Série A. Normas e Manuais Técnicos, Série pactos pela vida, Brasília, v. 3, 2007.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº1. 047, de 27 de maio de 2008**. Homologa os Termos de Compromisso de Gestão - TCG e publica os Termos dos Limites Financeiros Globais - TLFG de oito Municípios do Estado do Maranhão, quarenta e quatro Municípios do Estado de Mato Grosso, doze Municípios do Estado de Santa Catarina e do Estado do Pará, homologados pela Comissão Intergestores Tripartite - CIT. Diário Oficial da União. Brasília, 2008a.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº3. 045, de 19 de dezembro de 2008**. Homologa os Termos de Compromisso de Gestão - TCG e publica os Termos de Limites Financeiros Globais - TLFG do Estado do Acre e de dez Municípios do Estado do Espírito Santo, três Municípios do Estado de Mato Grosso, um Município do Estado da Paraíba, um Município do Estado de Pernambuco e três Municípios do Estado de Santa Catarina, homologados pela Comissão Intergestores Tripartite - CIT. Diário Oficial da União, Brasília. 2008b.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº1559**, de 1º de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS. Diário Oficial da União, Brasília, 2008c.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº2. 751**, de 11 de novembro de 2009. Dispõe sobre a integração dos prazos e processos de formulação dos instrumentos do sistema de Planejamento do sistema Único de Saúde (SUS) e do Pacto pela Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, 2009a.

_____. Ministério da Saúde. **Colegiado de Gestão Regional na Região de Saúde Intraestadual: orientações para organização e funcionamento**. Série B. Textos Básicos em Saúde, Série pactos pela vida, Brasília, v. 10, 2009b.

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes para Implantação de Complexos Reguladores**. Série A. Normas e Manuais Técnicos, Série Pacto pela Saúde 2006, Brasília, v. 6, 2. ed., 2010a.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº4.279**, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), Brasília, 2010b.

_____. **Decreto nº7.508**, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União, 2011a.

_____. Mato Grosso. **Informações Regionais de Saúde do Estado de Mato Grosso. Peixoto de Azevedo**. Secretaria de Estado de Saúde, Superintendência de Políticas de Saúde. Coordenadoria de Gestão da Informação em Saúde. Cuiabá, 27, 2011b.

_____. Portal da Saúde SUS. Profissional e Gestor. **PDR e PDI Mato Grosso**. Disponível em: portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=33086. > Acesso em: 18 jan. 2012a.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. Informações em Saúde . **Demográficas e Sócioeconômicas**. Disponível em <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0206>>. Acesso em: 10 agos. 2012b.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estados. Mato Grosso. Disponível em: <http://ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=mt>.> Acesso em: 10 agos.2012c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Disponível em http://cnes.datasus.gov.br/Cabecalho_reduzido_Impressao.asp. > Acesso em: 25 set. 2012d.

_____. Ministério da Saúde. Fundo Nacional de Saúde. Disponível em <http://aplicacao.saude.gov.br/portalfns/visao/consultarPagamento/filtroPesquisaDetalhada.jsf>.> Acesso em: 10 dez.2012e.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. Cadernos de Informações de Saúde. Disponível em:
<tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/mt.htm> Acesso em 19 set. 2012f.

BOBBIO, Norberto. et al. **Dicionário de Política.**, 13. ed., v. 1, Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2010.

BORGES, Leliane Araújo Santos. **A organização da Atenção Básica no município de Terra Nova do Norte.** 2009, 30f. Monografia apresentada como um dos requisitos para obtenção do Título de Especialista em Gestão de Sistema e Serviço de Saúde, Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá, 2009.

BOTTI, Cristina Santos. **Avaliação do processo de implementação do consórcio intermunicipal de saúde da região do Teles Pires no Estado de Mato Grosso-MT.** 2010. 143f. Dissertação (mestrado). Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Brasília, 2010.

CARNOY, Martin. **Estado e Teoria Política.** Campinas: Papirus, 1979.

CARVALHO, Euze Márcio de Souza; NADAF, Samia e cols. Plano Microrregional de Saúde Coletiva: uma proposta em busca da integralidade das ações. In: MÜLLER NETO, Júlio Strubing (org.). **A Regionalização da Saúde em Mato Grosso:** Em busca da Integralidade da atenção. Cuiabá: Secretaria de Estado de Saúde, p. 265-270, 2002.

CHAMPAGNE, François. et. al. A análise da Implantação. In: BROUSSELE, Astrid. et al. (org.). **Avaliação: conceitos e métodos;** tradução de Michel Colin. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2011, p.216-238.

CHILTON, Stephen. Does The Empirical Study of Nondecision-Marking Require a Normative Position? Department of Political Science University of Minnesota, Duluth, novembro 2005.

COLEGIADO DE GESTÃO REGIONAL DO VALE DO PEIXOTO. **Resolução nº001,** de 12 de dezembro de 2008. Peixoto de Azevedo, 2008.

COMISSÃO INTERGESTORA BIPARTITE REGIONAL VALE DO PEIXOTO. **Ata de reunião realizada no dia 12 de junho de 1998.** Livro ata n. 1, Sinop, p. 01-02, 1998.

COMISSÃO INTERGESTORA BIPARTITE REGIONAL DO VALE DO PEIXOTO. **Ata da reunião realizada no dia 03 de julho de 2000.** Livro n.1, p.18-19, 2000.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **A Gestão Administrativa e Financeira no SUS.** Brasília, 2011.

CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DO VALE DO PEIXOTO. **Ata de reunião realizada em 15 de Fevereiro de 1999.** Livro ata p. 1 a 99, Peixoto de Azevedo, p. 1 a 10 frente e verso e 11 frente. 1999a.

CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DO VALE DO PEIXOTO. **Ata de reunião realizada em 19 de maio de 1999.** Livro ata p. 1 a 50, Peixoto de Azevedo, p. 1 frente e verso, 1999b.

CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DO VALE DO PEIXOTO. **Ata de reunião realizada em 14 de julho de 2004.** Livro ata p. 1 a 50, Peixoto de Azevedo, p. 2 e 3 frente, 2004a.

CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DO VALE DO PEIXOTO. **Ata de reunião realizada em 15 de julho de 2004.** Livro ata p. 1 a 50, Peixoto de Azevedo, p. 3 verso, 2004b.

CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DO VALE DO PEIXOTO. **Ata de reunião realizada em 10 de janeiro de 2005.** Livro ata p. 1 a 50, Peixoto de Azevedo, p. 5 frente e verso, 2005.

CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DO VALE DO PEIXOTO. **Ata de reunião realizada em 19 de dezembro de 2008.** Livro ata p. 1 a 50, Peixoto de Azevedo, p. 50 frente e verso, 2008.

CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DO VALE DO PEIXOTO. Plano de Metas de Atendimento do Consórcio. Matupá, 2012.

CONTANDRIOPOULOS, André Pierre. et al. Avaliação na área de saúde: conceitos e métodos. In: Hartz, Zulmira (org.). **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997, p. 29-48.

DAMASCENO, Ana Kelve Castro. et al. **Avaliação do Acesso em Saúde na 2ª Microrregião de Saúde,** CE. v. 21, Saúde Sociedade, São Paulo, p. 107-16, 2012.

DOURADO, Daniel de Araújo; ELIAS, Paulo Eduardo Mangeon. **Regionalização e dinâmica política do federalismo sanitário brasileiro.** Revista de Saúde pública, São Paulo, p. 204-11, 2011.

ESCRITÓRIO REGIONAL DE SAÚDE DE PEIXOTO DE AZEVEDO. Plano de Ação da Regional do Vale do Peixoto. Rede de Atenção às Urgências do Estado de Mato Grosso, Maio de 2012, Peixoto de Azevedo, 2012a.

ESCRITÓRIO REGIONAL DE SAÚDE DE PEIXOTO DE AZEVEDO. Relatório por Unidade Administrativa, Quadro de Pessoal, Estrutura Organizacional. Peixoto de Azevedo, 2012b.

FERREIRA, João Carlos Vicente. **Mato Grosso e Seus Municípios.** Secretaria de Estado de Educação, Cuiabá, 2001.

GIL, Antonio Carlos; LICHT, René Henrique Götz; YAMAUCHI, Nancy Itomi. **Regionalização da Saúde e Consciência Regional.** Revista Brasileira de

Geografia Médica e da Saúde, HYGEIA, p.35-46, 2006. Disponível em: <www.hygeia.ig.ufu.br/>. Acesso em: 02 mar. 2012.

GIOVANELLA, Lígia. et al. **Política e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008, p. 39-64.

GUARANTÃ DO NORTE, Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório da Secretaria Municipal de Saúde de Guarantã do Norte**. Guarantã do Norte, 2008, p.1-4.

GUERREIRO, Jória Viana; BRANCO, Maria Alice Fernandes. **Dos Pactos Políticos à Política dos Pactos em Saúde**. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, p.1689-98, 2011.

GUIMARÃES, Luisa. Arquitetura da Organização Regionalizada: Consórcios Intermunicipais de Saúde em Mato Grosso. In: MÜLLER NETO, Júlio Strubing (org.). **A Regionalização da Saúde em Mato Grosso: Em busca da Integralidade da atenção**. Cuiabá: Secretaria de Estado de Saúde, 2002, p. 101-11.

GUIMARÃES, Maria do Carmo Lessa. et al. **Avaliação da capacidade de gestão de organizações sociais: uma proposta metodológica em desenvolvimento**. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, p. 1642-50, 2004.

GONZAGA, Amaury Ângelo. O Papel dos Escritórios Regionais de Saúde no Processo de Descentralização e Regionalização do SUS em Mato Grosso – 1995 a 2001. In: MÜLLER NETO, Júlio Strubing (org.). **A Regionalização da Saúde em Mato Grosso: Em busca da Integralidade da atenção**. Cuiabá: Secretaria de Estado de Saúde, 2002, p. 67-76.

HIGA, Teresa Cristina Souza; MORENO, Gislaene. (org.) **Geografia de Mato Grosso: território, sociedade e ambiente**. MAITELI, Gilda Tomasini (col.). Cuiabá: Entrelinhas, 2005.

KAMUZORA, Peter. **Non-Decision Making in Occupational Health Policies in Developing Countries**. International Journal of Occupational and Environmental Health. v. 12, n. 1, p.65-71, 2006.

KEINERT, Tânia Margarete Mezzomo; ROSA, Tersa Etsuko da Costa; MENEGUZZO, Marco. **Inovação e cooperação intergovernamental: microrregionalização, consórcios, parcerias e terceirização no setor saúde**. São Paulo: Annablume, 2006.

LAVRAS, Carmem. Desenvolvimento de Sistemas Regionais e Microrregionais de Saúde no âmbito do SUS. In: MÜLLER NETO, Júlio Strubing (org.). **A Regionalização da Saúde em Mato Grosso: Em busca da Integralidade da atenção**. Cuiabá: Secretaria de Estado de Saúde, 2002, p. 31-8.

LEMOS, Liris Madalena Werle de, CHAGAS, Ricardo Luiz. Atuação da Vigilância em Saúde no município de Guarantã do Norte, Mato Grosso. In: DUARTE, Elisete; BARSAGLINI, Reni A. (org.). **A Formação dos Gestores Municipais de Saúde:**

uma experiência político-pedagógica compartilhada. Cuiabá: EdUFMT, 2012, p. 232-47.

LIMA, Juliano de Carvalho. **Gestão estratégica de sistemas de saúde: estudo de caso de uma região de saúde à luz da teoria das macroorganizações.** 2003, 182f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2003.

LIMA, Luciana Dias de; VIANA, Ana Luiza d'Ávila. **Descentralização, regionalização e instâncias intergovernamentais no Sistema Único de Saúde.** In: _____. (org.). **Regionalização e Relações Federativas na Política de Saúde do Brasil,** Rio de Janeiro: Contra Capa, 2011, p.39-63.

LIMA, Luciana Dias. de. **Descentralização e regionalização: dinâmica e condicionantes da implantação do pacto pela Saúde no Brasil.** Revista Ciência & Saúde Coletiva. São Paulo, 2011. Disponível em www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/artigo_int.php?id_artigo=7249. Acesso em 17 fev. 2012.

MACHADO, Cristiani Vieira. et al. O Papel das Comissões Intergestoras Bipartites na regionalização em saúde. In: LIMA, Lucina Dias de; VIANA, Ana Luiza d'Ávila. (org.). **Regionalização e Relações Federativas na Política de Saúde do Brasil.** Rio de Janeiro: Contra Capa, 2011, p. 173-204.

MARTINELLI, Nereide. A Regionalização e a Comissão Intergestora Bipartite Regional. In: MÜLLER NETO, Júlio Strubing (org.). **A Regionalização da Saúde em Mato Grosso:** Em busca da Integralidade da atenção. Cuiabá: Secretaria de Estado de Saúde, 2002, p. 88-91.

MATO GROSSO. **Lei Complementar nº 22,** de 09 de novembro de 1992. Institui o Código Estadual de Saúde, dispõe sobre a organização, a regulamentação, a fiscalização e o controle das ações e dos serviços de saúde no Estado, caracteriza o Sistema Único de Saúde nos níveis Estadual e Municipal e dá outras providências. Diário Oficial do Estado, 1992.

_____. Comissão Intergestora Bipartite. **Resolução nº002,** 27 de março de 2000. Dispõe sobre a criação das Centrais de Atendimento e Regulação Regional do SUS-MT, Cuiabá, 2000a.

_____. Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso. **Portaria nº128,** de 11 de dezembro de 2000. Resolve alterar, incluir e agrupar municípios de abrangência, criando novas composições, em conformidade aos treze Polos Regionais de Saúde. Gabinete do Secretário. Secretaria de Estado de Saúde, Diário Oficial do Estado, Cuiabá, 26 dez. 2000b.

_____. **Decreto nº 2.312,** de 12 de fevereiro de 2001. Dispõe sobre a instituição do Sistema de Transferência Voluntária de Recursos Financeiros do Fundo Estadual de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde. Cuiabá: Diário Oficial do Estado, 2001a.

_____. Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso. **Portaria nº063**, de 07 de junho de 2001. Institui treze (13) microrregiões de saúde no Estado. Cuiabá, 2001b.

_____. **Decreto estadual nº 2.484**, de 16 de abril de 2001. Dispõe sobre a alteração da estrutura organizacional da Secretaria de Estado de Saúde – SES, a redistribuição de cargos de Direção e Assessoramento, e dá outras providências. Cuiabá, 2001c.

_____. **Decreto estadual nº 5.416**, de 01 de abril de 2005. Resolve criar a microrregião norte mato-grossense. Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso. Cuiabá, 2005a.

_____. Comissão Intergestora Bipartite. **Resolução CIB Nº. 055**, de 15 de Setembro de 2005. Dispõe sobre a atualização do Plano Diretor de Regionalização de Assistência à Saúde (PDR) do Estado de Mato Grosso. Comissão Intergestora Bipartite Estadual Cuiabá, 2005b.

_____. Secretaria de Estado de Saúde. **Portaria nº. 26**, de 06 de março de 2006. Resolve compor e nomear o Grupo Técnico de Condução e Implementação do Pacto pela Saúde 2006 no Estado de Mato Grosso, Gabinete do Secretário. Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso, Cuiabá, 2006a.

_____. Comissão Intergestora Bipartite. **Resolução nº062**, 11 de outubro de 2006. Dispõe sobre a habilitação do funcionamento das Comissões Intergestoras Bipartites Regionais do Estado de Mato Grosso de acordo com o Pacto pela Saúde 2006, Cuiabá, 2006b.

_____. Secretaria de Estado de Saúde. Superintendência de Políticas de Saúde. Coordenadoria de Gestão da Política de Saúde. Gerência de Monitoramento e Avaliação da Política Estadual de Saúde. **Avaliação do Pacto pela Saúde Mato Grosso - 2008**/Secretaria de Estado de Saúde - Cuiabá, p.248, 2009a. Disponível em < www.saude.mt.gov.br>. Acesso em 22 maio 2012.

_____. Secretaria de Estado de Saúde. Superintendência de Políticas de Saúde. **Monitoramento do Termo de Compromisso de Gestão**, Cuiabá, p.28, 2009b. Disponível em < www.saude.mt.gov.br>. Acesso em 22 maio 2012.

_____. Secretaria de Estado de Saúde. Superintência de Atenção Integral à Saúde. **Manual da Parametrização da Programação Pactuada Integrada**, Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso, Cuiabá, 2009c.

_____. **Decreto nº2916**, de 19 de outubro de 2010. Aprova o Regimento Interno da Secretaria de Estado de Saúde – SES. Cuiabá. 2010a.

_____. Secretaria de Estado de Saúde. Superintendência de Políticas de Saúde. **Análise do Termo de Compromisso de Gestão Estadual e Municipal**, Cuiabá, p.11, 2010b. Disponível em <www.saude.mt.gov.br>. Acesso em 22 maio 2012.

_____. Comissão Intergestora Bipartite. **Resolução nº122**, 18 de maio de 2010. Aprova a Programação Pactuada Integrada (PPI) da Assistência à Saúde do Estado de Mato Grosso, Cuiabá, 2010c.

_____. Secretaria de Estado de Saúde. **Portaria nº074**, de 18 de maio de 2011. Outorgar poderes para recebimento de citações, notificações e intimações. Gabinete do Secretário. Cuiabá. 2011a.

_____. Comissão Intergestora Bipartite. **Resolução nº089**, 06 de outubro de 2011. Dispõe sobre o Protocolo de Regulação do Complexo Regulador do Estado de Mato Grosso, Cuiabá, 2011b.

_____. Comissão Intergestora Bipartite. **Resolução CIB nº065**, de 03 de abril de 2012. Dispõe sobre a instituição de 16 (dezesesseis) Regiões de Saúde no estado de Mato Grosso. Cuiabá. 2012a.

_____. Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso. Comissão Intergestora Bipartite. **Municípios do Estado de Mato Grosso que assinaram o TCGM**.

Disponível em:

<[http://www.saude.mt.gov.br/uplod/documento/135/municipios de mato grosso qu e assinaram-o termo de compromisso de gestão tcgm \[135-171011-SES-MT\].pdf](http://www.saude.mt.gov.br/uplod/documento/135/municipios_de_mato_grosso_qu_e_assinaram-o_termo_de_compromisso_de_gestao_tcgm_[135-171011-SES-MT].pdf)>. Acesso em 06 mar. 2012b.

_____. Portal MATO GROSSO. História de Mato Grosso e seus municípios.

Disponível em: < <http://www.mteseusmunicipios.com.br/NG/indexint.php?sid=261>>. Acesso em 07 agos. 2012c.

_____. Sistema de Informação de Saúde da Programação Pactuada Integrada SISPP/Competência julho/2012. Disponível em:

<www.saude.gov.br/portal/sistemas.php - planilhas pactuação PPI competência julho.2012xls>. Acesso em 18 set. 2012d.

MENDES, Eugênio Vilaça. A descentralização do sistema de serviços de saúde no Brasil: novos reumos e um outro olhar sobre o nível local. In: _____. **A Organização da Saúde no Nível Local**. São Paulo : Hucitec, 1998, p.17-55.

_____. **As Redes de Atenção à Saúde**. Revista Ciência & Saúde Coletiva. v.15, n. 5, Rio de Janeiro, p.2297-2305, 2010.

_____. As Redes de Atenção à Saúde: revisão bibliográfica, fundamentos, conceitos e elementos constitutivos. In: _____. **As redes de atenção à saúde**. 2.ed. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2011. p. 61-208.

_____. A Atenção Primária à Saúde nas Redes de Atenção à Saúde. In: _____. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: organização Pan-Americana de Saúde, 2012. p. 57-73.

MOTTA, Paulo Roberto. **A modernização da administração pública brasileira nos últimos 40 anos.** Revista Administração Pública. (edição especial), Rio de Janeiro, p. 87-96, 2007.

MÜLLER NETO, Júlio Strubing. **A relação entre democracia, descentralização e políticas de saúde no Brasil: atualização do debate e estudo de caso em uma perspectiva comunicativa.** 2010, 321f. Tese (Doutorado). Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2010.

NOLASCO-LOPES, Clélia Maria. **Regionalização em Saúde: o caso de uma microrregião no Ceará (1998-2002 e 2007-2009).** 2010, 220f. Tese (Doutorado). Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2010.

NORONHA, José Carvalho de, LIMA, Luciana Dias de, MACHADO, Cristiani Vieira. O Sistema Único de Saúde – SUS. In: GIOVANELLA, Lígia. et al. (org.). **Política e Sistema de Saúde no Brasil.** Rio de Janeiro, Ed. FIOCRUZ, 2008, p.435-472.

OPS. Organización Panamericana de la Salud; **Características de la Administración Estratégica em los sistemas Locales de Salud.** In: Desarrollo Y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud la Administración Estratégica, Organización Mundial de La Salud, Washington, E.U.A, p.48-52, 1992.

OLIVEIRA, Ivone Lourdes. **Espaços dialógicos e relacionais nas organizações e sua natureza ético-política.** PUC, MINAS, Belo Horizonte. 2006. Disponível em: <http://alaic.net/alaic30/ponencias/cartas/com_org_yRP/ponencias/GT2_16Oliveira.pdf>. Acesso em 20 set. 2012.

PAIM, Jairnilson Silva. Políticas de Saúde no Brasil. In: ROUQUAYROL, Maria Zélia; ALMEIDA FILHO, Naomar (org.). **Epidemiologia & Saúde.** Rio de Janeiro: MEDSI, 2003, p.587-603.

PAIM, Jairnilson Silva; TEIXEIRA, Carmen Fontes. **Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte.** Revista Saúde Pública, São Paulo, p. 73-8, 2006.

PAIM, Jairnilson Silva. Estratégias, Forças Políticas, Bases Sociais e Práxis da Reforma Sanitária. In: _____. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica.** Salvador: EDUFBA, Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008, p.269-326.

_____. **O que é o SUS.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

PEDROSA. Ana Campos. **Análise do Escritório Regional de Saúde de Peixoto de Azevedo como Unidade descentralizada da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso, de acordo com a concepção dos gestores municipais de saúde, no ano de 2006.** 2006, 30f. Monografia apresentada para obtenção do grau do curso de Administração de Empresas, Faculdades de Ciências Sociais, Guarantã do Norte, 2006.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. Ranking IDH dos Municípios do Brasil 2003. Disponível em: <http://www.pnud.org.br/atlas/ranking/IDH_Municipios_Brasil_2000.aspx>. Acesso em 20 agos.2012.

SCHRADER, Fátima Aparecida Ticianel & Cols. Microrregionalização da Atenção Integral À Saúde do Indivíduo. In: MÜLLER NETO, Julio Strubing (org.). **A Regionalização da Saúde em Mato Grosso: Em busca da Integralidade da atenção.** Cuiabá: Secretaria de Estado de Saúde, 2002, p.139-253.

SILVA, Silvio Fernandes da. **Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil).** Ciência & Saúde Coletiva, v. 16, n. 6, Rio de Janeiro, p. 2753-2762, 2011.

SOUZA, Edinaldo Santos de. **A regionalização da saúde: o caso da microrregião sul de Mato Grosso.** 2011. 151f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva), Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá, 2011.

SOUZA, Renilson Rehem de. **A regionalização no contexto atual das políticas de saúde.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 6, n. 2, Rio de Janeiro, p. 451-455, 2001.

TEIXEIRA, Carmen Fontes. Enfoques Teórico-metodológicos do Planejamento em Saúde. In: _____ (org.). **Planejamento em Saúde: conceitos, métodos e experiências.** Salvador: EDUFBA, 2010, p. 17-32.

URIBE RIVERA, Francisco Javier. Comunicação e Negociação Gerencial. In: _____. **Análise Estratégica em Saúde e Gestão pela Escuta,** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003, p. 219-244.

VIEIRA-DA-SILVA, Ligia Maria. Conceitos, Abordagens e Estratégias para a Avaliação em Saúde. In: HARTZ, Zulmira Maria de Araújo e VIEIRA-DA-SILVA, Ligia Maria (org.). **Avaliação em Saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde.** 1.ed. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005, p. 15-39.

VIANA, Ana Luiza d' Ávila. et al. **Sistema de saúde universal e território: desafios de uma política regional para a Amazônia Legal.** Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, p.S117-S131, 2007.

VIANA, Ana Luiza d' Ávila, LIMA, Luciana Dias de, FERREIRA, Maria Paula. **Condicionantes estruturais da regionalização na saúde: tipologia dos Colegiados de Gestão Regional.** Ciência & Saúde Coletiva, v.15, n. 5, Rio de Janeiro, p. 2317-2326, 2010.

VIANNA, Renata Pestana. **Colegiados de gestão regional no Estado do Rio de Janeiro: atores, estratégias e negociação intergovernamental.** 2102, 155f. Dissertação (Mestrado), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2012.

YIN, Robert K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 4.ed. Porto Alegre: Brookman, 2010.

APÊNDICE 1 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado (a) Senhor (a): _____

Este tem por finalidade convidá-lo (a) a participar como informante, por meio de entrevista da pesquisa intitulada “Implantação da Gestão Regional da Saúde no Vale do Peixoto na Amazônia Mato-grossense”, a qual objetiva avaliar a implantação da gestão regional na Microrregião de Saúde, referente aos instrumentos de gestão regional entendidos nas dimensões política, definido pelo Pacto em Saúde, através dos Colegiados de Gestão Regional, a dimensão tecnopolítica, por meio dos mecanismos de planejamento regional, quais sejam: o Plano Diretor de Regionalização (PDR), Plano Diretor de Investimento (PDI) e a Programação Pactuada Integrada da Assistência à Saúde (PPI) e na dimensão gerencial a regulação do acesso à saúde.

Os procedimentos para a viabilização desse estudo consistem em levantamento de informações do tema, utilizando análise documental e entrevistas semiestruturadas. As respostas obtidas com as entrevistas serão registradas por escrito e em arquivo de áudio digital (gravadas) e ficarão sob a posse do pesquisador até o término da pesquisa. Ao término da pesquisa todos os arquivos digitais de áudio serão deletados. Assegura-se que os informantes não serão identificados pessoalmente de nenhum modo.

Os benefícios incidem na caracterização, análise e avaliação de uma política pública referente à organização do sistema de saúde que assiste a população em geral. A partir disto será possível disponibilizar informações sob o formato de relatórios de pesquisa que possam colaborar tanto para o conhecimento histórico microrregional, como sobre a implantação da gestão regional considerando o Pacto pela Saúde 2006, podendo apresentar recomendações para aprimorar a atenção à saúde regional e trazer subsídios para pesquisas no âmbito estadual.

Os pesquisadores utilizarão os dados coletados apenas para esta pesquisa e os resultados serão apresentados através de relatórios de pesquisa, artigos científicos em revistas especializadas e/ou encontros científicos e congressos.

Os participantes não pagarão para participar do estudo, sendo os materiais necessários responsabilidade dos pesquisadores. A participação será voluntária, sem renumeração ou outras gratificações. Não haverá em nenhuma hipótese

qualquer tipo de ônus para o informante em decorrência da participação ou não no estudo, bem como em relação às respostas apresentadas.

O (A) senhor (a) poderá tirar suas dúvidas ou até mesmo desistir de participar de qualquer etapa da pesquisa, mesmo após ter assinado o termo de consentimento livre e esclarecido.

Declaro ter sido informado (a), verbalmente e por escrito, sobre a pesquisa acima citada e autorizo espontaneamente a utilização das minhas respostas na pesquisa, submetendo-me ao questionário, uma vez que foi garantido o meu anonimato.

Assinatura do (a) entrevistado (a)

Data ____/____/____.

Pesquisadora Responsável:

Nome: Meyre Aparecida Pereira de Assunção

Endereço: Rua 05 nº 635, Bairro: ZH3-001. Matupá-MT – Fone: (66) 9612-9601.

RG. 0742412-4 SJ/MT

APÊNDICE 2 – Roteiro De Entrevista Semiestruturada

Roteiro de entrevista aos gestores municipais e técnicos unidade regional

Data da entrevista: ____/____/____.

Informante Chave:

() Técnico do ERS – membro titular do CGR

() Gestores (as) Municipais de Saúde

I - Perfil do entrevistado

1.Município de residência: _____

2.Tempo de residência no município: _____

3.Idade: _____

4.Sexo: () Masculino () Feminino

5.Escolaridade:

() Ensino Fundamental – 1º grau

() Ensino Médio – 2º grau

() Ensino Superior – 3º grau

() Pós-graduação – área de saúde coletiva ou gestão. Especificar: _____

6.Função que exerce atualmente: _____

7.Há quanto tempo exerce a função atual: _____anos _____meses.

8.Já exerceu anteriormente alguma função em conselhos, comissões, colegiados. () Sim () Não

II – Dimensão política – Colegiado de Gestão Regional

9.Deliberação e negociação: cooperação e conflito.

10.Em sua opinião, quais as principais deliberações do CGR tomadas até o momento?

11.Relate brevemente como se davam essas decisões.

12. Cite 03 temas que suscitam conflito e 3 que suscitam cooperação

Conflitos	Cooperação

III – Dimensão Tecnopolitica – Instrumentos de planejamento

3.1 - Conhecimento do conteúdo do atual PDR e do PDI por parte dos gestores e dos técnicos responsáveis pela ação.

13. - Plano Diretor de Regionalização - PDR

Tem conhecimento de quando foi aprovado o PDR que está em vigência?

() Sim () Não

13.1– em caso de sim, sabe em que ano foi aprovado? _____

13.2 Em caso de sim fale um pouco sobre os aspectos que você conhece do plano.

3.2 - Plano Diretor de Investimento – PDI

14.Tem conhecimento de quando foi aprovado o PDI que esta em vigência?

() Sim () Não

14.1 – Caso a resposta seja sim, sabe em que ano foi aprovado? _____

14.2 - Em caso de sim fale um pouco sobre os aspectos do plano que você conhece

3.3 - Programação Pactuada Integrada - PPI

15.Como ocorreu o processo de elaboração da PPI vigente na microrregião?

- Este Roteiro de entrevista foi utilizado ao Representante estadual 1, acrescentadas as perguntas referentes à dimensão gerencial – regulação do acesso, num total de quatro (4).
- Roteiro de entrevista foi utilizado ao representante estadual 4, acrescentando uma pergunta referente à infraestrutura do colegiado.

APÊNDICE 3 - Roteiro Para Coleta de Dados e Análise Documental

Informações Iniciais

Documento Analisado: _____

Data do Documento: _____

Data da coleta dos dados: _____

DIMENSÃO POLÍTICA – CGR

1. Organização do CGR

1.1. Ato de criação do CGR Vale do Peixoto, com respectiva data: _____

1.2. Representatividade

Número de membros: (_____)

Quantidade de gestores municipais: (_____)

Quantidade de representantes da SES/Unidade regional: (_____)

Representatividade de acordo com o regimento interno: () Sim () Não

1.3. Existência de Secretária Executiva: () Sim () Não

1.4. Existência de Câmaras Técnicas: () Sim () Não

1.5. Infraestrutura

Física: () Sim () Não - () Adequada () Não adequada

Equipamentos: () Sim () Não - () Suficientes () Insuficientes

Força de Trabalho: quantidade (_____)

2. Institucionalização

2.1 – Regimento Interno:

Formalização do Regimento _____ data da aprovação _____

Contempla:

b.1 –a finalidade: () Sim () Não

b.2 – as competências: () Sim () Não

b.3 – organização: () Sim () Não

b.4 – funcionamento: () Sim () Não

b.5- critérios de tomada de decisão: () Sim () não

b.6 – encaminhamentos das decisões: () Sim () Não

2.2 – regularidade de reuniões –

Existência de calendário: () sim () não
 reuniões ordinárias mensais: () sim () não
 quantidades ordinárias: (_____)
 quantidade extraordinária: (_____)
 total de reuniões: (_____)

2.3 – Participação nas reuniões:

Frequência dos gestores municipais: () Sim () Não
 Frequência dos titulares: () Sim () Não
 Frequência das representações estaduais:() Sim () Não

2.4 – Formalização das decisões:

Proposições: () sim () não

Se sim detalhar:

Quantidade (_____)

Tipo: () federal () estadual () regional

Resoluções: () sim () não

Se sim detalhar:

Quantidade (_____)

Tipo: () federal () estadual () regional

Decisões constantes em atas:

Se sim detalhar: () sim () não

Quantidade (_____)

Tipo: () federal () estadual () regional

TOTAL GERAL:

Formalização: (_____)

Tipos: () federal () estadual () regional

3. Governança/deliberação

3.1. Tomada de decisão

Consenso (_____)

Voto (_____)

Consenso apurado por meio de votação (_____)

Não decisão (_____)

3.2. Proposições, resoluções e decisões em atas mais frequentes.

3.2.1. Tematização por quantidade:

Financiamento para estruturação da rede de serviços municipal (_____)

Financiamento para ações de saúde (_____)

Operacionalização do CGR (_____)

Organização/gestão dos serviços (_____)

Planejamento regional (referente aos instrumentos PDR, PDI e PPI (_____)

Regulação em saúde - acesso (_____)

Credenciamento de serviços (_____)

Outros (_____)

3.2.2 – deliberações referentes aos instrumentos PDR, PDI, PPI e complexo regular, detalhar como ocorre, considerando:

constituição de equipe para elaboração;

reuniões de trabalho para elaboração;

apresentação de planos, programações, protocolos, parâmetros, realocação de PPI;

aprovação de planos, programações, protocolos, parâmetros, realocação de PPI;

financiamento de investimento e custeio;

outros: _____

Anotar os temas das (os):

Situações de conflitos	Temas recorrentes	Não decisões

DIMENSÃO TECNOPOLÍTICA

A Regional possui:

PDR: () Sim () Não – Ano da elaboração: _____

PDI: () Sim () Não – Ano da elaboração: _____

PPI: () Sim () Não – Ano da elaboração: _____

I - Planejamento – Plano Diretor de Regionalização (PDR)

1. Elaboração do PDR

1.1. Forma de Elaboração:

1.1.1. Foi constituída equipe para elaboração do Plano: _____

a) Ato de constituição: _____

1.1.2. Elaborado pela participação conjunta dos técnicos do estado e dos municípios: () Sim () Não

1.2. Identifica e delimita a microrregião do Vale do Peixoto: () Sim () Não

1.3. Desenha ou redesenha as redes de atenção à saúde da microrregião: () Sim () Não

1.4. Identifica e define os complexos reguladores: () Sim () Não

2. Organização do controle e avaliação da implementação do Plano

2.1. Mecanismo interno do Escritório Regional de Saúde e do CGR da região para acompanhamento das ações e os investimentos previstos no Plano: () Sim () Não

Se sim, relacionar qual _____

II - Planejamento – Plano Diretor de Investimento (PDI)

1. Investimento e Execução

1.1. Coerência entre o PDR e o PDI: () Sim () Não () em parte

1.2. Coerência entre os investimentos previstos no PDI e os deliberados e executados na região: () Sim () Não () em parte

2. Organização para o controle, avaliação das ações previstas.

2.1. Mecanismo interno do Escritório Regional de Saúde e do CGR da região para acompanhamento das ações e os investimentos previstos no Plano: () Sim () Não

Se sim, relacionar qual _____

III - Planejamento – Programação Pactuada Integrada (PPI)

1. Elaboração

1.1. Considera na elaboração:

Dados epidemiológicos: () Sim () Não () em parte

Rede de serviços: () Sim () Não () em parte

Capacidade de Profissionais: () Sim () Não () em parte

2. Atualização

Revisões periódicas: () Sim () Não

Em que frequência: () anual () trimestral () sempre que necessário

Motivos das revisões: () mudanças de referências,

() implantação de novos serviços,

() fechamento de serviços.

() não informado o motivo

Deliberadas em CGR: () Sim () Não

3. Execução

3.1. Mecanismo interno do Escritório Regional de Saúde e do CGR da região para controle entre o programado e o executado, () Sim () Não

Se sim, relacionar qual _____

DIMENSÃO GERENCIAL – REGULAÇÃO DO ACESSO

1. Organização do complexo regulador

1.1. Ato de criação e o número/data de criação _____

1.2. Infraestrutura

Física: () Sim () Não - () Adequada () Não adequada

Equipamentos: () Sim () Não - () Suficiente () Insuficiente

1.3. Quantidade e qualificação da força de trabalho

Força de Trabalho: (_____)

Capacitações realizadas com a força de trabalho do complexo regulador regional

2.1 Número de horas aulas: () 8 a 16 h

() 16 a 40 h

() mais de 40h

2.2 Tipo de capacitação: () finalística

() apoio

2. Funcionamento do processo regulatório

2.1. Fluxo do trabalho

Internações: () Sim () Não

Consultas e Exames: () Sim () Não

Alta Complexidade: () Sim () Não

Urgência/emergência: () Sim () Não

Demanda Judicial: () Sim () Não

2.1.1 - Ferramentas do trabalho:

Sistema de informação da regulação (informatizado): () Sim () Não

Marcação via telefone: () Sim () Não

Através de ofício: () Sim () Não

Utiliza protocolos: () Sim () Não

Agendamento realizado e a PPI

Percentual de agendamento mensal: _____

Percentual de programações dos procedimentos foram agendados na PPI: _____

3. Controle da regulação do acesso

3.1. Acompanhamento por parte do CGR da regulação regional, através de:

Apresentação de relatórios, planilhas de atendimentos: () Sim () Não

Levantamento da demanda existente: () Sim () Não

Reclamações: () Sim () Não

Outros: () Sim () Não

Apêndice 4 - Protocolo de Definição de Termos e Critérios para Análise Documental

DIMENSÃO POLÍTICA – CGR

1. Organização do CGR

1.1. Ato de criação do CGR Vale do Peixoto

Verificação do ato legal de criação do CGR, com respectiva data.

1.2. Representatividade

A representatividade entendida como existência de composição do Colegiado com a participação de todos os gestores municipais de saúde da região, objetivando consolidar o processo de responsabilidades entre todos os gestores e com representação da SES/Unidade regional. Na representação estadual além do Diretor, observar presença dos técnicos das várias áreas de atuação, buscando direcionar para a integralidade da atenção (Brasil, 2009). Verificação da composição existente e comparação como o previsto no regimento interno.

1.3. Existência de Secretária Executiva

Referente à estrutura de apoio administrativo ao colegiado.

1.4. Existência de Câmaras Técnicas

Conforme Portaria 399/2006 “Os colegiados de gestão regional deverão ser apoiados através de câmaras técnicas permanentes que subsidiarão com informações e análises relevantes”, formado por representantes do estado e dos municípios (Brasil, 2009).

1.5. Infraestrutura

Concernente à estrutura Física, quanto à existência e se é adequado; as salas tanto destinadas ao administrativo da secretária executiva do CGR quanto para reuniões; equipamentos e móveis como: computadores, telefone, gravadores, mesas, cadeiras; a força de trabalho existente que atua no administrativo do Colegiado.

Por se tratar de uma subcategoria em que objetiva analisar se adequada, suficiente a estrutura física e equipamentos, necessitaremos de entrevista, sendo que esta pergunta relativa a qualidade do setor será feita somente a secretária executiva do colegiado entendendo ser esta a técnica que atua diretamente do setor de organização, apoio, execução do administrativo, estando então esta questão muito presente na sua rotina de trabalho.

2. Institucionalização

2.1 – Regimento Interno:

Refere-se ao conjunto de normas que regulamenta a organização, o funcionamento e os serviços internos de uma instituição. Conforme definido em manual do Ministério da Saúde (2009), como parte integrante do regimento interno do CGR devem conter itens como a finalidade, as competências/atribuições, a organização, funcionamento, critérios para tomada de decisão e encaminhamentos das decisões. Analisaremos a existência deste item, que são considerados em base normativa como aspectos relevantes, porém tendo clareza de que o regimento deverá contemplar as necessidades locais/regionais.

2.2 – regularidade de reuniões

Como uma das diretrizes gerais proposta para o funcionamento do CGR este deverá estabelecer uma agenda regular de reuniões com pauta de discussão de temas de interesse da região. (Brasil, 2009, p.32). Diante dessas diretrizes analisaremos a existência de calendário e a quantificação das ordinárias que estarão prevista no calendário e o quantitativo extraordinário, conhecendo assim o total de reuniões realizadas no período estudado.

2.3 – Participação nas reuniões:

Neste item consideramos a participação dos membros do CGR nas reuniões observando o cumprimento de quórum mínimo de modo preservar e garantir as representações municipal e estadual, e a frequência dos titular. Para coletar é definição de percentual de quórum mínimo dos municípios e do estado, iremos considerar se contempla no regimento interno. Caso não detalhe considerando a necessidade de participação das representações municipais e estaduais, serem necessários à participação de 50% mais um para cada uma das esferas, independente de ser titular ou suplente.

2.4 – Formalização das decisões:

Para análise da formalização das decisões verificaremos as proposições, resoluções e decisões em atas que foram acordados pelo colegiado, detalhando o quantitativo no período estudado e para o tipo será considerado se refere à demanda de assuntos da esfera federal, estadual ou regional.

Proposições são aquelas elaboradas quando tratam de assuntos que envolvam pactuação com os municípios de outras regionais, com o Estado e com a União. As proposições devem ser homologadas pela CIB/MT. (CIB/MT, 2009).

Resoluções são aquelas elaboradas quando tratar de assuntos regional e de acordo com definição da CIB/MT. As Resoluções Regionais não precisam ser homologadas pela CIB/MT. (CIB/MT, 2009)

Decisões em ata – são as decisões que constam em ata e que não foram formalizadas através de proposições ou resoluções.

Demanda federal serão todas aquelas em que mesmo sendo encaminhado pelos municípios para análise e deliberação do CGR, trata-se de uma necessidade de aprovação advinda de legislação federal, sendo que a nível estadual será feita a partir da mesma análise.

Já referente ao tipo regional, serão de demandas advindas da própria região, por necessidade local, sem exigência de deliberação requerida por meio legal, mais sim por ser problema para a região, bem como aquelas decisões advindas das esferas federal e estadual, porém que já haviam sido prevista em planejamento regional, como no PDI.

3. Deliberação/Governança

3.1. Tomada de decisão

As tomadas de decisão são relacionadas a todos os assuntos que foram apresentados em pauta, constando na ata.

Decisão por Consenso, entendido como acordo entre os participantes da reunião.

Decisão por Voto, considerado quando houve pelo menos um discordante sem volta de opinião no decorrer da ata.

Consenso apurado por meio de votação, referente a uma questão procedimental.

Não decisão, quando não houve decisão do assunto em pauta. (por adiamento, por necessidade de consultar outras instituições, por simplesmente não constar nenhuma definição na ata).

3.2. Proposições, resoluções e decisões em atas mais frequentes.

3.2.1. Tematização por quantidade:

Financiamento para estruturação da rede de serviços municipal - entendido como todas as decisões de investimentos destinados a construção, reforma, ampliação e aquisição de equipamentos.

Financiamento para ações de saúde – compreendido como recursos para custeio de programas, ações de serviços de saúde, tanto para aprovações de planos, programas de ações continuadas como Plano de Vigilância Sanitária para inserção

do município nesta nova atividade e repasse mensal fundo a fundo como para ações pontuais como contingência da dengue.

Operacionalização do CGR – referente à composição, alterações e substituição de membros do Colegiado, bem como financiamento para manutenção do colegiado.

Organização/gestão dos serviços – decisões sobre organização dos serviços regionais ao município sede e referência, discussão sobre gestão e relativos aos serviços para atendimento aos usuários.

Planejamento regional – todos os assuntos referentes aos instrumentos PDR, PDI e PPI.

Regulação em saúde – aspectos relativos implementação da regulação de acesso regional e municipal, fluxos de trabalhos, protocolos, dificuldades de acesso com proposta para soluções, capacitações e outros destinados a ações diretamente a regulação.

Educação permanente – entendidos como todos os assuntos apresentados e deliberados referentes a capacitações, qualificações, oficinas e planos e composições do CIES regional.

Monitoramento SISPACTO, PAVS e indicadores de saúde – assuntos sobre o pacto de indicadores, sobre os compromissos da programação anual da vigilância e saúde, bem como acompanhamento apresentações de indicadores de saúde municipal e/ou regional.

Outros – todos os demais assuntos aprovados

3.2.2 – deliberações referentes aos instrumentos PDR, PDI, PPI e complexo regular.

Neste item buscará identificar os assuntos deliberados no CGR local referente aos instrumentos de planejamento e complexo regular.

Registrar e denominar todas as situações de conflitos, temas recorrentes e as não decisões (anotar os temas)

Situações de conflitos - todas as situações que geraram conflito, entendendo como situações de conflito no colegiado referem-se aos assuntos em que apresentaram diversas discussões por recursos escassos, dificuldades para encaminhamentos dos assuntos, falta de definição por consenso, buscando outra alternativa como o voto.

Temas recorrentes – consideramos como tema recorrentes os assuntos que apareceram em mais de duas reuniões, com a mesma finalidade.

Não decisão, quando não houve decisão do assunto em pauta. (por adiamento, por necessidade de consultar outras instituições, por simplesmente não constar nenhuma definição na ata).

4. Deliberação e negociação: cooperação e conflito

Investigará no processo de entrevista suscitar temas em que os entrevistados consideraram ser negociados, deliberados através de cooperação e quais foram pro meio de conflito.

DIMENSÃO TECNOPOLÍTICA

A Regional possui: PDR, PDI e PPI.

Neste item pretende-se verificar se os instrumentos de planejamento regional existentes e em que ano foram elaborado, analisando se antes ou após o Pacto pela Saúde 2006. Pois os instrumentos existentes que subsidiarão as análises documentais das categorias e subcategorias da dimensão do planejamento.

I - Planejamento – Plano Diretor de Regionalização (PDR)

1. Elaboração do PDR

1.1. Forma de Elaboração:

1.1.1. Foi constituído equipe para elaboração do Plano – será verificado através de ato de constituição do CGR ou ERS. Através deste verificará se a equipe foi formada por técnicos dos municípios e do estado.

2. Desenho e conteúdo do plano

Neste item verificaremos no plano existente se identifica e delimita a microrregião do Vale do Peixoto, se desenha ou redesenha as redes de atenção à saúde da microrregião, se identifica e define os complexos reguladores.

No item 2 iremos considerar o plano regional e na não existência de um específico será considerado o plano estadual para análise.

2. Organização do controle e avaliação da implementação do Plano

2.1. Mecanismo interno do Escritório Regional de Saúde e do CGR da região para acompanhamento das ações e os investimentos previstos no Plano:

Neste item será analisada a existência de mecanismos como: planilhas, relatórios e outros.

II - Planejamento – Plano Diretor de Investimento (PDI)

1. Investimento e Execução

1.1. Coerência entre o PDR e o PDI

Neste item verificará se há coerência, ou seja, se o planejamento foi realizado nos dois planos. O PDR identificou a região desenhando suas redes de atenção à saúde, os complexos reguladores, as referências, as questões demográficas e epidemiológicas e se o PDI contemplou os investimentos de acordo com a realidade planejada.

Consideram no planejamento as necessidades e define ações, conseqüentemente com previsão de investimento.

1.2. Coerência entre os investimentos previstos no PDI e os deliberados e executados na região

Neste item buscará identificar os investimentos que estão previstos no PDI em vigência e comparar com os investimentos deliberados pelo CGR no período estudando, verificando se o plano ao identificar as necessidades estão sendo contempladas as mesmas ao longo dos anos.

Verificação dos investimentos previstos no PDI:

Deliberações feitas no CGR no período 2009-2010 dos investimentos para a região:

2. Organização para o controle, avaliação das ações previstas.

2.1. Mecanismo interno do Escritório Regional de Saúde e do CGR da região para acompanhamento das ações e os investimentos previstos no Plano.

Neste item será analisada a existência de mecanismos como: planilhas, relatórios, entre outros.

III - Planejamento – Programação Pactuada Integrada (PPI)

1. Elaboração

1.1. Considera na elaboração:

Buscará averiguar se no processo de elaboração da PPI em vigência foi considerado os dados epidemiológicos, a rede de serviços e os profissionais referente a capacidade da carga horária disponível para quantitativo de atendimentos.

2. Atualização

Buscará analisar a existência de revisões periódicas da PPI e se estiver disponível nos documentos analisados identificar o período e os motivos mais frequentes dos ajustes. Bem como verificação se deliberadas em CGR.

3. Execução

3.1. Mecanismo interno do Escritório Regional de Saúde e do CGR da região para controle entre o programado e o executado.

Neste item será analisada a existência de mecanismos como: planilhas, relatórios, entre outros.

DIMENSÃO GERENCIAL – REGULAÇÃO DO ACESSO REGIONAL

1. Organização

1.1. Ato de criação

Verificação do ato legal de criação da regulação do acesso regional, com respectiva data.

1.2. Infraestrutura

Concernente à estrutura Física, quanto à existência de salas destinadas ao complexo regulador; os equipamentos e móveis como: computadores, telefone, mesas, cadeiras; e relativo a força de trabalho existente que atua no setor, destacando a categoria profissional.

Por se tratar de uma subcategoria em que objetiva analisar se adequada, suficiente à estrutura física e equipamentos, necessitaremos de entrevista, sendo que esta pergunta relativa à qualidade do setor será feita somente a coordenadora do CGR que é a Diretora do Escritório Regional de Saúde, no qual se localiza o setor da regulação entendendo que a gestora do Escritório possui a atribuição de conhecer todos os setores da organização e sabendo das necessidades e melhorias.

1.3. Quantidade e qualificação da força de trabalho

Considerando o Manual do Ministério da Saúde que orienta sobre as diretrizes para implantação dos complexos reguladores, define os profissionais capacitados para estruturação dos complexos, sendo: Coordenador: responsável pelas questões relativas ao funcionamento global da central de regulação; o Regulador responsável por executar a avaliação técnica de laudos, promove o agendamento das consultas e o processo de internação dos pacientes, baseado em critérios clínicos, com ênfase nos protocolos de regulação. Atendente de Regulação/Videofonista: responsável pelo agendamento de procedimentos a partir das solicitações formuladas através do preenchimento de laudos ou a partir de informações prestadas por telefone e/ou outros meios de comunicação. Ressalta, porém que o quantitativo de recursos

humanos do Complexo Regulador dependerá do porte, da estrutura e da necessidade local. Expõe também a necessidade de apoio da área de informática. Remete sobre a necessidade de capacitações para a força de trabalho do complexo regulador regional, assim buscaremos analisar as realizadas. (Brasil, 2006)

2. Funcionamento do processo regulatório

2.1. Fluxo do trabalho

Buscará verificar as ferramentas utilizadas pela regulação regional, considerando Manual que estabelece os fluxos da organização dos complexos e das centrais e os procedimentos que são responsáveis por regular, definidos como consultas e exames, internações, de urgência e emergência, de alta complexidade e averiguar se há algum agendamento por demanda judicial. Entendendo que a demanda judicial poderá ser tanto antes de a solicitação estar no setor de regulação ou se referir a procedimento já regulado pelo setor, porém aguardando vaga para atendimento. (Brasil, 2006).

- Ferramentas do trabalho:

Apesar da existência do Sistema de informação da regulação (SISREG), buscará conhecer se além desta forma de regulação quais são as outras, sugeridas por marcação via telefone e através de ofício.

2.2. Processo regulatório realizado por protocolo:

Considerará os protocolos de regulação da assistência, os clínicos, classificação de risco. Conforme estabelecidos como função do regulador (Brasil, 2006), bem como atribuição do CGR que nesta questão deverá “desenhar o processo regulatório, com definição de fluxos e protocolos”. (Brasil, 2009, p.36).

2.3 – Agendamento realizado de acordo com PPI

Dados dos itens a serem coletados em relatórios da regulação regional (dados 2009 e 2010, caso o setor não possua dos dois anos considerará do ano que tiver) dos cinco maiores agendamentos realizados no ano e verificação da programação das mesmas especialidades na PPI.

3. Controle da regulação do acesso

3.1. Acompanhamento por parte do CGR da regulação regional

Verificará neste item se o CGR realizará o monitoramento da operacionalização da regulação regional nas reuniões, por meio de apresentações dos atendimentos realizados; reclamações tanto relativas ao setor de regulação regional, quanto os atendimentos agendados aos pacientes, tipos de serviços prestados pelo serviços referenciados e outros; levantamento da demanda existente.

Bibliografia

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para a implantação de Complexos Reguladores**. Série A. Normas e Manuais Técnicos Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Colegiado de gestão regional na região intraestadual: orientações para organização e funcionamento**. Série B, Textos básicos em Saúde, Série Pactos pela Saúde 2006, V.10, Brasília, 2009.

MATO GROSSO. Comissão Intergestora Bipartite de Mato Grosso. **Operacionalização e Funcionamento dos Cgr's no Estado De Mato Grosso**. Slide, encontro dos Colegiados de Gestão Regional de Mato Grosso, 2009.

Apêndice 5 – Relação dos Temas Sem Decisão Extraídos das Atas

1. Implantação do CEREST em Guarantã do Norte;
2. Solicitação de equipamentos para o Hospital Municipal de Peixoto de Azevedo;
3. Vagas disponibilizadas para o CEO de Guarantã insuficiente;
4. Apresentação de relatório da regulação e esclarecimentos por parte da médica reguladora quanto à dificuldade de atendimento de urgência/emergência;
5. Esclarecimento do novo fluxo de atendimento para Hepatites B e C, assunto que gerou a solicitação de capacitação aos médicos e enfermeiros;
6. Descentralização das sorologias, pedido de solicitação ao MT Laboratório para continuar atendendo até a regional se estruturar;
7. Implantação de UBS no município de Novo Mundo;
8. Solicitação de esclarecimento procedimentos pactuados na PPI e os oferecidos pelo consórcio;
9. Projeto de Especificidades Regionais no município de Terra Nova do Norte;
10. Apresentação dos custos do serviço de neurologia a ser contratado pelo consorcio;
11. Vacinação da influenza aos profissionais;
12. Problemas relativos à farmácia de alto custo;
13. Pouca eficiência do serviço de regulação de urgência/emergência da Central de Regulação Regional;
14. Cotas estabelecidas pelo consorcio ao serviço de ortopedia insuficiente, município não consegue vaga para atender emergência;
15. Necessidade de mais vaga pela referência de serviço de Raio X, para município de Novo Mundo;
16. Proposta para construção de UBS de município da regional com cobertura abaixo do preconizado pelo ministério da Saúde;
17. Transferência de servidor da FUNASA;
18. Proposta para o Consorcio Intermunicipal de Saúde assumir Casa de Apoio em Cuiabá e vagas serem distribuídas aos municípios;
19. Transferência de servidor da SES/MT ao ERS;

20. Não repasse do FNS ao município contemplado com o CER do valor conforme o Plano de Aplicação o que compromete a execução de acordo com o planejado;
21. Solicitação de capacitação de médicos para diagnóstico da dengue, tendo em vistas mudanças dos sintomas;
22. Casos de dengue dos moradores do Pará atendidos em municípios da regional.
23. Realização de Exames programados de sorologias da regional em Peixoto de Azevedo;
24. Sorologias do laboratório do Hospital municipal de Peixoto de Azevedo;
25. Prestação de Contas do CER de Novo Mundo;
26. Proposta para implantação e/ou implementação dos Complexos Reguladores;
27. Projeto para implantação SAMU em Garantã do Norte;
28. Referente implantação CTA em Peixoto de Azevedo;
29. Avaliação da necessidade financeira por município conforme PPI;
30. Realização de cirurgias de catarata pelo projeto de cirurgias eletivas a serem realizadas na regional;
31. Sorologias realizadas na referência regional;
32. Implantação SAE/CTA, discussão de valores financeiros;
33. Implantação de SAE/CTA no município de Peixoto de Azevedo;
34. Atrasos nos repasses financeiros por parte do FES aos FMS;
35. Problemas relacionados ao acompanhamento do SISPRENATAL por ser pacientes do Pará omitem endereço, ou coloca de conhecidos;
36. Atendimentos do TFD dos pacientes do Pará que estão sendo custeados pelos municípios da regional que os atendem sem ressarcimento nem do estado de MT e Pará;
37. Controle de antibióticos pela resolução ANVISA 044;
38. Solicitação de substituição de membros do CIES pela não participação;

Apêndice 6 -. Principais Decisões do Colegiado na Opinião dos Entrevistados

E1	Definição de implantação do SAE	Unidade de pronto atendimento	... os PAREPS - as capacitações pra regional ..."	O Laboratório de Agua que esta instalado ...
E2	... temos muitas deliberações né ... As principais são a que requer um consenso a nível regional SAMU	SAE. ...o SAE foi até polêmica essa discussão porque tivemos que fazer um convencimento do gestor municipal da importância desse serviço ..."	UPA. ...a unidade de pronto atendimento ... Que tínhamos a possibilidade de dois municípios pleiteando ... e aí dada a muitas discussões a gente chegou a um consenso a um município pra receber..."	
E3	" Muitas coisas fica difícil assim elencar.. " Definição recursos do CIES, educação permanente.	Atendimento regional dos nossos hospitais regionais	Definição dos municípios que irão receber determinado recurso, bem como que irão receber determinado curso	
E4	Questão do SAE "... Que houve realmente uma negociação ..."	UPA	"São tantas né que eu não estou conseguindo lembrar	
M1	"... as pactuações, das oficinas e avaliação dos indicadores ... tínhamos a Mostra de Saúde da Família ... a questão do PDR e PDI que a gente esta atualizando... a questão da PPI que a gente vem atualizando rotineiramente e essas dificuldades ... Com a implantação desta organização social no Hospital Regional de Colider ... essas demandas judiciais questão da farmácia de alto custo dificuldade de acesso ... a questão das redes dos projetos regionais ... o SAMU ... a rede de urgência e emergência .. implantação de novos serviços ... o Laboratório de Controle da Qualidade da Água ..			
M2	... foram tomadas várias decisões eu creio importante .." Implantação da Rede Cegonha	Implantação do PMAQ para o município		
M3	a nível de infraestrutura para a região - construção de unidades recursos ministério	A PPI	"... as cirurgias eletivas que são as pactuações a nível de região..."	
M4	"Há são várias né... em termos regional O diagnóstico né Diagnóstico regional da saúde da nossa região Vale do Peixoto.."	Os Planos Municipais de Saúde e os Relatórios de Gestão né ... Os planos de urgência/emergência com relação aos projetos todos os projetos ..."	"... vários problemas financeiros ... os recursos do SUS né principalmente em relação a parte do estado a regulação, a PPI... passou agora a UPA Unidade de Pronto Atendimento .. de Peixoto..."	
M5	definição/contratação de especialidades médicas pelo consorcio			

Apêndice 7 – Temas que Geraram Conflito e/ou Cooperação, de Acordo com Entrevistados

Quadro – Temas que suscitam conflito

E1	Descentralização das sorologias (gestantes/HIV e dengue) - devido o município que implantou o serviço não conseguir garantir o atendimento		".. esta vindo muito repetidamente ... as questões financeiras o dinheiro, o recurso que o estado deveria repassar e não esta repassando		Regulação não atendimento da demanda reprimida. "...a gente não esta conseguindo dar fluxo nisso."		"Farmácia de auto custo toda reunião se pegar as atas esta lá porque a medicação não esta vindo"		
E2	Eu poderia repetir as três acima..., mais vamos ver outro que teve conflito."		PPI "... Sempre que a gente esteve construindo a PPI foram temas bastante polêmicos..."			O SAMU		o SAE ... teve muita discussão	
E3	Implantação do Laboratório Regional das sorologias	Implantação do Laboratório de Água	Rede Cegonha	E outro conflito ... é o repasse ... que é pauta em todas as reuniões ... desde ... o ano passado atraso nos incentivos financeiros do estado..."			Implantação da UPA		
E4	Bom ... conflito a gente teve bastante se pegar as atas ele sempre vem a tona são em relação as sorologias .. Peixoto ficou responsável pela sorologia e no entanto isso foi rolando .. e não se resolvia né..."			Medicamento de auto custo		Regulação " .. um assunto que vem a tona que é sempre a regulação que é o médico regulador que não atende né.... impasse nessa negociação ... tanto nos exames de tomografia, mamografia e UTI ..."			
M1	O que gerou maior conflito a questão da UPA		a questão do SAMU	atendimentos da população do sul do Pará sem definição da PPI interestadual			Repasses dos incentivos financeiros por parte do estado ... Estão extremamente atrasados		
M2	Regulação "... a gente tem dificuldade com regulação."			Criação da OSS			Falta de medicação de alto custo		
M3	"...implantação da UPA ... Que Garantã pleiteava e Peixoto também pleiteava não chegou a uma decisão ... O ministério teve que decidir o município.."			Atraso dos repasses do estado		"... teve conflito ... a nível de procedimentos do hospital regional ..." Necessidades de especialidades a serem atendidas no Hospital Regional			

M4	" O maior conflito que eu já vi aqui no nosso CGR foi da UPA né Quando tivemos que discutir onde ela ia ficar agora dos recursos da compensação das especificidades regionais a CER né....	Questão da OSS ... " a OSS de Colider né prejudicou os nossos atendimentos que vinham sendo feitos e desgastante com o hospital de Colider né porque eles não estão atendendo como era quando simples hospital gerenciado pelo governo né pela secretaria de estado... "	quando fala de regulação é muito conflitante ... temos o problema das vagas não temos médico regulador da nossa região .. a gente depende do médico regulador de Colider aí fica aquele conflito porque ele fala que não é médico regulador da nossa região ... então tem muita discussão sobre isso.	Dificuldades de atendimentos no Hospital Regional de Colider e falta de médico regulador na região
M5	Regulação do estado		informou que quem mais discute sobre esses assuntos é a chefe da atenção básica		

Quadro – Temas que suscitaram Cooperação

E1	Laboratório de Água - referente a definição do município a ser implantado ("... na realidade já estava decidido que seria em Terra Nova, porém a dificuldade era colocar ele pra funcionar.")	Plano de urgência e emergência ("... veio várias vezes a toma, mais a gente conseguiu fechar.")	"... o SAE/CTA estava contemplado para o município de Peixoto, mais Peixoto não queria ... O colegiado conseguiu fazer com que a gestora entendesse que era importante pra regional e ela acabou aceitando ..."
E2 Questões relacionadas ao nosso consórcio intermunicipal aos serviços ..."	... As solicitações Em relação as construções, com relação a reforma a ampliação dos serviços	".. talvez não tão relevante o aparelhamento do espaço né ... alguns multi meios ..."
E3	Projetos - ações relacionados a cursos	Realização das conferências municipais de saúde	colaboração para definição/realização de

			eventos. Definição de reunião para assuntos extraordinários
E4	"questão da sorologia por exemplo foi um assunto que todos colaboraram, para que se tomasse uma melhor decisão né .. " ... Sorologia ocasionou a vinda do SAE .. "	Educação permanente - capacitação dos profissionais	
M1	Projeto de cirurgias eletivas com definição dos municípios da regional para realização por especialidade como catarata, de otorrino	Deliberação do consorcio como a casa de apoio e a empresa com coleta de lixo hospitalar	
M2	Redução de duas especialidades do consórcio implantação da Rede Cegonha que foi comum acordo em todos os municípios.."	Definição para realização de documento ao Governador referente ao repasse do estado com atraso e documento sobre a questão de Colider
M3	Laboratório de Água	Aprovação do SAMU regional	
M4	"...área da vigilância Os temas da área da vigilância é eles sempre são resolvidos assim facilmente.."	... Projetos da atenção básica esses projetos que de modo geral a gente tem que cadastrar ...	Relatórios de gestão ... já vem as normas já vem a portaria não tem muito o que discutir tem que cumprir né seguir as orientações..... Colaboração entre equipe do escritório e municípios e entre os municípios os gestores municipais
M5	Não respondeu		