



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA**  
**INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA**  
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva



**MARIA CECÍLIA MENDONÇA DE ARAÚJO ALVES**

**ESTUDO SOBRE A ATUAÇÃO DO COLEGIADO  
INTERFEDERATIVO ESTADUAL NO ESTADO DE SERGIPE**

**Salvador**

**2012**

**MARIA CECÍLIA MENDONÇA DE ARAÚJO ALVES**

**ESTUDO SOBRE A ATUAÇÃO DO COLEGIADO  
INTERFEDERATIVO ESTADUAL NO ESTADO DE SERGIPE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva (Mestrado Profissional) da Universidade Federal da Bahia (UFBA) como requisito parcial para a obtenção do título de mestre em Saúde Coletiva, área de concentração em Gestão de Sistemas de Saúde.

**Orientadora:** Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Isabela Cardoso de Matos Pinto

**Salvador**

**2012**

A474 Alves, Maria Cecília Mendonça de Araújo

Estudo sobre a atuação do Colegiado Interfederativo Estadual no Estado de Sergipe / Maria Cecília Mendonça de Araújo Alves. – Salvador, 2012.

101 f.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Isabela Cardoso de Matos Pinto

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Bahia.  
Instituto de Saúde Coletiva, 2012.

1. Reforma Sanitária. 2. SUS. 3. Saúde Pública – Leis. 4. Governo – Sergipe. I. Pinto, Isabela Cardoso de Matos. II Universidade Federal da Bahia. III. Título.

---

CDU:614.39

**MARIA CECÍLIA MENDONÇA DE ARAÚJO ALVES**

**Estudo sobre a atuação do Colegiado Interfederativo Estadual no  
Estado de Sergipe**

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: 04 de abril de 2012

Banca Examinadora:

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Isabela Cardoso de Matos Pinto – ISC/UFBA

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Ana Angélica Ribeiro de Meneses e Rocha – ISC/UFBA

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Lenir Santos - UNICAMP/IDISA

**Salvador**

**2012**

*Dedico este trabalho a **Arlete Mendonça de Araújo**, personagem principal da minha existência, divisor de águas da minha vida, responsável pela mudança de rumo na história dos oito filhos. Com inteligência e coragem, essa grande mulher, de pouco mais de um metro e meio, desbravou muitos caminhos. Com amor, exemplo, carinho e paciência, dedicou-se a nos mostrar a importância da educação, do estudo, do saber. A você amada **Mãe** minha gratidão eterna e reconhecimento por sua incansável luta para não provarmos o ostracismo.*

## AGRADECIMENTOS

A Deus por me presentear com a Vida e conduzir meus passos no caminho do bem.

A Prefeitura Municipal de Aracaju e a Secretaria Municipal de Saúde que acreditando no SUS, ofereceram esta grande oportunidade aos técnicos que fazem a força tarefa para alavancar as políticas de saúde do município.

A Prof<sup>a</sup>. Dra. Isabela Cardoso de Matos Pinto, orientadora que incentivou meu percurso e com tranquilidade, esclareceu e apontou os caminhos a percorrer.

Ao Prof. Dr. Luís Eugênio Portela Fernandes de Souza, pela escuta, sensatez e dicas essenciais.

A Prof<sup>a</sup>. Dra. Lenir Santos por suas importantes e relevantes considerações.

Aos professores e mestres do saber e da vida do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia. Conviver com vocês foi emocionante e enriquecedor.

A Marcos Antonio Alves pelo companheirismo, apoio e incentivo nesses anos de longa jornada.

Aos filhos amados Gabriel e Matheus, **LUZ** no meu caminho, razão para que eu continue seguindo querendo ser cada dia melhor. Sem vocês eu nada sou!

A minha mãe Arlete Mendonça de Araujo e ao querido Genilton Coppoli presentes de Deus sempre dispostos a ajudar-me.

Ao meu pai Cosme Mendonça de Araujo, maior exemplo de simplicidade que conheço.

Com carinho e amor incondicional aos meus irmãos: Carlos Alberto, Ana Valéria, Charles, Marcos, Marcia, Patrícia e Ana Carolina, uma irmandade forte que faz nossas vidas serem mais leves nos momentos difíceis e imensamente felizes nos momentos de alegria.

Aos amigos do Mestrado Lucas Lyrio e Silvana Machado, com seus saberes, suas experiências, dividimos belos momentos até as altas horas, discutindo e construindo o conhecimento.

Aos colegas do Mestrado pelo convívio e aprendizado.

A Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Maria Cecília Tavares Leite pelas valiosas dicas no pré-projeto.

A Ivone Camargo Damasceno Mendonça por dividir angustia, pelo carinho e incentivo.

Aos Gestores e Técnicos dos municípios e Estado que muito contribuíram nas entrevistas e na disponibilização de documentos imprescindíveis.

A Solange Cruz por tornar minha agenda de trabalho mais leve.

Por fim, agradeço a todos que colaboraram com o meu crescimento ao longo da caminhada com valiosas sugestões, estímulo nos momentos de desânimo, por acreditarem que seria possível, afirmo que os guardo com carinho e amor na minha memória e coração.

*Tudo o que ao longo da nossa vida provoca uma mudança, que transforme a nossa relação com o mundo pode e deve ser considerado aprendizagem. De um modo espontâneo, consciente ou inconscientemente, com pouco ou muito esforço, estamos constantemente a aprender (Autor desconhecido).*



## RESUMO

Alves, M. C. M. A., Estudo sobre a atuação do Colegiado Interfederativo Estadual no Estado de Sergipe. 101 p. 2012. Dissertação (Mestrado Profissional). Área de concentração: Gestão de Sistema de Saúde – Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia.

As Comissões Intergestores são instâncias de negociação entre os gestores de diferentes esferas de governo. No Estado de Sergipe, no ano de 2008, foi aprovado na Assembleia Legislativa um conjunto de Leis que deram início à Reforma Sanitária e Gerencial do SUS. Este novo ciclo da saúde coletiva trouxe entre outras mudanças, a transformação da Comissão Intergestores Bipartite em Colegiado Interfederativo Estadual (CIE). O objetivo geral deste estudo foi analisar a formação, a estrutura, os tipos de relações estabelecidas e a percepção dos gestores acerca do Colegiado Interfederativo Estadual. Esta pesquisa caracteriza-se como um estudo de caso descritivo exploratório. Para a busca de informações foi utilizado fontes primárias: entrevistas com gestores da saúde, técnicos da SES e das regiões de saúde, secretário executivo do COSEMS e CIE e fontes secundárias através da análise de documentos. Os resultados apontam algumas mudanças, no entanto na percepção dos gestores muitas práticas permanecem as mesmas. Na análise das atas, o consenso através da relação de cooperação foi a estratégia política utilizada nos processos de negociação e pactuação e não foram identificadas relação de conflito. A Câmara Técnica filtra as pautas direcionadas à plenária do CIE e sua composição deve ser revista, pois para alguns gestores e técnicos a presença de ao menos um secretário municipal de saúde legitimaria essa estrutura. O estudo documental somado aos relatos dos sujeitos da pesquisa demonstra que, entre os avanços alcançados, a criação do CIR é um importante aspecto a ser considerado, pois, se constitui num fórum de gestão que favorecem a busca de soluções para as dificuldades encontradas, além de possibilitar a ampliação das representações municipais, estimulando o aumento do caráter participativo. As conclusões desta pesquisa lançam novas luzes sobre a problemática das instâncias gestoras. Do mesmo modo, agregam elementos que podem vir a ser considerados nos futuros projetos de pesquisa.

**Palavras chave:** Comissão Intergestores Bipartite. Colegiado Interfederativo Estadual. Reforma Sanitária e Gerencial do SUS. Relação Interfederativa.

## ABSTRACT

Alves, M. C. M. A., Study on the performance of the Colegiado Interfederativo Estadual in the state of Sergipe. 101 p. 2012. Dissertation (Professional Master). Area of concentration: Health System Management - Institute of Public Health. Federal University of Bahia.

The Inter-Commissions are instances of negotiation between managers of different levels of government. In the state of Sergipe, in 2008, the Legislature approved a set of laws that initiated the Health Sector Reform and Management of SUS. This new cycle of public health brought us, among other changes, the transformation of the Comissão Intergestores Bipartite on Colegiado Interfederativo Estadual (CIE). The aim of this study was to analyze the formation, structure, types of relationships established and the perception of managers on the Colegiado Interfederativo Estadual. This research is characterized as an exploratory descriptive case study. To search for information was used primary sources: interviews with health managers, technicians of SES and health regions, executive secretary of COSEMS and CIE and secondary sources and through analysis of documents. The results show some changes, however the perception of many management practices remain the same. In the analysis of the minutes, the consensus through cooperation relationship was the strategy used in the processes of political negotiation and agreement and were not identified relationship conflict. The Technical Chamber filters the guidelines addressed the plenary of the CIE and its composition should be reviewed, because for some technical managers and the presence of at least one municipal health secretary legitimize this structure. The desk study added to the reports of the subjects of research shows that among the achievements, the creation of the CIR is an important aspect to be considered, therefore, constitutes a management forum to promote the search for solutions to the difficulties encountered, and to enable the expansion of the representations municipais, stimulating increased participatory nature. The findings of this research sheds new light on the issue of management levels. Similarly, add elements that may be considered in future research projects.

**Keywords:** Bipartite Commission. Colegiado Interfederativo Estadual. Health Reform and Management of SUS. Value Interfederative.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES (QUADROS E FIGURAS)

### QUADROS

<b>Quadro 1</b> – Comparação entre a Lei 6.345/08 e o Decreto 7.508/11.....	41
<b>Quadro 2</b> – Comparação entre as Leis 6.345/08, 12.401/11 e 12.466/11.....	42
<b>Quadro 3</b> – Estrutura formal do CIE comparado à CIB.....	51
<b>Quadro 4</b> – Regiões de Saúde do Estado de Sergipe.....	54

### FIGURAS

<b>Figura 1</b> - Valor médio de secretários presentes às reuniões da CIB/CIE.....	58
<b>Figura 2</b> - Diagrama com fluxo de formação das pautas .....	61

## LISTA DE SIGLAS

CAP	Contrato de Ação Pública
CF	Constituição Federal
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIE	Colegiado Interfederativo Estadual
CIR	Colegiado Interfederativo Regional
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
COAP	Contrato Organizativo de Ação Pública
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
COSEMS	Conselho de Secretários Municipais de Saúde
CT	Câmara Técnica
GPABA	Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PPI	Programação Pactuada Integrada
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde

# SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>15</b>
<b>2 ELEMENTOS TEÓRICOS E CONCEITUAIS .....</b>	<b>18</b>
<b>2.1 Considerações Acerca do Conceito Descentralização .....</b>	<b>18</b>
<b>2.2 Elementos Conceituais Acerca da Regionalização .....</b>	<b>22</b>
<b>2.3 Elementos Conceituais Sobre Relações Intergovernamentais .....</b>	<b>23</b>
<b>2.4 Marco Jurídico .....</b>	<b>27</b>
<b>2.5 O Papel das Instâncias de Pactuação .....</b>	<b>30</b>
<b>3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....</b>	<b>33</b>
<b>3.1 Desenho do Estudo.....</b>	<b>33</b>
<b>3.2 Aspectos Éticos .....</b>	<b>36</b>
<b>4 RESULTADOS E DISCUSSÕES.....</b>	<b>37</b>
<b>4.1 Breve Caracterização do Estado de Sergipe .....</b>	<b>37</b>
<b>4.2 Da Lei Estadual nº 6.345 ao Decreto Presidencial nº 7.508 .....</b>	<b>38</b>
<b>4.3 Reforma Sanitária e Gerencial do SUS em Sergipe .....</b>	<b>44</b>
<b>4.4 Contrato de Ação Pública.....</b>	<b>46</b>
<b>4.5 Padrão de Integralidade.....</b>	<b>48</b>
<b>4.6 O Colegiado Interfederativo Estadual.....</b>	<b>51</b>
<b>4.7 A Construção da Pauta das Reuniões do CIE e a Câmara Técnica .....</b>	<b>61</b>
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>66</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>71</b>

<b>APÊNDICE A - ROTEIRO DAS ENTREVISTAS .....</b>	<b>76</b>
<b>APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO .....</b>	<b>77</b>
<b>ANEXO A – REGIMENTO INTERNO DO CIE .....</b>	<b>79</b>
<b>ANEXO B – REGIMENTO INTERNO DO CIR.....</b>	<b>87</b>
<b>ANEXO C- REGIMENTO INTERNO DA CIB.....</b>	<b>92</b>
<b>ANEXO D - DELIBERAÇÕES DO CIE .....</b>	<b>98</b>

# 1 INTRODUÇÃO

O interesse por esse assunto surgiu a partir da minha experiência profissional quando assumi por alguns anos a secretaria executiva da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) do Estado de Sergipe e, posteriormente, quando fui gestora do segundo maior município deste Estado. Nesse convívio direto, percebi que o setor Saúde tem o mérito do pioneirismo na adoção de uma série de estratégias voltadas à organização de uma rede pública complexa que pretende se consolidar como integrada e resolutiva, conformada no Sistema Único de Saúde (SUS), que vem experimentando um modelo de gestão compartilhada entre as esferas governamentais.

A análise do processo de implantação do SUS demonstra que ele tem sido repleto de ambiguidades, avanços e desafios em virtude das enormes dimensões do nosso país, da complexidade territorial, cultural e política dos territórios, além das questões institucionais e de gestão (TAVARES, 2008). Nesse sentido a trajetória político-institucional de construção do SUS tem assumido ritmo e formas diferenciadas em cada unidade da federação, em decorrência de um conjunto de fatores que influenciam na operacionalização dos seus princípios e diretrizes (PINTO, 2008).

Durante os anos 90 foram criados diversos instrumentos e mecanismos voltados à descentralização das ações e serviços de saúde, estabelecendo estratégias importantes para a ampliação das relações intergovernamentais, determinantes no desenvolvimento do SUS.

A gestão colegiada, em todos os níveis da organização de saúde, tem sido adotada no processo de construção do SUS no país como estratégia inovadora ou alternativa ao “modelo gerencial hegemônico”, com a adoção de mecanismos de articulação entre essas esferas, com ênfase em uma lógica de cooperação e complementaridade (CECÍLIO, 2010).

Sobre o processo de descentralização, Abrucio (2007) afirma que foram abertas oportunidades para maior participação cidadã e para inovações no campo da gestão pública. No entanto o federalismo brasileiro ainda se encontra de certa forma “em construção”, uma vez que ao longo de toda a história foi tensionado por períodos de centralismo autoritário e a redemocratização do país ainda é relativamente recente.

Souza (2002) corrobora com a afirmação acima quando diz que o processo de construção do federalismo é caracterizado por muitas tensões e conflitos na descentralização das políticas e definição dos papéis das três esferas de governo em cada área de política pública.

O Estado de Sergipe, com o intuito de implementar mudanças na organização dos serviços e nas práticas assistenciais, para assegurar acesso e melhorar a qualidade do cuidado em todos os níveis de atenção, no ano de 2008, foi aprovado na Assembleia Legislativa um conjunto de Leis<sup>1</sup> que deram início ao que foi denominado de Reforma Sanitária e Gerencial do SUS. Essas leis definem o papel do Estado na gestão como apoiador técnico e financeiro, executor de ações e serviços complementar aos municípios, indutor de políticas e coordenador de sistema, assentado sobre os princípios da **universalidade, descentralização e integralidade**, esta última, diz respeito às necessidades de saúde de todos os indivíduos em cada momento de sua vida (SERGIPE, 2011).

Este novo ciclo da saúde coletiva em Sergipe trouxe entre outras mudanças, a transformação da CIB em Colegiado Interfederativo Estadual (CIE).

O caráter inovador e a definição legal desse novo espaço de negociação do SUS estimularam a realização desta pesquisa que, a partir de uma análise mais detalhada do contexto e das características do processo, busca responder algumas

---

1) [Lei Nº 6.299/2007](#) - institui o Programa Estadual de Parcerias Público Privadas de Sergipe

2) [Lei Nº 6.300/2007](#) - cria o Conselho Estadual de Saúde

3) [Lei Nº 6.303/2007](#) - dispõe sobre o Fundo Estadual de Saúde

4) [Lei Nº 6.341/2008](#) - dispõe sobre Contrato Estatal de Serviços

5) [Lei Nº 6.345/2008](#) - dispõe sobre a organização e funcionamento do SUS em Sergipe

6) [Lei Nº 6.346/2008](#) - dispõe sobre a criação da Fundação Parreiras Horta

7) [Lei Nº 6.347/2008](#) - dispõe sobre a criação da Fundação Hospitalar de Saúde (FHS)

8) [Lei Nº 6.348/2008](#) - dispõe sobre a criação da Fundação Estadual de Saúde (Funesa)



questões centrais, a saber: **Por que houve a mudança do modelo da CIB para o CIE? Como foi o processo de implantação do CIE? Como atua esse colegiado? Quais os aspectos semelhantes e as diferenças do CIE, quando comparado à CIB? Quais as contribuições e as críticas advindas desse novo modelo? Que tipo de relação é estabelecido entre os atores sociais?**

As questões do presente estudo desdobram-se nos seguintes objetivos: **geral** - analisar a formação, a estrutura, os tipos de relações estabelecidas e a percepção dos gestores acerca do Colegiado Interfederativo Estadual no Estado de Sergipe. **Específicos** - investigar as razões do surgimento do CIE; descrever a estrutura formal e as normas de funcionamento do CIE, comparando-a com as da CIB, identificar o tipo de relação estabelecida entre os atores e identificar a percepção dos gestores sobre os reflexos da mudança de CIB para CIE para a gestão do SUS no Estado de Sergipe.

Este estudo pretende contribuir com o avanço do conhecimento no campo da gestão em saúde e sua aplicação, no caso singular dos colegiados interfederativos.

## **2 ELEMENTOS TEÓRICOS E CONCEITUAIS**

A Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90) regulamentou a organização e funcionamento dos serviços de saúde, elencando os princípios e diretrizes que norteiam as ações e serviços públicos de saúde. As disposições legais são complementadas pelas normas que pormenoriza a organização do SUS, inclusive no que se refere à distribuição de competências, atribuições e responsabilidades.

Esse componente descreve algumas tecnologias utilizadas para a operacionalização do SUS. Priorizamos conceitos de descentralização, regionalização, relações intergovernamentais, do marco jurídico e das instâncias de pactuação, pois se constituem, também, parte dos dispositivos para atingir os objetivos propostos nessa pesquisa.

Neste sentido, o texto descreve uma síntese dos achados documental e bibliográficos acerca dos itens identificados e utilizados para estruturar esta investigação. Importante ressaltar que não há intenção de esgotar os assuntos abordos na sua totalidade e sim, subsidiar minimamente o leitor para que se aproprie do foco da investigação proposta.

### **2.1 Considerações Acerca do Conceito Descentralização**

Na saúde, a partir da Constituição Federal (CF) de 1988, mudanças vem acontecendo decorrentes das reformulações ocorridas com o reconhecimento da saúde como direito de todos e dever do Estado. Nesse sentido, a provisão dos serviços de saúde passa a ser responsabilidade das três esferas de governo e devem ser executados com a colaboração dos entes federados, portanto, de acordo com o Art. 18 da CF esses entes fazem parte da “organização político-administrativa da República Federativa do Brasil que compreende a união, os estados, o distrito federal e os municípios, todos autônomos entre si, nos termos desta constituição”

que combinam competências privativas com competências concorrentes e comuns, repartidas entre os entes federados, todos autônomos entre si.

Desta forma, a descentralização se instalou enquanto tática política na CF para a prestação organizada dos serviços. A partir das portarias do governo federal que instituiu a Norma Operacional Básica (NOB 01/91, 93, 96) foram definidas objetivos e diretrizes estratégicas para o processo de descentralização e de relações entre as esferas de governo.

Por se tratar de um processo complexo, multifacetado, geralmente gradual, e presente em vários campos disciplinares, como no campo das Ciências Políticas, a descentralização é tida como mecanismo que permite a autonomia política nos níveis locais e regionais e aprofundamento da democratização; no campo das Ciências Econômicas traduz-se como transferência de responsabilidades das atividades econômicas para o setor privado; no campo da Sociologia atua como mecanismo para empoderamento da sociedade civil com vistas a legitimar a cidadania; no campo da Administração Pública, a descentralização se constitui para diluir o poder decisório e administrativo através da desconcentração, que significa transferência de responsabilidade administrativa, sem poder decisório, para níveis hierárquicos inferiores numa mesma organização (GUIMARÃES e GIOVANELLA, 2004).

A criação das Comissões Intergestores no âmbito estadual (CIB) e federal (CIT), além da representação dos secretários estaduais de saúde - CONASS e dos secretários municipais de saúde - CONASEMS, possibilitou um espaço privilegiado de negociações, pactuações, articulações e integração entre gestores, com a finalidade de instituir condições para operacionalizar a descentralização.

De acordo com Arretche (2004) em relação à descentralização, avanços significativos ocorreram no final da década de 80, em termos de administração dos serviços de saúde. Em 1981, apenas 22% do número total de estabelecimentos de saúde estavam sob responsabilidade municipal, 50% sob responsabilidade estadual e 28% nas mãos do Governo Federal (ARRETCHE, 2004, p.160). Em 1989, os números passaram para 45%, 46% e 9%, respectivamente (ARRETCHE, 2004, p.

162). As fontes de financiamento da saúde pública, contudo, continuaram largamente em poder do Governo Federal. Em 1989, 80% do financiamento dos serviços de saúde pública eram federal, 9% dos estados e 11% dos municípios. A descentralização do financiamento dos serviços de saúde pública ocorreu na década de 90. Em 1996, o Governo Federal financiava 53%, os estados 18% e os municípios 28% das despesas dos serviços de saúde pública.

Relacionado ao tema, Guimarães e Giovanella (2004) falam que a descentralização faz parte dos fenômenos globais vividos por sociedades e governos nas décadas de 1980 e 1990. Sua adoção tem sido justificada, entre outros, pela noção de que a centralização e a concentração são ineficientes e iníquas. Desde o início, a implantação dos processos de descentralização variou em função da concepção do papel do Estado, e os resultados vêm demonstrando, de maneira geral, que não basta mudar o âmbito da tomada de decisões - é fundamental, também, construir instituições compatíveis aos novos processos instalados.

Para as mesmas autoras a descentralização é entendida como a transferência de autoridade e poder decisório do âmbito nacional para outras esferas de governo, com definição de responsabilidades de gestão, inclusive gestão financeira, que resulta em nova divisão de poder e de incumbências entre níveis executivos e incrementa as capacidades institucionais. Portanto, nesse sentido, é fundamentalmente uma estratégia para melhorar a efetividade da administração pública, e seu caráter instrumental implica que não seja um fim em si mesmo.

No ponto de vista de Santos (2007) o SUS é um sistema nacional de execução descentralizada, sendo sua gestão interconectada objeto de pactuação entre os entes federativos, que devem respeitar as diferenças geográficas e socioeconômicas uns dos outros e contribuir para erradicar as desigualdades regionais e locais, tornando realidade a integralidade da assistência à saúde. Segundo a mesma autora, sendo o SUS um sistema previsto na CF, devem-se buscar novos arranjos que deem efetividade aos seus conceitos, embora muitos deles já estejam no SUS, faltando apenas a sua institucionalização, melhor organicidade e segurança jurídica, a saber: CIT, CIB, Pacto, Termo de

Compromisso, CONASS, CONASEMS, COSEMS.

Segundo Abrucio (2005), a temática da descentralização ganhou força nos últimos 30 anos em todo o mundo. Sua implementação se diferencia, no entanto, de país a país, de acordo com especificidades históricas, coalizões sociais e arranjos institucionais. Dentre estes últimos, a adoção de uma forma federativa de Estado é a que tem maior impacto.

O Brasil é apontado como um exemplo, uma vez que experimentou um processo simultâneo de redemocratização, de descentralização e de uma nova CF, que mudou o papel dos entes federativos e desenhou uma engenharia consorciativa em que prevalece a busca de consensos. A implantação e a institucionalização de instâncias colegiadas vocacionadas para pactuar decisões intergovernamentais foi uma destas inovações políticas e tecnológicas derivadas do novo pacto federativo. A sua criação se fundamentou na premissa normativa da covalência e interdependência das prerrogativas de poder e de autonomia entre as esferas federativas de governo. Desta forma, pelo menos sob a égide normativa, nesses colegiados só pode haver a deliberação de decisões por consenso; sendo os pactos a sua expressão contratual típica (PIERANTONI, 2003).

De acordo com Santos (2007), o SUS impõe que sejam criados espaços de negociação como os colegiados interfederativos, com a finalidade de decidir todos os aspectos da gestão. Como exemplos, a partir de 1988 foram implantados foros colegiados com representação paritária das instâncias federativas em diversos setores e áreas programáticas de Governo (Saúde, Saneamento, Trabalho, Serviço Social, Habitação, Merenda Escolar) com a função de negociar e pactuar acordos sobre a condução e regulamentação técnica e administrativa das políticas e programas em comum (ARRETCHE apud MIRANDA, 2003).

No caso específico do setor da saúde, houve a implantação de comissões com a participação de representantes dos gestores de saúde das três classes federativas: as chamadas Comissões Intergestores do Sistema Único de Saúde. Estas Comissões são definidas normativamente como espaços de negociação e

acordo sobre a regulamentação de aspectos operacionais do processo de descentralização das políticas de saúde. Seus principais propósitos são:

- a) Desenvolver, gerenciar e regular o processo de descentralização intergovernamental das políticas de saúde;
- b) Elaborar, discutir e aprovar propostas conjuntas para a sua implantação e operacionalização no âmbito do Sistema Único de Saúde (MIRANDA, 2003).

## **2.2 Elementos Conceituais Acerca da Regionalização**

O SUS deve garantir à coletividade e à pessoa, assistência integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais (INCISO I, do art. 198, da CF).

O Art. 198 da CF diz que “as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as diretrizes de descentralização, atendimento integral e participação da comunidade.” E a Lei nº 8080/90 em seu Art. 7º, reafirma as diretrizes previstas no artigo 198 da CF e define competências frente à criação de redes regionalizadas e hierarquizadas de saúde, nas quais a direção municipal do SUS deve participar do planejamento, programação e organização, em articulação com sua direção estadual. Por isso, a Constituição sabiamente conformou o SUS como uma rede regionalizada e hierarquizada. No entanto, a estratégia da regionalização, enquanto um princípio estruturante da atuação do estado é reforçada, somente no início dos anos 2000, quando da edição da NOAS e, de forma mais incisiva, após a publicação do Pacto pela Saúde em 2006 (VIANA e LIMA, 2011).

A regionalização é uma importante estratégia para a qualificação do SUS e para efetivação de relações intergestores mais solidárias e cooperativas, sendo que seus fundamentos legais vêm sendo definidos ao longo da história da saúde brasileira, visando à universalidade de acesso, a equidade, a integralidade e a resolutividade (BRASIL, 2006). É considerada como a ideia de espaço em que as

peças vivem e desenvolvem suas atividades cotidianas, produzindo e reproduzindo relações sociais, numa permanente construção material e espiritual da vida em sociedade (LIMA; MARTINS; SILVA, 2008).

As mesmas autoras, referindo-se a esta proposta comentam que a regionalização é um processo político envolvendo mudanças na distribuição de poder e o estabelecimento de um sistema de interações entre diferentes atores sociais (governos, organizações públicas e privadas, cidadãos) no espaço geográfico com a formulação e implementação de estratégias e instrumentos de planejamento, integração, gestão, regulação e financiamento de uma rede de ações e serviços no território.

### **2.3 Elementos Conceituais Sobre Relações Intergovernamentais**

Nesta sessão serão abordados os conceitos básicos e as principais características do regime federalista no Brasil, focando o federalismo, conforme Abrucio e Costa (1998, p.20) “a forma mais bem sucedida de equacionar democraticamente o conflito entre os níveis de governo e capaz de compatibilizar a competição e a cooperação”, já que, “o pluralismo é resultante da interação dessas duas práticas” (ABRUCIO e COSTA, 1998, p.30).

A CF consagrou o sistema federativo brasileiro baseado numa forma de organização em que se estabelece um pacto, reconhecendo a autonomia das esferas territoriais de poder, porém permitindo formas de cooperação entre os entes autônomos da federação. A relação intergovernamental é uma característica comum de todas as federações, apesar das similaridades e diferenças existentes em cada modelo implantado. Então, federalismo é um sistema baseado na distribuição territorial (constitucionalmente definida e assegurada) de poder e de autoridade entre instâncias de governo, de tal forma que os governos nacionais e subnacionais são independentes em sua esfera própria de ação, mas interdependente em relação ao todo orgânico e único que forma o Estado. Caracteriza-se pela não centralização, isto é, pela difusão dos poderes de governo entre muitos centros (ABRUCIO, 2005).

Muitos autores têm definido classificações para os tipos de sistemas federativos existentes. Os autores Banting e Corbett (2001), por exemplo, ao analisar as formas de financiamento conjunto e a divisão de responsabilidades governamentais entre os níveis federativos na execução das políticas de saúde, definem três tipos preponderantes de relações:

- a) Federalismo Clássico, com a divisão do financiamento e das atividades em compartimentos impermeáveis, separados, havendo eventualmente a superposição ou duplicação de prerrogativas e responsabilidades entre as esferas de governo;
- b) Federalismo com Sistemas de Custos Compartilhados, com base na tributação e controle preponderante do nível central e com existência de repasses em bloco (fundo-a-fundo) para as outras esferas de governo em função de determinados objetivos e programas;
- c) Federalismo com Sistemas de Decisões Conjuntas, com base em decisões conjuntas sobre o financiamento de políticas públicas e o compartilhamento de responsabilidades para a sua execução, a partir de comitês intergovernamentais de negociação (alguns com a participação formal de partidos políticos).

Quando se trata de classificar as relações de autoridade estabelecidas entre as esferas de governo, autores como Wright (1997), definem três tipos clássicos:

- a) Autoridade Dominante (ou Inclusiva), com assimetrias na distribuição do poder institucional e com uma clara relação hierárquica entre as esferas de governo;
- b) Autoridade Igual (ou Superposta), com equivalências na distribuição do poder institucional e uma relação de negociação entre as esferas de governo;
- c) Autoridade Coordenada, com grande autonomia e independência entre as esferas de governo, mas com uma necessidade de coordenação conjunta.

Tipificações como estas, servem para identificar as características preponderantes de tais sistemas federativos. No entanto, na maior parte das vezes o



que ocorre é uma combinação destas características, tornando mais complexas a suas diferenciações.

Abrucio (2005) diz que a complexificação das relações intergovernamentais ocorrida em todo o mundo nos últimos anos é bastante importante, pois traz as formas de integração, compartilhamento e decisão conjunta presentes nas federações. É uma organização político-territorial baseada no compartilhamento tanto da legitimidade como das decisões coletivas entre mais de um nível de governo. Distingue-se assim, do modelo clássico de nação, o chamado Estado unitário.

Essa complexidade nas relações entre governos nas políticas de saúde é evidenciada pela grande quantidade de normas específicas, em que se destacam pactos, portarias, resoluções e notas técnicas, que regulamentam incentivos e definem as políticas e, ainda, pela conformação de instâncias deliberativas, constituídas por gestores de diferentes níveis de gestão.

Na década de 1990, particularmente nas áreas sociais, houve políticas cujo intuito era melhorar a coordenação federativa. Nesta linha, os casos mais interessantes ocorreram nos setores de Saúde e Educação. Apesar das grandes diferenças de contexto e coalizões que envolvem ambas, o processo de coordenação se deu basicamente por meio da vinculação do repasse de recursos financeiros à prestação mais controlada de serviços pelas esferas de governo subnacionais, seja pela fixação de metas, seja pela adoção de padrões nacionais de políticas públicas (ABRUCIO, 2005).

O mesmo autor afirma que o sistema federativo brasileiro ainda apresenta características do federalismo clássico com a separação de prerrogativas e responsabilidades entre as esferas de governo, ao mesmo tempo em que atua com sistemas de custos compartilhados, a partir do repasse de recursos tributários em bloco; e opera também, em alguns casos, com comitês de negociação. Em seu sistema federativo ainda se combinam os diversos tipos de relações de autoridade governamental, a depender dos propósitos de governo e da conjuntura política em curso. Para ele, a coordenação federativa se materializa em fóruns e mecanismos

políticos de negociação governamental; no funcionamento das instituições representativas; no papel coordenador ou indutor do governo federal.

Na área da saúde, o federalismo brasileiro apresenta algumas especificidades como a grande responsabilidade que os municípios têm na execução de políticas públicas com suas diversidades em termos de porte, desenvolvimento político, econômico e social, capacidade e arrecadação tributária e capacidade gerencial do Estado, por sua vez, implica diferentes possibilidades de implementação de políticas de saúde, face à complexidade de enfrentamento dos desafios mencionados (PIERANTONI e VIANNA, 2003).

Por isso, pode-se concluir que estas características do federalismo brasileiro repercutem na implantação de um sistema de saúde em uma realidade plural e marcada por desigualdades regionais. Deste modo, qualquer política pública de caráter universalizante tende a reproduzir a lógica sobre a qual se fundamenta. É o que se verifica nas políticas de saúde do final do século XX (SOUZA, 2002).

Segundo Pierantoni e Vianna (2003) o formato do novo federalismo introduzido pela Constituição de 1988 pode ser caracterizado como um sistema que conta com um alto grau de federalização das políticas públicas, mas onde as esferas subnacionais detêm considerável autonomia administrativa, grande responsabilidade no cumprimento da gestão e participação nos recursos públicos nacionais sem precedentes na história constitucional brasileira.

A cooperação e a competição são tipos de relações sempre presentes, que podem se combinar de modo a facilitar ou, ao contrário, dificultar a ação coordenada. Como afirma Abrucio (2005, p. 44) “para garantir a coordenação entre os níveis de governo, as federações devem, primeiramente, equilibrar as formas de cooperação e competição, combinando formas benignas”. Este é o mesmo entendimento de Paul Pierson “... as relações intergovernamentais requerem uma complexa mistura de competição, cooperação e acomodação” (PIERSON, p. 458, apud ABRUCIO, 2005).

A atuação coordenadora do governo federal ou de outras instâncias federativas não pode ferir os princípios básicos do federalismo, como a autonomia e os direitos originários dos governos subnacionais, a barganha e o pluralismo. É preciso, portanto, que haja processos decisórios com participação das esferas de poder e que se estabeleçam redes federativas e não hierarquias centralizadoras (ABRUCIO e SOARES, 2001).

Definidas as relações intergovernamentais, em geral, e especialmente na saúde, resta definir o conceito de estratégia de relação política. Baseado em Matus (1993), a estratégia política é o tipo de relação que se estabelece entre dois atores sociais nos processos políticos (de disputa de espaços de poder), inclusive quando os atores são governos. Este autor identifica três tipos básicos de relação entre atores sociais ou estratégias políticas: cooperação, cooptação e conflito.

A estratégia de *cooperação* é aquela que busca o consenso entre as partes mediante a negociação, isto é, cada parte cede algo e todas conseguem uma situação melhor. A estratégia de *cooptação* se refere àquela em que o ator A, por algum meio que não o conflito, consegue que o ator B adira a sua proposta, sem modificá-la. Por fim, a estratégia de *conflito* é a que se baseia na tentativa de imposição ao ator B da posição do ator A, através das relações de forças.

## **2.4 Marco Jurídico**

Ao longo dos anos, alguns documentos proporcionaram modificações efetivas no setor saúde, de forma que as alterações não foram abruptas. Nesse contexto, merecem destaques as NOB (91, 92, 93 e 96), NOAS, Portarias Ministeriais e, mais recentemente, o Pacto pela Saúde e em defesa da Vida. No ano de 2011, três publicações tem se mostrado relevantes para a organização do SUS: as Leis nº 12.401 e nº 12.466 e o Decreto nº 7.508 que regulamenta a Lei 8080/90.

A Norma Operacional Básica 01/91, entre outras características, centralizava o SUS no nível federal estabelecendo a contrapartida de recursos para a saúde do

seu orçamento e considerava municipalizados os municípios que atendiam aos requisitos básicos: criação do Conselho Municipal de Saúde, criação do Fundo Municipal de Saúde e Plano Municipal de Saúde aprovado pelos respectivos Conselhos (BRASIL, 2003).

A Norma Operacional Básica 01/93 aponta a regionalização como um dos pressupostos que fundamentam a construção do SUS, institui as CIB e a CIT e habilita os municípios como gestores: “entendida como uma articulação e mobilização municipal que leva em consideração características geográficas, fluxos de demanda, perfil epidemiológico, oferta de serviços e, acima de tudo, a vontade política expressa pelos diversos municípios de se consorciar ou estabelecer qualquer outra relação de caráter cooperativo” (BRASIL, 2006).

A Norma Operacional Básica 01/96 dá pouca ênfase à regionalização, mas estabelece instrumentos de planejamento para a conformação de redes regionalizadas e hierarquizadas de serviços e para a elaboração de Programação Pactuada Integrada (PPI), que deve ocorrer de modo ascendente e com base municipal. Reforça a cooperação técnica e financeira do estado com os municípios, objetivando a consolidação do processo de descentralização e a organização da rede regionalizada e hierarquizada de serviços, além de incorporar ações de Vigilância Sanitária, criando o incentivo para estas ações (BRASIL, 2006).

A Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) SUS 01/2001 estabelece estratégias de planejamento para a construção de redes regionais de saúde com o objetivo de “promover maior equidade na alocação de recursos e no acesso da população às ações e serviços de saúde”. Introduz a concepção de módulos assistenciais, microrregiões, macrorregiões e regiões, expressas no Plano Diretor de Regionalização (PDR). A NOAS 01/2002, em termos gerais não alterou as diretrizes preconizadas pela NOAS SUS 01/2001.

Para os Estados habilitados na NOAS/SUS 01/02, foi estabelecida como prerrogativa a transferência regular e automática dos recursos correspondentes ao financiamento per capita do conjunto mínimo de serviços de média complexidade em regiões ou microrregiões qualificadas, nos casos em que o município-sede do

módulo assistencial estivesse habilitado em Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada - GPABA (BRASIL, 2003).

O Pacto pela Saúde 2006 é um documento que contempla o acordo firmado entre os três gestores do SUS a partir de uma unidade de princípios que, guardando a coerência com a diversidade operativa, respeitam as diferenças locais, agrega os pactos anteriormente existentes, reforça a organização das regiões sanitárias instituindo mecanismos de cogestão e planejamento regional, fortalece os espaços e mecanismos de controle social, qualifica o acesso da população à atenção integral à saúde, redefine os instrumentos de regulação, programação e avaliação, valoriza a macro função de cooperação técnica entre os gestores e propõe um financiamento tripartite que estimula critérios de equidade nas transferências fundo a fundo.

Estas diretrizes reafirmam princípios, consolidam processos como a importância da regionalização e dos instrumentos de planejamento e programação como o Plano Diretor de Regionalização (PDR), Plano Diretor de Investimentos (PDI) e a Programação Pactuada Integrada (PPI); e possibilitam a reorganização dos processos de gestão e de regulação do sistema de saúde no âmbito dos estados com vistas a melhorar e qualificar o acesso do cidadão às ações e serviços de saúde (BRASIL, 2006). Deste modo, essas normativas ministeriais são pilares fundamentais para a consolidação do SUS.

Recentemente, com a finalidade de avançarmos na implementação das políticas de saúde, foi publicada a Lei nº 12.401 de 28 de abril de 2011, que estabelece critérios de eficácia, segurança e custo-efetividade como condições para a inclusão de novos medicamentos, produtos e procedimentos na lista do SUS. Para que isso ocorra, esses insumos atenderão a critérios regulamentados, baseados em protocolos clínicos e diretrizes farmacêuticas. Assim, de acordo com a Lei, a população terá maior acesso a medicamentos e procedimentos em saúde, com a garantia de qualidade comprovada por rigorosa avaliação técnica e científica destes produtos e serviços, incluindo os casos em que a oferta é determinada por decisão judicial.

Em continuidade às mudanças, foi publicado o Decreto nº 7.508 em de 28 de junho de 2011 que regulamenta a Lei 8.080/90, apresentando possibilidades de novos avanços para fortalecer a articulação interfederativa, pois traz no seu bojo a definição das suas competências e um novo dinamismo quanto à organização e funcionamento da CIT e CIB, que estarão vinculadas ao Ministério da Saúde e Secretaria Estadual de Saúde, respectivamente, apenas para efeitos administrativos e operacionais.

Este Decreto tem como propósito preencher lacunas importantes no SUS, com foco na regionalização do sistema, no planejamento da saúde e na pactuação entre os entes federativos por meio da criação de contratos que preveem metas e pagamento de incentivos mediante bons resultados, e tratando ainda de questões relacionadas à consolidação do SUS como a porta de entrada nos hospitais e as redes de atenção à saúde (RADIS, nº 109, setembro de 2011).

Por fim, foi sancionada a Lei nº 12.466 de 24 de agosto de 2011. Ela dispõe sobre as comissões intergestores do Sistema Único de Saúde (SUS) e reconhece o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e os Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS) como entidades representativas dos entes estaduais e municipais para tratar de matérias referentes à saúde e declarados de utilidade pública e de relevante função social, na forma do regulamento.

## **2.5 O Papel das Instâncias de Pactuação**

Autores como Viana e Lima (2011) afirmam que o modelo institucional proposto para o SUS é ousado no que concerne à tentativa de concretizar o acordo entre as diferentes esferas gestoras do sistema e fortalecer o controle social sobre as políticas de saúde. Tal arranjo permite que vários atores sociais, mesmo os não diretamente responsáveis pelo desempenho de funções típicas da gestão, participem do processo decisório sobre a política de saúde.

As Comissões Intergestores merecem destaque no processo de descentralização, tanto no nível federal quanto no estadual. A CIT que iniciou seus trabalhos em 1991 foi institucionalizada em 1993 pela NOB/SUS - 01/93. Quando da regulamentação, teve a finalidade definida de “assistir ao Ministério da Saúde na elaboração de propostas para a implantação e operacionalização do SUS, submetendo-se ao poder deliberativo e fiscalizador do Conselho Nacional de Saúde (CNS)”. Este espaço é um importante fórum de acordos e pactos sobre a gestão do sistema, inclusive quanto aos recursos federais alocados no SUS. Portanto, esta instância desempenha papel relevante, particularmente na decisão sobre temas relacionados à implementação descentralizada de diretrizes nacionais do sistema e aos diversos mecanismos de alocação de recursos financeiros federais do SUS (PIERANTONI e VIANNA, 2003).

Nos estados, por sua vez, estão constituídas as CIB, também regulamentadas pela NOB/SUS - 01/93, como “instância privilegiada de negociação e decisão quanto aos aspectos operacionais do SUS”. As definições e propostas dessa comissão devem ser referenciadas pelo respectivo Conselho Estadual de Saúde. A CIB de cada estado foi constituída por ato normativo da Secretaria Estadual de Saúde. São formadas paritariamente por representantes do governo estadual, indicados pelo Secretário de Estado de Saúde, dos municípios, indicados pelo COSEMS e o secretário municipal de saúde da capital é membro nato. Assim como na CIT, o processo decisório nas CIB se dá por consenso, visto que é vedada a utilização do mecanismo do voto, por se entender que a decisão é da representação e não de cada membro individualmente. Esta posição estimula o debate e a negociação entre as partes (PIERANTONI e VIANNA, 2003).

Vários autores como Paim (2008), Santos (2007), Cecílio (1997), Abrucio (2005), entre outros, têm dedicado um bom tempo do seu trabalho a questão dessas instâncias. Seja pensando a produção da governabilidade pela capacidade de saber fazer a política, seja pela formulação de um projeto inovador, seja por apontar um futuro viável, esses autores têm mostrado que os atores sociais, enquanto sujeitos com capacidade inventiva e poderes organizacionais, discursivos, políticos, etc., conseguem produzir novas realidades dentro do SUS (SANTOS, 2006).

No Sistema Único de Saúde as decisões dos colegiados referentes à gestão, financiamento, planejamento, competências, controle etc., são tomadas em comum acordo e devem dialogar com o planejamento do SUS, durante todo o tempo. Para Ouverney (2008), o atual formato desses colegiados pretende garantir maior horizontalidade nas decisões, com a inclusão da totalidade dos secretários de saúde.

Baseando-se nesses conceitos foi elaborada a estratégia metodológica da pesquisa, que se apresenta a seguir.



### **3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS**

Neste item a intenção foi descrever o caminho utilizado para alcançar os objetivos propostos nessa pesquisa. Inicialmente, através das suas características, identificamos o tipo de estudo e definimos o universo da pesquisa com a escolha de indivíduos com as mesmas características.

Outro passo importante foi identificar os instrumentos de coleta de dados e a forma de análise desses dados, para isso elaboramos um formulário contendo uma coleção de questões que foram utilizadas nas entrevistas com os informantes chaves. Esta ferramenta proporcionou uma interação efetiva entre a pesquisadora, os entrevistados e a própria pesquisa.

Posteriormente, realizamos a investigação de campo propriamente dita, ou seja, as entrevistas com gestores municipais. O passo seguinte foi tabular os dados colhidos organizando a pesquisa de campo e em seguida iniciamos a análise e discussões dos resultados para responder aos objetivos propostos.

#### **3.1 Desenho do Estudo**

O presente trabalho caracteriza-se como um estudo de caso descritivo exploratório, no qual utilizamos para a busca de informações fontes primárias e secundárias. Optou-se pelo estudo de caso como caminho metodológico por este possibilitar a análise do objeto em intensidade, através de observações diretas sobre o fenômeno. Permitindo assim, mapear, descrever e analisar o contexto, as relações e as percepções a respeito da situação ou episódio em questão (MINAYO, 2008).

De acordo com essa autora, apesar do estudo de caso comumente focalizar apenas uma unidade, como uma instituição, tem-se o entendimento de que seus achados podem ser úteis para a compreensão de algo mais amplo, fornecendo

*insights* sobre um determinado assunto. Pois, ainda que, não seja possível produzir generalizações quantitativas, o estudo de caso pode fornecer proposições teóricas aplicáveis a outros contextos.

Para orientação no processo de análise, tomamos Bardin (2002, p. 38) como referência principal, a mesma diz que a análise de conteúdo é “[...] um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens”. Tais procedimentos são criteriosos, com muitos aspectos observáveis, mas que colaboram bastante no desvendar dos conteúdos de seus documentos.

Visando a classificação dos dados encontrados no trabalho de campo, no presente estudo foram definidas as seguintes categorias analíticas: **a) a estrutura do colegiado; b) as normas de funcionamento; c) os reflexos dessas mudanças para gestão do SUS; d) as relações intergovernamentais estabelecidas.**

O caminho metodológico para alcançar os objetivos propostos, a pesquisa bibliográfica foi o primeiro passo projetado para o levantamento da produção científica sobre os espaços de pactuação permitidos pelo SUS. Cumprida essa etapa, iniciou-se uma minuciosa análise dos seguintes documentos: 1) leis, 2) decretos, 3) deliberações, 4) atas das reuniões, 5) regimentos internos da CIB e do CIE, 6) listas de frequência das reuniões. Foi estudado ainda, o fluxo para elaboração das pautas bem como o cronograma de reuniões anual estabelecido.

A partir dessa análise foram extraídas informações que permitiram analisar a formação e a estrutura do CIE e, posteriormente, com as entrevistas identificamos a percepção dos gestores e técnicos sobre os reflexos da mudança de CIB para CIE para a gestão do SUS no Estado de Sergipe. Através do estudo das atas caracterizaram-se os tipos de relações intergovernamentais quanto à estratégia de relacionamento político predominante (cooperação, cooptação ou conflito) adotado pelos entes federados (MATUS, 1993). Ressaltamos que de acordo com o regimento interno, as atas são sucintas e, portanto, muitos acontecimentos podem passar sem ser citados.

No que tange as fontes primárias, foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com informantes chaves, a saber: 1) o atual secretário de Estado da saúde, 2) o ex-secretário de estado da saúde, 3) seis secretários municipais de saúde, 4) três técnicos da secretaria de estado da saúde, 5) dois técnicos de regiões de saúde, 6) o secretários executivos do COSEMS e 7) a secretária executiva do CIE, num total de 15 entrevistas.

As entrevistas foram realizadas nos meses de dezembro de 2011 a fevereiro de 2012 pela própria autora, gravadas em gravador digital, com autorização prévia dos entrevistados e transcritas na integralidade pela pesquisadora para futura análise. Os entrevistados foram identificados da seguinte maneira: Gestor nº, Técnico nº, Secretário nº, mantendo desta forma, o anonimato.

A escolha dos atores considerados relevantes para o desenvolvimento da pesquisa se deu por causa de suas participações no processo de mudança de CIB para CIE: todos acompanharam o desenvolvimento da CIB e assistiram as mudanças efetivadas. As entrevistas foram realizadas a partir de um roteiro previamente elaborado (Apêndice A), marcadas antecipadamente, de modo que não alterou a agenda dos entrevistados.

É necessário ressaltar que o termo *ator*, utilizado neste estudo refere-se ao conceito de ator social, conforme preconiza Matus (1993). Segundo esse autor, os atores sociais “são forças sociais e personalidades que controlam centros de poder” (p.228). Afirma que a respeito da capacidade de intervenção política dos atores sociais: nosso interesse pelos atores sociais advém de seu papel no processo de produção social. Eles são os únicos produtores coletivos de eventos sociais, e, portanto, são os sujeitos da mudança situacional. Esses atores podem seguir um processo de produção direta, utilizando o poder que têm em si como instituições, ou um processo de produção indireta, através das instituições que controlam.

Algumas barreiras dificultaram o desenvolvimento desta pesquisa: a) a agenda cheia com muitos compromissos do ator social, b) o período do trabalho em campo da pesquisadora coincidiu com confraternizações típicas de final de ano e férias de muitos gestores. Foram inúmeras tentativas de contato para as entrevistas

com encontros marcados e desmarcados; c) a pesquisadora não participou das reuniões na condição de observadora, fato que limitou a conclusão de um objetivo; d) as atas são redigidas de forma sucinta, desta forma não foi possível realizar uma apreciação mais aprofundada dos posicionamentos dos gestores e tipos de relações estabelecidas nas decisões.

### **3.2 Aspectos Éticos**

O projeto de pesquisa foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia e aprovado com o número 048/11 em consonância com a Resolução CNS nº 196/96 que estabelece os requisitos para pesquisa envolvendo seres humanos.

De acordo com as exigências éticas e científicas fundamentais, foi obtido consentimento livre e esclarecido dos indivíduos entrevistados, foram respeitados os princípios da beneficência e não maleficência e a pesquisa apresenta relevância social. Foi desenvolvida com indivíduos que apresentam autonomia plena, respeitando-se seus valores sociais, morais, culturais, religiosos e éticos. Não há conflito de interesses entre a pesquisadora e os sujeitos de pesquisa, bem como o projeto foi desenvolvido com recursos próprios.

Em respeito à dignidade humana, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido apresentado e assinado pelos participantes da pesquisa, contemplou os seguintes aspectos: a justificativa, os objetivos e os procedimentos que foram utilizados na pesquisa, a liberdade do sujeito de se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização ou prejuízo algum e a garantia de sigilo e de privacidade dos sujeitos.

## **4 RESULTADOS E DISCUSSÕES**

O objetivo desse item é tecer considerações específicas que subsidiem o debate acerca dos resultados encontrados no estudo aqui proposto a partir de uma breve investigação em torno da legislação vigente sobre o tema em pauta. Para isso analisamos o marco jurídico que ampara as propostas de organização do sistema de saúde no Estado de Sergipe assim como na União fazendo um paralelo entre ambos para melhor compreensão das divergências e convergências em relação ao conteúdo proposto.

Concomitantemente, as análises das entrevistas realizadas trazem a percepção de gestores e técnicos sobre o objeto de estudo. Ressaltamos que o momento vivido em Sergipe é novo, portanto esse processo jurídico-institucional ainda está em construção tornando-se um desafio para todos que fazem o SUS. Desta forma, algumas informações, de certo, não foram assimiladas na dimensão que é a própria proposta da Reforma Sanitária e Gerencial do SUS em Sergipe.

### **4.1 Breve Caracterização do Estado de Sergipe**

Localizado na região Nordeste, Sergipe limita-se com o estado da Bahia (ao sul e a oeste) e com Alagoas (ao norte), além de ser banhado pelo oceano Atlântico (a leste). O território do estado sergipano é o menor em extensão territorial do Brasil com 21.918.354 km<sup>2</sup>, correspondendo a 0,26% da área total do país.

Conforme contagem populacional realizada em 2010, pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Sergipe totaliza 2.068.017 habitantes, distribuídos em 75 municípios. A densidade demográfica é de 94,5 habitantes por quilometro quadrado, o crescimento demográfico é de 1,5% ao ano. A população total do Estado de Sergipe corresponde a 1,08% dos habitantes brasileiros.

## 4.2 Da Lei Estadual nº 6.345 ao Decreto Presidencial nº 7.508

As inovações na gestão são defendidas por Santos (2007), na tentativa de garantir que entes federados autônomos possam, sem ferir essa autonomia, operar uma rede de serviços interfederativa que tem como missão única garantir a integralidade da atenção à saúde do cidadão.

Corroborando com essa ideia, no Estado de Sergipe, em substituição as funções da CIB, cria-se em 2008 o Colegiado Interfederativo Estadual (CIE), um espaço de discussão multilateral do SUS, com outro formato e institucionalidade, constituindo um foro privilegiado de negociação e decisão por consenso quanto aos aspectos relacionados a gestão do sistema de saúde do Estado, sua rede regionalizada e hierarquizada, seu financiamento e demais aspectos organizativos, técnicos e operativos (LEI nº 6.345 de 02/02/08).

Composto pelo secretário de estado da saúde, pelo presidente do COSEMS, por um secretário municipal de saúde representante de cada Região de Saúde (sendo o secretário de saúde da capital representante nato) e seus respectivos suplentes, o CIE se propõe a ser um espaço de discussão e pactuação. As reuniões acontecem seguindo uma regularidade mensal e quando necessário, ocorrem extraordinariamente, com pauta preparada antecipadamente.

De acordo com Santos e Monteiro (2007) esta nova arena, que não pertence à secretaria de saúde, conforme ocorre hoje com as comissões bipartites, deve vincular-se, apenas para efeito operacional, ao ente estadual. Suas decisões somente podem ser tomadas consensualmente e devem ser publicadas sob forma de deliberações do colegiado e não sob o formato de resoluções ou portaria secretarial. No entanto, observa-se hoje que o CIE permanece ligado à SES, inclusive utilizando o mesmo espaço anteriormente ocupado pela CIB, dentro da SES. Talvez, esse seja um dos motivos pelo qual os gestores e técnicos não percebiam a mudança instituída por lei, porque as práticas anteriores permanecem. Os relatos que se seguem são representativos desse fato:

*“O CIE é a mesma CIB, se alguém está imaginando que o CIE é diferente da CIB, não existe isso, é a mesma coisa. A única diferença é a forma de composição do grupo. Não tem diferença, nenhuma. A não ser que alguém esteja querendo inventar essa diferença, porque eu não consigo enxergar”. (Técnico 1).*

*“Realmente não existe diferença entre CIB e CIE” (Secretário 1).*

*“Na verdade o nome CIE e CIB aparentemente não muda muita coisa, o espaço da CIB, o espaço do CIE acaba tendo o mesmo objeto, os mesmos conflitos, o mesmo cotidiano” (Gestor 7).*

Apesar dos entrevistados acima identificados não perceberem as mudanças, é importante destacar que o CIE tem em suas características a representação de uma prática federativa com autonomia, enquanto que a CIB traz um viés de prática centralizadora em um modelo de estado federal (SANTOS e MONTEIRO, 2007).

Um aporte importante na explicitação das competências do CIE está na Lei Estadual nº 6.345/08. O CIE, como se depreende do texto desta lei, além de definir e aprovar a política de saúde estadual também:

I – regulamenta os aspectos operacionais de municipalização e descentralização do SUS/SE;

II – define:

a) critérios e parâmetros para elaboração da Programação Geral de Ações e Serviços de Saúde Individuais e Coletivos;

b) os critérios de regulação de acesso a ações e serviços de saúde a serem utilizados no Estado de Sergipe.

III – aprova:

a) a alocação de recursos de acordo com os consensos interfederativos;

b) a incorporação de novas portas de entrada para acesso ao sistema de saúde;

c) o Plano Diretor de Regionalização – PDR proposto pela SES;

d) as regras para a operação do Complexo Regulatório do SUS;

e) a grade de referência de urgência e emergência do Estado de Sergipe.

IV – Decide a respeito de questões encaminhadas pelos Colegiados Interfederativos Regionais.

O Decreto nº 7.508/11 inaugura novo momento nas definições das competências das Comissões Intergestores, estabelecendo o que se pode negociar, a saber:

I - pactuar aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS, de acordo com a definição da política de saúde dos entes federativos, consubstanciada nos seus planos de saúde, aprovados pelos respectivos conselhos de saúde;

II - diretrizes gerais sobre Regiões de Saúde, integração de limites geográficos, referência e contra-referências e demais aspectos vinculados à integração das ações e serviços de saúde entre os entes federativos;

III - diretrizes de âmbito nacional, estadual, regional e interestadual, a respeito da organização das redes de atenção à saúde, principalmente no tocante à gestão institucional e à integração das ações e serviços dos entes federativos;

IV - responsabilidades dos entes federativos na Rede de Atenção à Saúde, de acordo com o seu porte demográfico e seu desenvolvimento econômico-financeiro, estabelecendo as responsabilidades individuais e as solidárias;

V - referências das regiões intraestaduais e interestaduais de atenção à saúde para o atendimento da integralidade da assistência.

Para Santos e Monteiro (2011) as características da referida lei, no CIE há uma explicitação da organização do SUS com amplas possibilidades para discutir o sistema de forma sistêmica. Esse traço diverge da CIB, onde as discussões geralmente são em torno da divisão do recurso financeiro e não da estrutura necessária para atender a população.

Examinando a Lei Estadual nº 6.345 de 02/01/2008 e o Decreto Presidencial nº 7.508 de 28/06/2011 observamos conceitos e elementos comuns ou muito semelhantes como: protocolo de conduta, contrato de ação pública, portas de entrada, mapas de saúde, etc., como podemos observar no Quadro 1.



**Quadro 1** – Desenho comparativo entre a Lei nº 6.345 e o Decreto nº 7.508.

LEI ESTADUAL Nº 6.345 DE 02/01/2008	DECRETO PRESIDENCIAL Nº 7.508 DE 28/06/2011
<b>Protocolos de conduta:</b> são normas técnicas e científicas que tem por finalidade definir padrão de qualidade para promoção, proteção e recuperação da saúde.	<b>Protocolo clínico e diretriz terapêutica:</b> documento que estabelece: critérios para o diagnóstico da doença ou do agravo à saúde; o tratamento preconizado, com os medicamentos e demais produtos apropriados, quando couber; as posologias recomendadas; os mecanismos de controle clínico; e o acompanhamento e a verificação dos resultados terapêuticos, a serem seguidos pelos gestores do SUS.
<b>Contrato de Ação Pública:</b> acordo de vontades firmado entre entes federados com o fim de organizar as ações e serviços de saúde em redes regionalizadas, definindo as responsabilidades, as programações, metas, direitos e obrigações de cada um, sempre de acordo com os consensos obtidos no colegiado interfederativo.	<b>Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde:</b> acordo de colaboração firmado entre entes federativos com a finalidade de organizar e integrar as ações e serviços de saúde na rede regionalizada e hierarquizada, com definição de responsabilidades, indicadores e metas de saúde, critérios de avaliação de desempenho, recursos financeiros que serão disponibilizados, forma de controle e fiscalização de sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde
<b>Portas de Entrada:</b> serviço do SUS especializado no primeiro atendimento à pessoa, o qual deverá ser dotado de capacidade técnica e humana de identificação das necessidades da pessoa, capaz de referenciá-la para os serviços de maior especialização ou complexidade, conforme o caso e a situação. São elas: unidades de atenção básica; unidades de urgência e emergência; SAMU; centros de atenção psicossocial; unidades especiais de acesso aberto.	<b>Portas de Entrada:</b> serviço de atendimento inicial à saúde do usuário no SUS. São elas: da atenção primária; de atenção de urgência e emergência; de atenção psicossocial; e especiais de acesso aberto.
<b>Colegiado Interfederativo Estadual:</b> instância de definição da gestão mediante consensos, composta de entes federativos, os quais devem discutir e aprovar a integração operativa das ações e serviços de saúde, a sua regionalização, hierarquização, as responsabilidades, seu financiamento e demais aspectos da atenção e do sistema de saúde no Estado.	<b>Comissões Intergestores:</b> instância de pactuação consensual entre os entes federativos para definição das regras da gestão compartilhada no SUS.
<b>Colegiado Interfederativo Regional:</b> foro privilegiado de negociação e decisão por consenso quanto aos aspectos relacionados a gestão em nível regional do sistema de saúde no Estado, em especial quanto aos aspectos relacionados a integração funcional e operativa dos serviços na região para a garantia de acesso, acompanhamento das referências e contra-referências, dos fluxos da clientela e demais aspectos organizativos a nível regional.	<b>Comissões Intergestores Regionais:</b> CIR, no âmbito regional, vinculada à Secretaria Estadual de Saúde para efeitos administrativos e operacionais, devendo observar as diretrizes da CIB.

**Atenção à saúde:** conjunto de ações e serviços destinados ao atendimento integral das necessidades individuais e coletivas de saúde da população usuária do SUS, de acordo com o padrão de integralidade pactuado, organizado em redes especializadas de serviços locais, regionais e estadual, que conformam a rede interfederativa de serviços.

**Rede de Atenção à Saúde:** conjunto de ações e serviços de saúde articulados em nível de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde.

**Mapa da Saúde:** características demográficas e epidemiológicas da região, a capacidade instalada e resolutividade dos serviços do SUS, para permitir o acesso da população a todos os níveis de atenção.

**Mapa Sanitário:** descrição geográfica de distribuição de recursos humanos e de ações e serviços de saúde ofertados pelo SUS e pela iniciativa privada, considerando-se a capacidade instalada existente, os investimentos e o desempenho aferido a partir dos indicadores de saúde do sistema.

**Fonte:** Elaboração própria

A regulamentação do SUS está marcada pelas Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90, ao longo dos anos mais três leis<sup>2</sup> alteraram a primeira. São elas que regulamentam o Sistema Único de Saúde no território nacional, com base na CF (Santos e Andrade, 2007). No ano de 2011, além do Decreto 7.508 outras duas leis foram aprovadas para dar maior incremento ao SUS. A Lei nº 12.401 que se altera a Lei 8.080/90 ao dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde e a Lei 12.466 que reconhece os espaços de representação municipal e estadual: CONASS, CONASEMS e COSEMS e define suas competências. O Quadro 2 mostra que o teor de ambas está contemplado na lei estadual 6.345/08. Sendo assim, ressaltamos o pioneirismo do Estado de Sergipe em questões relacionadas às possibilidades de ampliar o SUS e de experiências que podem se estender para todo o país.

**Quadro 2** – Desenho comparativo entre a Lei nº 6.345 e as Leis nº 12.401 e nº 12.466

LEI ESTADUAL Nº 6.345 de 02/01/2008	Lei nº 12.401 de 28/04/11	Lei nº 12.466 de 24/08/11
Dispõe sobre organização e funcionamento do SUS em Sergipe. O Estado deve assegurar o acesso universal e igualitário à assistência farmacêutica como parte integrante da assistência terapêutica, conforme padrão e parâmetros de custos definidos pela SES, obedecendo a critérios para estabelecimento	Dispõe sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde estabelecendo critérios de eficácia, segurança e custo-efetividade como condições para a inclusão de novos medicamentos, produtos e procedimentos na lista do SUS.	----

<sup>2</sup> Leis nº 9836 de 24/09/96, a 10424 de 16/04/02 e a 11108 de 8/04/05

de prioridade, alocação de recursos e orientação programática na definição do padrão de integralidade do Estado.		
O COSEMS/SE é reconhecido no Estado como entidade de representação institucional dos Secretários Municipais de Saúde no Estado no colegiado interfederativo e outros fóruns da saúde.	----	Dispõe sobre as comissões intergestores do SUS e reconhece o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e os Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS) como entidades representativas dos entes estaduais e municipais.

**Fonte:** Elaboração própria

Observa-se que as diferenças são de nomenclatura e não de essência no conteúdo das leis mencionadas. A lei Federal é por natureza mais ampla e deve estabelecer diretrizes para orientar os Estados na legislação das singularidades e nos aspectos capazes de atender as suas especificidades. A União regulamentou uma lei nacional e somente pode fazê-lo de maneira geral, sem entrar em detalhes. Vale ressaltar que a lei de Sergipe, anterior ao Decreto nacional, foi elaborada sob uma concepção do SUS sendo a mesma adotada no Decreto.

O contrato de ação pública (CAP) em Sergipe é idêntico ao contrato organizativo da ação pública (COAP) que é Federal, ambos são de natureza organizativa. Nesses documentos está explícito o acordo de colaboração entre os entes federativos para a organização da rede interfederativa de atenção à saúde. O contrato tem a finalidade de garantir a integralidade da assistência aos usuários do SUS, definindo as responsabilidades individuais e solidárias dos entes federativos com relação às ações e serviços de saúde, os indicadores e as metas de saúde, os critérios de avaliação de desempenho, os recursos financeiros que serão disponibilizados, a forma de controle e fiscalização da sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde.

Para tanto, o Ministério da Saúde definiu indicadores nacionais de garantia de acesso às ações e aos serviços de saúde no âmbito do SUS, a partir de diretrizes estabelecidas pelo Plano Nacional de Saúde (Decreto 7508/11). O resultado aferido

a partir desses indicadores servirá como parâmetro para avaliação do desempenho da prestação das ações e dos serviços definidos no COAP em todas as Regiões de Saúde, considerando-se as especificidades municipais, regionais e estaduais.

Assim como acontece no Estado de Sergipe com o CAP o Ministério da Saúde poderá instituir formas de incentivo ao cumprimento das metas de saúde e à melhoria das ações e serviços de saúde.

Carvalho (2005) contribui nesta discussão ao refletir que o contrato consiste no estabelecimento periódico e sistemático de compromissos negociados e acordados entre o nível local e central acerca dos objetivos e metas para um dado período de gestão, com o intuito de induzir a maior participação e a corresponsabilidade na operacionalização. Em contrapartida, a administração central (SES) concede à local (SMS) mais autonomia gerencial, liberando-a do controle dos meios, que passa a ser realizado em cima dos resultados alcançados. O registro abaixo ressalta esse aspecto:

*“[...] a cobrança seria sobre os indicadores, o que interessa são os indicadores de aplicação dos recursos na finalidade, então todo ente passa a ser gestor público pleno, porque a plenitude da gestão não se dá pelo gerenciamento de serviço e sim pela gestão de toda a responsabilidade sanitária, do conjunto” (Gestor 7).*

### **4.3 Reforma Sanitária e Gerencial do SUS em Sergipe**

*“A reforma sanitária e gerencial do SUS em Sergipe na prática construiu um novo conceito de Sistema Único de Saúde, que é na verdade, um somatório das capacidades de produção, gerencial, de gestão, de financiamento dos entes federados com o objetivo de garantir acesso universal e atenção integral” (Gestor 7).*

O processo de uma proposta de mudança ganhou relevância e evidência no Estado de Sergipe quando os atores envolvidos com o Sistema Único de Saúde assistiram a aprovação de uma série de leis, já elencadas na introdução deste trabalho, que desencadearam a reforma sanitária e gerencial do SUS. Portanto, esse arcabouço legal regulamenta o SUS em Sergipe.

Focado no usuário, esta reforma institui a criação de um padrão de integralidade para atender aos cidadãos de forma completa, com listas públicas de acesso aos serviços e sem intermediação política. Além disso, são definidos os papéis de cada ente federado na gestão do SUS facilitando o debate sobre a desjudicialização da saúde, na medida em que, através de contratos de ação pública, estabelece o que o sistema vai ofertar e torna transparentes as responsabilidades dos municípios, estado e união. Ao destacar a integralidade como centro do processo e considerar as condições históricas e sócio-econômicas de cada lugar para conformar redes de atendimento de saúde, esta reforma respeita a descentralização dos serviços para além dos limites territoriais dos municípios, de acordo com a capacidade de financiamento das prefeituras e do Estado (SERGIPE, 2011).

Um aspecto fundamental a ser observado e considerado nesse processo diz respeito à conjuntura da época, em que o gestor estadual possuía posição privilegiada, com a competência técnica (doutor em saúde pública), poder político (deputado estadual) e poder administrativo<sup>3</sup> (gestor) a seu favor. Desta forma, muitas mudanças foram efetivadas. Esse determinismo na relação entre Estado e municípios levou 100% dos prefeitos do Estado de Sergipe a aderir, através de assinatura, ao Contrato de Ação Pública (CAP), equivalente ao Pacto pela Saúde. O CAP tem suas bases na Lei Estadual nº 6.345/07 e em Deliberação do CIE (Anexo C). Para conseguir este êxito foi utilizado a cooptação como forma de convencimento. O depoimento que transcrevemos ressalta esse fato:

*“Com os entes municipais, nós fizemos muita cooptação. Desenvolvemos um plano de investimentos nunca visto na história do nosso estado. Com a construção das clínicas de saúde da família passamos a representar uma esperança. Então, a cooptação veio pela esperança. Eles compreenderam que não mudaria muitas coisas, compreenderam que a gente daria mais consequência e mais transparência ao recurso público aplicado, que acabaríamos com convênios, que faríamos transferência fundo a fundo via decreto e aprovação de política, que não mais nos imiscuiríamos nas questões administrativas locais, nas licitações, etc (Gestor 7).*

---

<sup>3</sup> O poder administrativo corresponde às atividades e processos que implicam o manejo de recursos, o poder técnico se define pelo uso de conhecimentos e tecnologias em qualquer dos níveis de funcionamento no setor saúde, e o poder político, que expressa a defesa dos interesses dos diversos grupos envolvidos no setor (TESTA, 1995).

Foram muitas as críticas à formulação e implantação dessa nova política de saúde, com negociações intensas e tensas (*“foi um debate muito tenso” (Gestor 7)*). Após longos, e por vezes, exacerbados debates, a população, principalmente aquela representada por seus conselhos de classes e sindicatos dos profissionais da área da saúde, viu nascer a reforma sanitária e gerencial do SUS em Sergipe com novos arranjos como: Instituição do Programa Estadual de Parcerias Público Privadas, o Contrato Estatal de Serviços, a organização e funcionamento do SUS em Sergipe e a criação da Fundação Parreiras Horta, todos para a governança da área - saúde.

Neste contexto, Franco e Merhy (2003) ao analisarem modelos tecnoassistenciais em saúde, afirmam que por meio do jogo de pressão e disputas se cria uma correlação de forças que definirão a política de saúde, combinando interesses diversos e fazendo com que essa política favoreça ou não determinados grupos e interesses.

Seguindo essa lógica, ao resgatar a história das políticas públicas, e em especial a da saúde, é possível associar as verdades constituídas, as práticas e subjetividades evidenciadas por Foucault (2003) com respeito às mudanças de modelos de atenção à saúde, as quais foram sendo construídas a partir das disputas dos movimentos sociais, de grupos hegemônicos e da força do próprio Estado (BARRIOS, 2009).

#### **4.4 Contrato de Ação Pública**

*Apesar da criação de espaços de gestão colegiada como as CIB, observa-se uma baixa capacidade de articulação sistêmica por parte dos municípios, estados e União, sendo recente a tentativa de introduzir a metodologia de contratos ou pactos de gestão entre os entes federados (CAMPOS, 2007).*

Um dos principais elementos para assegurar a reforma sanitária e gerencial do SUS em Sergipe é o Contrato de Ação Pública (CAP) estabelecido entre Estado e Municípios para execução das ações e serviços de saúde. Participando em uma

das reuniões do CIE<sup>4</sup>, Lenir Santos diz que “[...] o CAP tem valor jurídico: se o ente federado se comprometer com algo, ele terá que cumprir. O resultado final será construção de um SUS verdadeiro, no qual não há divergência entre a palavra dada e a ação efetiva”.

O CAP de maneira consensual define as diretrizes para a organização das ações e serviços que incumbem a cada ente federado, em todos os seus aspectos, durante o período assinalado, estando ainda em consonância com eixos definidos pelo Ministério da Saúde (no Pacto da Saúde), bem como por todas as bases, princípios e diretrizes do SUS expressos na CF, Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90, na Constituição do Estado, e no conjunto de normas legais e infralegais de organização do SUS nacional (SANTOS e MONTEIRO, 2007).

A partir de critérios como o poder de financiamento das administrações municipais e estadual e de variáveis históricas de oferta e disponibilidade de profissionais no mercado, o contrato define o quanto cada ente irá investir, quais indicadores de saúde serão estabelecidos, como se dará o acesso aos serviços, etc. Estão determinadas ainda, as condições gerais e comuns, bem como as específicas, de cada ente signatário no âmbito do SUS. Para que isso ocorresse, os gestores assumiram conjuntamente o compromisso de organizarem de maneira compartilhada as ações e os serviços de saúde em Sergipe, respeitando as autonomias federativas, reconhecendo que a razão de ser do SUS é o seu cidadão, centro do sistema público de saúde do Estado.

No ano de 2008, ao assinarem o CAP, governador, prefeitos e secretários estadual e municipais de saúde, comprometeram-se garantir a atenção à saúde, respeitando direitos e estabelecendo que todas as autoridades públicas sanitárias e os trabalhadores da saúde devem realizar uma gestão responsável, empenhada com as pessoas desse Estado, ouvindo suas opiniões, expectativas e oferecendo uma resposta de maneira humana e eficiente, garantindo o intercâmbio entre os cidadãos e os serviços de saúde com o objetivo de primar pela sua permanente melhoria, não apenas quanto a sua qualidade técnico-científica, mas também quanto

---

<sup>4</sup> Ata do dia 28/11/08

às relações humanas e interpessoais. Essa determinação foi aprovada através da Deliberação CIE 10/08 (Anexo C).

Desta forma, o contrato conforma o SUS do Estado de Sergipe no tocante às responsabilidades<sup>5</sup> dos entes signatários na rede interfederativa de saúde, em relação à prestação de serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, o seu financiamento e as regras de operacionalização da rede, sempre de acordo com os planos de saúde de cada ente federado, aprovados nos seus respectivos conselhos de saúde.

O Secretário adjunto de Estado da Saúde afirmou que “após a regulamentação da lei federal 8.080 e a partir da assinatura do decreto presidencial nº 7.508 em 2011, o Ministério da Saúde aderiu ao CAP sergipano para construir o Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP), instrumento que definirá as responsabilidades, metas e obrigações dos entes Governo Federal, Estado e municípios dentro do SUS, a nível nacional” (SERGIPE, 2010).

Outros elementos que integram o CAP merecem destaque, como o padrão de integralidade explicado no item a seguir.

#### **4.5. Padrão de Integralidade**

Apesar de não constar nas perguntas do questionário utilizado nas entrevistas este item foi inserido devido a sua importância e por ter sido citado por diversos gestores e técnicos.

---

<sup>5</sup> De acordo com o contrato, os cidadãos terão:

- Garantia de cumprimento do que for pactuado entre Estado e municípios, inclusive porque haverá implicações legais nítidas para quem não fizer sua parte;
- Desjudicialização da saúde para minimizar as pendências jurídicas com a prestação de um serviço qualificado, resolutivo e delimitado para cada ente com clareza e precisão;
- Informações suficientes para saber como trabalham as administrações que elegeram;
- Clareza sobre seus direitos e o que deve ser cobrado de cada gestor público.



De acordo com a Lei nº 6.345/08, a formatação de um padrão de integralidade para o atendimento em todas as redes de saúde de Sergipe passa necessariamente pelos seguintes itens: ambiência (especificando o modelo arquitetônico), insumos (para medicamentos e materiais médico-hospitalares), equipe, oferta de serviços (com implantação de centros de especialidades médicas e odontológica) e organização produtiva do trabalho.

Portanto, a Lei estadual 6.345/08 traz para integrar o padrão de integralidade a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (Renases) e a Relação Nacional de Medicamentos (Rename). A primeira tem como objetivo reunir as ações e serviços que o SUS oferece ao usuário, de acordo com as regiões. A Rename, por sua vez, compreende seleção e padronização de todos os medicamentos disponibilizados pelo SUS (RADIS, nº 109, setembro de 2011). Para que isso ocorra, todos os itens que compõem as listas do Renases e Rename respectivamente foram definidos pela SES, pactuado por consenso no CIE através da deliberação 07/08 e aprovado no CES (ANEXO C).

Para inclusão de qualquer item no padrão de integralidade estabelecido pelo governo estadual, foi criada uma câmara técnica que é responsável pela padronização de incorporação tecnológica de serviços e insumos para ações e serviços de diagnose, medicamentos e terapêutica no SUS do Estado de Sergipe, a qual deve adotar como princípio a determinação de padrões de qualidade e parâmetros de custos que caracterizam a assistência à saúde.

Analisando as atas das reuniões do CIE observamos que em 29 de novembro de 2008 foi aprovado o padrão de integralidade. Em seu depoimento em defesa da aprovação desse item, o secretário de estado de saúde da época disse:

*“[...] a necessidade de estabelecer o padrão de integralidade parte da ideia de que não é possível oferecer todos os serviços ao mesmo tempo em todos os lugares. Por isso, era preciso calcular a logística do trabalho, especificar o quantitativo e características dos mais variados procedimentos a serem ofertados, seu funcionamento e cobertura, sem esquecer a descentralização, regionalização e financiamento, além da complementaridade de ações. [...] para a incorporação de novas tecnologias, a câmara técnica deve levar em consideração o critério epidemiológico técnico-científico, a possibilidade de substituição de uma tecnologia por outra já existente, a necessidade de sua inclusão e a*

*disponibilidade orçamentária e financeira, devendo o interesse coletivo ter a prevalência sobre o individual”.*

Para alguns gestores e técnicos o padrão de integralidade é visto a partir de elementos que se constituem como definidores para o alcance dos objetivos propostos no contrato. Um desses elementos é o financiamento, conforme depoimento abaixo:

*“Padrão de integralidade é definir o que é possível financiar com o dinheiro que a gente tem para todos, garantindo que todos tenham acesso ao que precisam para ter sua necessidade atendida” (Gestor 7).*

*“Padrão de integralidade aqui nunca foi para limitar, era no mínimo tudo que o SUS garantiria e um pouco a mais. O padrão está sempre em processo contínuo de melhoria. Existe um padrão de mobiliário, tem um padrão de dependência que garante para o usuário do SUS segurança, conforto mínimo e suficiente para que o cuidado seja bem feito” (Gestor 8).*

*“[...] a gente quer atender a todos, mas não podemos atender tudo que é demandado sem um critério [...] Fizemos um padrão pra ter legitimidade na justiça, pra dizer não atendo, só que tem uma coisa que tá acima disso tudo, é a vida, é o direito do cidadão a um tratamento, então precisa ser avaliado. [...] os casos que não estão incluídos no padrão são submetidos a uma câmara técnica. Seja medicamento, prótese, agregação de nova tecnologia. Se a coisa ficar repetitiva, incorporamos ao padrão. Já incorporamos dois medicamentos e estamos caminhando para mais um. A câmara técnica estudou fez uma literatura científica e concluiu de que era conveniente, ainda que não tivesse no SUS, nós agregamos (Técnico 4).*

*“O padrão de integralidade é uma tentativa de definir quais são as responsabilidades dos entes em relação à prestação do serviço numa tentativa de colocar certo limite no que seria disponibilizado pelo SUS à população (Técnico 1).*

Para a concretização do padrão, o governo trabalhou o conceito de redes interfederativas<sup>6</sup> com a ideia de que todas as redes se completam de forma horizontal na cobertura territorial e vertical, de acordo com a diversidade e densidade tecnológica existente (Lei Nº 6.345). É a infraestrutura, isto é, é tudo que pode ser considerado como capacidade física de produção, representado por:

---

<sup>6</sup> As redes de saúde podem ser:

- Municipal - através de um conjunto de estabelecimentos que se complementam horizontal e verticalmente no território do município.
- Regional - com um conjunto de estabelecimentos que se complementam e se articulam horizontal e verticalmente numa determinada área geográfica para uma população adscrita com diversidades e densidades tecnológicas definidas de acordo com a escala e particularidades históricas e socioeconômicas de cada região.
- Estadual - com a integração complementar das redes regionais de forma vertical e horizontal no território do Estado.

equipamentos assistenciais próprios, em cogestão, contratados e as redes assistenciais – o *hardware* da saúde (SANTOS, 2006, p.180).

Segundo Andrade (2006), a adoção de instrumentos jurídicos é um dos desafios para o funcionamento das redes regionalizadas. Nesse sentido, a experiência que está sendo desenvolvida em Sergipe tem sido citada como referência em espaços de abrangência nacional.

#### 4.6 O Colegiado Interfederativo Estadual

As instâncias de pactuação, como a CIB, configuram um avanço na tentativa de concretizar um arranjo federal na saúde. Desta forma, as reuniões dessas comissões constituem espaços de expressão de conflitos e construção de consensos entre os gestores, além de representarem oportunidades de trocas de experiências e de formação dos gestores (PIERANTONI, 2003).

Imbuído desse pensamento, no Estado de Sergipe foi implantado o CIE em substituição à CIB, espaço criado para discutir e definir, de forma consensual, a gestão do sistema de saúde no Estado, sua rede regionalizada e hierarquizada, seu financiamento e demais aspectos organizativos, técnicos e operativos (LEI 6.345).

O quadro abaixo mostra a estrutura formal do CIE, que traz pontos comuns, quando comparados com a CIB. É importante destacar que o CIE traz segurança jurídica e competências definidas por lei, enquanto que a CIB traz uma fragilidade, pois, foi determinada por Portaria.

**Quadro 3** - Estrutura formal do CIE comparada à da CIB

<b>CIB</b>	<b>CIE</b>	<b>PONTOS CONVERGENTES</b>
Paritária com 10 membros: 04 da SES 05 dos Municípios	Não Paritária com 09 membros: 01 Secretário de Estado	São foros de negociação

01 do escritório de representação do Ministério da Saúde	da Saúde 01 Presidente do COSEMS 07 Secretários Municipais de Saúde		
Emite Resolução	Emite Deliberação		São publicadas na imprensa oficial
Instituída através de Portaria Estadual	Instituída por Lei Estadual		Possuem Câmara Técnica
---	Conta com os Colegiados Interfederativos Regionais		Possuem Secretaria Executiva
O Secretário de Estado é o Coordenador <sup>7</sup>	O Secretário de Estado é o Presidente		Possuem Plenário
---	---		Possuem calendário de reuniões pré-definido

**Fonte:** Elaboração própria a partir dos dados retirados dos Regimentos Internos da CIB e do CIE.

Diferentemente do Decreto 7.508/11, na lei estadual, a CIB transformou-se em CIE, deixando, portanto, de ser Comissão e passando a ser Colegiado, tendo na sua composição apenas uma representação da Secretaria Estadual de Saúde, no caso o Secretário. Os demais membros são formados por nove Secretários Municipais de Saúde, totalizando 9 componentes neste novo espaço de pactuação.

Procurou-se identificar através dos depoimentos dos gestores como se deu o processo de criação do CIE e porque o Estado fez esta mudança. A maior parte das respostas aponta que a mudança se deu por conta do processo da reforma sanitária e gerencial do SUS em Sergipe:

*“Diante da Reforma Sanitária que aconteceu em Sergipe e através da aprovação da Lei nº 6345, mudou-se de CIB para CIE” (Gestor 1).*

*“Essa mudança se deveu basicamente pela proposta de Reforma Sanitária edificada pela gestão do ex-secretário estadual de saúde. O lado positivo dessa mudança foi exatamente a questão da legislação estabelecida dentro do SUS em Sergipe” (Gestor 2).*

<sup>7</sup> Coordenador: coordena uma equipe de pessoas, distribui tarefas, auxilia na execução e supervisiona o trabalho de cada um individualmente.  
Presidente: autoridade máxima em empresas, em conselhos, tribunais e outras organizações.

*“Na realidade a mudança foi em decorrência da criação da regulamentação da Reforma Sanitária. Foi elaborado um arcabouço jurídico com a inserção dessa instância de pactuação, que foi redenominada, redefinida e reestruturada” (Gestor 3).*

Os depoimentos dos gestores corroboram com a pesquisa de Viana e Lima (2011) que afirmam que Sergipe se caracteriza por um contexto político-institucional favorável onde se destaca a importância do governo estadual na formulação e implantação de políticas de saúde.

Neste estudo, buscou-se saber como se deu o processo de discussão para criação do CIE. Parte significativa dos gestores e técnicos entrevistados afirmam que houve discussões nos espaços institucionais como COSEMS e SES.

*“[...] foi bastante discutido, foi dialogado com todos os secretários, inclusive nas Assembleias do COSEMS para se chegar a conclusão do CIE” (Gestor 1).*

*“Houve uma construção muito intensa do ponto de vista teórico, conceitual no espaço interno da secretaria” (Gestor 7).*

*“[...] então houve discussão, mas, pouco entendimento, não haveria tempo para sedimentar uma discussão tão profunda nos interlocutores, gestores municipais” (Gestor 7).*

*“Existe uma normatização que está posta, que foi aprovada inclusive pela Assembleia Legislativa, que antes passaram por discussões, mas a forma que foi feita, a rapidez que foi feita, não teve o amadurecimento devido” (Gestor 2).*

Outros entrevistados alegam que não houve discussões para a decisão que transformou a CIB em CIE, inferindo-se desta forma, que foi uma ação meramente normativa<sup>8</sup>, pela falta de participação dos atores envolvidos. Os depoimentos refletem a forma como o processo foi encaminhado e o grau de participação dos diversos atores, constatando-se que a decisão não foi suficientemente amadurecida e debatida:

*“[...] foi um “pacotão” lançado e aprovado pela força da maioria dos parlamentares, foi isso, foi público e notório, todo mundo sabe disso” (Gestor 2).*

*“Na realidade não houve adesão, a lei foi criada, enviada para a Assembleia que fez a aprovação, foi publicada e aceitou-se” (Gestor 4).*

---

<sup>8</sup> Ato normativo – são os atos pelos quais a administração exerce seu poder normativo e tem em comum com a lei o fato de emanarem normas, ou seja, atos com efeitos gerais e abstratos. Poder normativo – uma das formas pelos quais se expressa o poder executivo.

Para os entrevistados, um aspecto favorável para a implementação das políticas públicas de saúde ocorrido na reforma sanitária e gerencial do SUS em Sergipe foi a implantação dos Colegiados Interfederativos Regionais. Em seu estudo, Viana e Lima (2011) dizem que o Estado de Sergipe apresenta um contexto histórico-estrutural favorável ao processo de regionalização. Isto se deve em primeiro lugar ao fato que o procedimento de conformação de regiões no estado é antigo e guarda correspondência com a história do desenvolvimento econômico e com os movimentos de ocupação do território. Esse processo deu origem a municípios que agregam infraestrutura de serviços de abrangência microrregional. Em segundo lugar, o estado possui pequena dimensão territorial, o que implica em menores distâncias entre a capital e outros municípios, favorecendo o acesso da população aos serviços que estão concentradas na região metropolitana de Aracaju.

No quadro que se segue, mostramos a divisão das regiões de saúde, que são recortes territoriais inseridos em espaços geográficos, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde (Decreto nº 7.508), devendo garantir o atendimento às demandas da população a elas vinculadas. Com pouco mais de dois milhões de habitantes, o modelo gerencial do SUS adotado em Sergipe considera o Estado como uma macrorregião subdividida em sete regiões. Na sede dessas regiões foram implantados os CIR:

**Quadro 4** – Regiões de Saúde do Estado de Sergipe

<b>MUNICÍPIOS SEDE DE REGIÃO</b>	<b>Nº de MUNICÍPIOS POR REGIÃO</b>	<b>POPULAÇÃO</b>
Aracaju	8	711.114
Propriá	16	154.259
Lagarto	6	240.638
Itabaiana	14	230.871
Estância	10	231.325
Nossa Senhora da Glória	9	153.746
Nossa Senhora do Socorro	12	297.726
<b>TOTAL</b>	<b>75</b>	<b>2.019.679</b>

Fonte: SISPPPI

Quando questionados sobre o funcionamento dos CIR, as falas dos gestores e técnicos entrevistados afluem com o estudo de Viana e Lima (2011). Essas autoras enfatizam que os CIR possibilitam preencher um “vazio” de governança regional no SUS, pois são espaços privilegiados para a identificação de problemas, definição de prioridades e de soluções para a organização da rede assistencial e para novos modelos de relacionamentos. Os registros abaixo ressaltam esse aspecto:

*“Eu diria que houve uma melhora, ainda não está como deveria, mas o fato do CIR existir gerou um novo núcleo de discussão colegiada” (Técnico 3).*

*“Com a criação dos CIR houve um avanço na participação dos gestores. Isso faz com que haja uma discussão maior, mais próxima dos municípios, cada região discute seus problemas e consolida no CIE” (Secretário 1).*

*“O CIR tem um papel fundamental na definição das regras de garantia de acesso, além de ser o lugar onde define e aprova as responsabilidades de todos os entes, que amálgama o contrato de ação pública. O CIR passa a ser uma estrutura de governança sistêmica que acompanha o cumprimento das responsabilidades sanitárias” (Gestor 4).*

Como não havia CIB regional no Estado de Sergipe, a criação dos CIR foi um importante diferencial na implantação do CIE. Todos os entrevistados afirmaram que houve avanços na regionalização estimulados pelo aparecimento dos CIR, destacamos alguns depoimentos que reforçam esta afirmação:

*“CIR tem o seu mérito, que é discutir regionalmente, fazendo com que esse processo de amadurecimento dos problemas locais sejam discutidos na microrregional” (Gestor 2).*

*“Na minha região, graças a Deus, nos reunimos mensalmente, os pontos negativos que são acionados são trazidos para o CIE onde são feita as discussões para a resolução dos problemas de lá. No meu ponto de vista o que é trazido, na maioria das vezes, está sendo resolvido” (Gestor 3).*

*“A experiência hoje para mim é muito interessante, a gente tem sete CIR implantados no Estado, desses, três estão bastante fortalecidos, conscientes das suas discussões e cientes de que os problemas são locorregionais mesmo” (Gestor 4).*

De acordo com as falas dos gestores, a atuação do CIE se mostrou relevante para a regionalização e propôs mudanças institucionais nesse sentido, principalmente com a conformação dos CIR como instância privilegiada de negociação intergovernamental onde é possível haver discussões das políticas de saúde *in loco*.

*“[...] eu acho que a implantação do CIR está ajudando bastante no processo de Regionalização, os gestores discutem e resolvem os problemas na sua região, e por isso essa é uma boa estratégia de gestão. Agora a regionalização realmente está acontecendo” (Secretário 1).*

Nas suas composições, CIB e CIE têm o secretário de estado e o da capital como membros natos. No CIE todas as decisões devem ser por consensos enquanto na CIB, de acordo com o seu Regimento Interno, estas decisões poderiam ser por consenso ou votação de 3/5 dos membros presentes. Procurou-se saber na fala dos entrevistados qual a diferença entre CIB e CIE. Essa nova formação foi percebida pelos secretários, conforme detectado nas narrativas de alguns deles:

*“[...] ela é uma composição em que o estado tem um voto, e os municípios, se a gente considerar as regiões de saúde, eles somam 7 votos. Então essa é a grande questão, as decisões do CIE são sempre consensuais. Então eu acho que esta foi a principal questão que mudou, a gente não tá disputando espaços entre uma esfera federativa e outra, nós estamos compondo esforços no sentido do bem comum”. (Gestor 8).*

*“[...] então em essência ela muda, ela não é uma discussão mais dupla, ela é uma discussão colegiada interfederativa em que todos têm igual peso, iguais condições. (Técnico 3).*

Durante a implantação do CIE<sup>9</sup>, o secretário estadual de saúde à época falou da sua importância enfatizando que *“o CIE é um instrumento de governança instituído por lei. A mudança de CIB para CIE não é apenas semântica. O colegiado traz o conceito de sistema único de fato, onde o SUS será regulado por consenso, e onde o interesse público coletivo será a pauta central”*. Percebe-se nesta fala que a estratégia de relação utilizada foi a de cooperação que é aquela na qual as partes buscam o consenso mediante a negociação, isto é, cada parte cede algo e todas atingem uma situação melhor (MATUS, 1993).

Outros entrevistados relataram que não houve mudanças, conforme pode ser visto nos seguintes depoimentos:

*“Não, nenhuma, a estrutura é a mesma, eu acho que a única diferença é que há uma legislação que ampara e regulamenta aquelas reuniões e aquelas decisões que foram tomadas” (Gestor 4).*

---

<sup>9</sup> Registro na Ata do dia 20/10/2008



*“Hoje a gente olha, operativamente falando, não houve mudança, pareceu que não, a prática diz que não. Porque o grande foco de uma instancia de pactuação é exatamente os pactos, é o consenso”.(Técnico 4).*

*“Não houve mudança, eu não consigo enxergar essa mudança de CIB para CIE porque a lógica do trabalho está sendo a mesma. Houve a mudança do nome, sem necessidade, um nome que nem aumentou, nem acrescentou nada de novo” (Técnico 5).*

Pierantoni e Vianna (2003) afirmam que na CIB, apesar de paritária, a Secretaria Estadual de Saúde (SES) leva vantagem no sentido que os representantes da SES decidem sempre junto com o secretário estadual, considerando que existe uma relação de hierarquia dentro da representação. Por outro lado, a representação municipal integra interesses os mais diversos, desde diferenças paritárias às diferenças de interesses entre municípios grandes e pequenos.

De acordo com Santos (2007) o CIE tem outra lógica, pois vem substituir o formato centralizador de pactuação das CIB, as quais eram formadas pela representação da secretaria estadual de saúde, bem como dos secretários municipais de saúde. As afirmações acima são percebidas pelas opiniões destacadas:

*“A CIB era mais centralizada, hoje, com o CIE as discussões são mais abertas aos gestores. Tem representantes de todas as regionais de saúde. Nós que não somos membros diretos podemos participar discutir temos voz e voto” (Gestor 1).*

*“O Colegiado Interfederativo passa a ser um espaço de pactuação da conformação sistêmica, ou seja, onde se pactua responsabilidade sanitária de cada um e o conjunto que é definido através do contrato de ação pública. A gente sai do sistema “inampiano” para o sistema constitucional SUS” (Gestor 7).*

Numa avaliação a respeito da CIB, Pierantoni e Vianna (2003) dizem que a participação nas reuniões mensais, em geral, é aberta a todos os secretários municipais e às equipes técnicas das secretarias, embora o poder de decisão se limite aos membros formais da comissão.

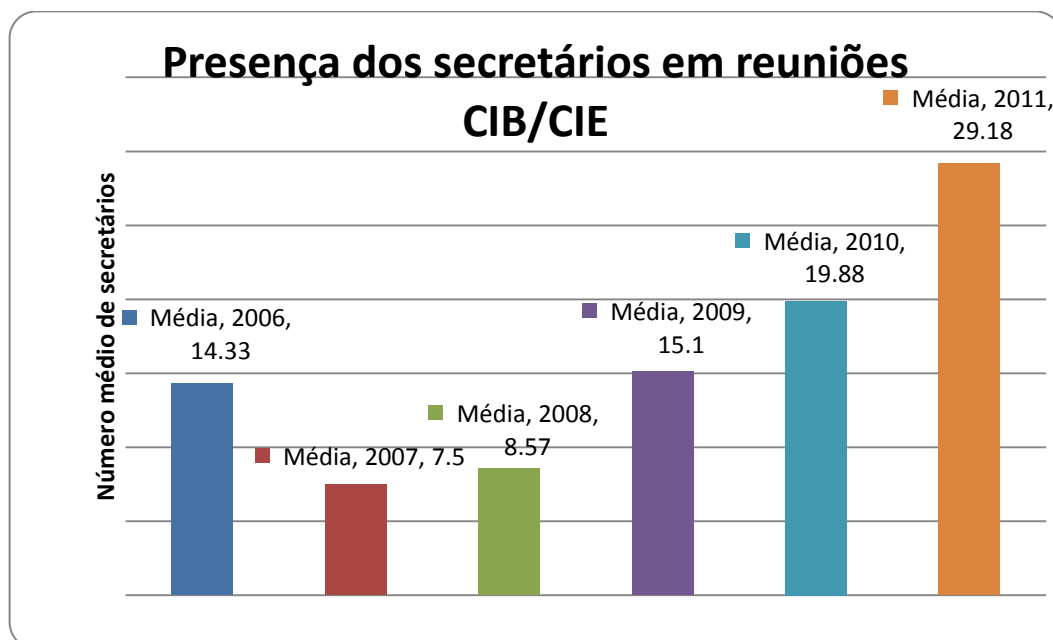
Analisando a lista de presença das reuniões realizadas entre os anos de 2006 a 2008, ainda sobre a atuação da CIB, verificamos que a presença se resumia aos membros da CIB e que o número de reuniões era bastante reduzido (menos de seis reuniões em média por ano) embora regimentalmente estas devessem acontecer

mensalmente. Avaliando as atas do mesmo período, constata-se a rara presença do secretário de estado às reuniões e, talvez isso tenha sido um dos motivos que desestimularam a presença dos gestores municipais. Verifica-se que nas reuniões onde houve maior presença de gestores, foram justamente aquelas em que o secretário de estado esteve presente.

Por outro lado, de 2009 a 2011 com a implantação do CIE, percebe-se que houve um aumento significativo da presença física dos gestores municipais nas reuniões, bem como periodicidade mensal das reuniões.

O gráfico seguinte mostra a média de presença dos secretários municipais às reuniões. O indicador mais negativo aparece no ano de 2007, quando menos de oito secretários (em média) compareceram à plenária, e o maior número da presença dos gestores foi no ano de 2011, com mais de 29 secretários em média presentes às reuniões.

**Figura 1** – Valor médio de secretários por reuniões da CIB/CIE



**Fonte:** Lista de presença das Reuniões

A ausência de alguns gestores às reuniões foi motivo de preocupação por parte do Presidente do COSEMS, externado em duas reuniões consecutivas, conforme registro nas atas dos dias 28 de julho de 2009 e 27 de agosto de 2009,

respectivamente relata o posicionamento do presidente do COSEMS que lamentou a pouca representatividade dos secretários em reunião, principalmente os de pequeno porte e solicitou que todos os secretários municipais participem mais ativamente das reuniões do CIE. Além, de demonstrar sua indignação quanto à postura de alguns secretários municipais, cobrando mais compromisso e envolvimento por parte dos mesmos em participar das reuniões para se inteirar melhor quanto aos assuntos discutidos.

Embora não haja exigência no regimento interno do CIE quanto à participação de todos os gestores e o consenso seja apenas entre os membros do colegiado, as reuniões do CIE é um excelente momento para troca de experiências e de informação e formação dos gestores. Nesse ambiente o gestor melhora a sua visão do sistema de saúde como um todo em detrimento do CIR cujo interesse é apenas local.

A justificativa externada pelo secretário executivo do COSEMS para a não frequência dos secretários municipais revela o quanto o *modus operandi* ainda persiste na cabeça de técnicos e gestores: “*Todos os secretários são convidados via e-mail, mas existem inúmeras razões que justificam suas ausências e os mesmos já estão acostumados a serem representados pelos secretários dos municípios sede de região, devido a composição e representação da antiga CIB* <sup>10</sup>” (Secretário executivo do COSEMS).

Viana e Lima (2001) enfatizam que a valorização da pactuação intergovernamental através da organização e funcionamento do CIE e do CIR, oferece maior legitimidade aos técnicos estaduais e municipais e acentuam o caráter técnico-político das discussões e a amplitude do processo de regionalização em curso – ancorado em políticas de reforma sanitária e gerencial do estado. Percebe-se através dos dados obtidos nesta pesquisa que a implantação dessas instâncias trouxe resultados positivos. Alguns depoimentos corroboram com a afirmação das autoras.

---

<sup>10</sup> Ata do dia 28/06/2009

*“[...] as nossas opiniões vêm prevalecendo, as nossas sugestões são efetivamente registradas, sabemos que precisa mudar muita coisa ainda, mas a participação avançou muito”.(Gestor 1).*

*“[...] antes tudo vinha pronto, hoje nós discutimos e conseguimos até mudar a pauta da reunião, a gente entra na discussão, pede análise, pede vistas e eles respeitam, ou seja, os municípios têm mais direito a voz e as discussões são mais ampliadas” (Gestor 3).*

*“Desde o ano de 2009 todos os CIR foram implantados dando conta das definições legais com a lei 6345 da reforma sanitária. Então a partir do segundo semestre de 2010 eles passaram a ter realmente um funcionamento mais efetivo com criação de secretaria executiva dos CIR, com reuniões mensais, então desde 2010, os colegiados vêm se reunindo praticamente mensalmente com uma articulação muito boa com o CIE que está sempre presente, onde as pautas são discutidas e os resultados são trazidos para o CIE”.(Secretário 2).*

Os achados desse estudo convergem com o estudo de Viana e Lima (2011) quando afirmam que a dinâmica do CIE, permite que haja uma via de comunicação favorável para o desenvolvimento do SUS em Sergipe, pois há um permanente canal de negociação instituído, favorecendo relações intergovernamentais cooperativas, com capacidade de definir as políticas de saúde propostas. No entanto, de acordo com a leitura das atas, verifica-se que os gestores vêm utilizando pouco este espaço constituído por lei.

Apesar das transformações que a reforma sanitária e gerencial do SUS trouxe, ainda persiste a rotina de funcionamento da CIB, em que o Estado conduz este novo espaço de pactuação com poucas mudanças, assimetria de poder entre as instâncias federadas na construção das pautas e nos debates tanto no CIE como no CIR, com maior peso da Secretaria de Estado da Saúde.

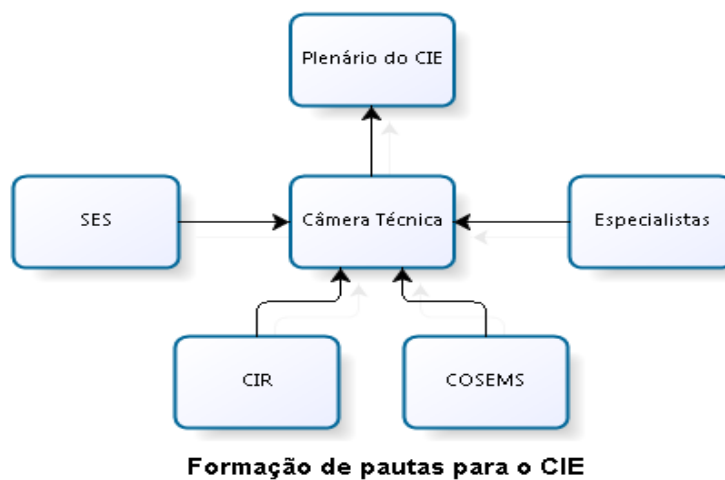
*“Ele (o CIE), não tá funcionando a contento, está funcionando como CIB, como instância deliberativa final. E o CIE é uma instância de homologação das decisões previamente discutidas, e isso não está acontecendo, e as discussões na Câmara Técnica do CIE não valem pra substituir o CIR. A falta de discussão quebra o processo democrático, vulnera o planejamento ascendente”.(Técnico 3).*

A análise das entrevistas indica a necessidade de aperfeiçoamento e fortalecimento do processo cotidiano de diálogo de forma coerente e articulada, construindo o consenso em torno dos problemas e das alternativas de solução, em processo contínuo de negociação entre os atores envolvidos.

#### 4.7 A Construção da Pauta das Reuniões do CIE e a Câmara Técnica

Procurou-se identificar através das entrevistas, a atuação dos gestores de saúde na construção das pautas das reuniões do CIE. A pauta a ser discutida no plenário do CIE é construída na CT após receber as demandas providas da SES, do CIR e do COSEMS, e, caso necessário, após consultar técnicos de diversas áreas (aqui chamados de especialistas), conforme diagrama abaixo.

**Figura 2.** Diagrama com fluxo de formação das pautas.



A análise das atas mostra que o maior fluxo ocorre por ações diretas da SES (muitas vezes por ad referendum) ou por conversa com o COSEMS (na pessoa de seu presidente ou secretário). Essa prática relembra a atuação da CIB em que uma pequena casta tomava as decisões. Além disso, em diversas reuniões percebe-se uma maioria de técnicos e especialistas convidados em detrimento dos representantes legais (secretários). Por um lado, isto informa melhor seus representantes, mas, sem o devido cuidado, isto direciona suas decisões.

Embora não conste no regimento interno, com a entrada em vigor do CIR as pautas deveriam ser formadas basicamente naquele colegiado até porque a reunião do CIR acontece antes da do CIE, portanto, os encaminhamentos diretos deveriam ser evitados. As falas que se seguem explicitam a rotina dos encaminhamentos para a reunião do CIE:

*“A solicitação é feita por qualquer gestor individualmente, ou qualquer CIR, ela é acatada. Pode ser individual, ou seja, por município ou se você quiser fortalecimento, através do CIR” (Gestor 4).*

*“[...] as pautas são definidas de acordo com as necessidades locais regionais ou aquilo que vem por definição do Ministério da Saúde e de interesses da secretaria do Estado” (Gestor 2).*

*“[...] a gente dá entrada aqui (na SES) já leva pra ser discutido direto no CIE. Alguns pontos podem ser incluídos por uma via que não seja o CIR, ou seja, pode vim diretamente aqui” (Gestor 6).*

Estas falas são confirmadas por técnicos como mostra o registro abaixo:

*“A pauta de decisão do CIE deveria ser formada pelas discussões ascendentes do CIR, ou seja, não seria possível pautar nada do CIE que não houvesse sido previamente discutido e pactuado em pelo menos um dos CIR do Estado de Sergipe. Isso não está acontecendo, as pautas estão sendo formadas diretamente, basicamente por interesse do Estado e em alguns casos por interesse do COSEMS, em ambos os casos, nós estamos falando de um ranço da CIB, em que os dois pautavam, então essa sistemática de marcação está equivocada, nem COSEMS e nem estado devem marcar pauta de CIE, elas devem nascer originalmente do CIR”(Técnico 3).*

*“Tem circunstâncias em que posso atravessar essa conversa e sugerir algumas coisas. Às vezes eu faço isso, quando eu vislumbro uma oportunidade, tem portarias ministeriais que são publicadas do dia pra noite, e aí se perder o prazo tem risco de perder recurso, perder uma oportunidade de algo que possa ser bom pro sistema, aí eu me permito fazer isso, mas não quer dizer que é impositivo, é sempre no contexto da discussão democrática e de construção do consenso”(Gestor 8).*

*“A gente percebe que a pauta não vem de baixo pra cima, tá sendo de cima para baixo”(Técnico 5).*

*“[...] a própria secretaria estadual de saúde nas suas áreas programáticas encaminham assuntos que vão direto para câmara técnica e que a gente no CIR, não visualiza essas demandas. E aí na câmara técnica eles discutem e levam já para o CIE tudo organizado pra homologar, a maioria é tudo homologação já por aclamação, sem ter discussões” (Técnico 5).*

Analisando as atas do período de 2009 a 2011, nota-se que as pactuações são realizadas por intermédio da CT<sup>11</sup>. Embora isso faça com que haja agilidade na aprovação dos processos, parece não haver pactuação e discussão entre gestores sobre os mais diversos assuntos. Os acordos são entre a CT e os municípios, CT e o estado ou CT e COSEMS, servindo as reuniões do CIE apenas para homologação sem que haja debates ou combinações entre gestores. Ou seja, de certa forma, os

---

<sup>11</sup>A Câmara Técnica é instância de assessoramento técnico do Plenário do CIE, vinculada administrativamente à Coordenação de Gestão de Sistema, formalizado pelo Secretário de Estado da Saúde e tem a finalidade de subsidiar tecnicamente os processos de pactuação e definir a agenda de trabalho.

gestores não se apropriam, não se empoderam de assuntos de interesse dos municípios.

Numa análise minuciosa das atas, verificamos que dos pontos pautados para as reuniões do período de 2009 a 2011, constatamos que 22,45% dos assuntos foram decididos na CT e apenas referendados na reunião do CIE.

Esse comportamento da CT endossa o coro daqueles que acham não haver diferenças entre CIB e CIE. Os relatos a seguir mostram gestores que discordam do funcionamento e do poder dado à câmara técnica:

*“Então é assim, a câmara técnica ela acontece sozinha, muitas vezes com um representante do COSEMS que não é secretário, ele é técnico, técnico por melhor que seja, não age com o sentimento de secretário, que é diferente. Não é sentimento de poder, é um sentimento de ver a coisa acontecer e das responsabilizações jurídicas, isso fragiliza a tomada de decisão. Ao meu ver, o representante do COSEMS na Câmara Técnica deveria ser um secretário” (Gestor 4).*

*“Muitas vezes essas câmaras técnicas usurpam aquilo que seria o poder decisório dos gestores, o argumento é até bom. Dizer que na câmara técnica há técnicos preparados e na gestão, gestores despreparados. Então vamos deixar que as câmaras técnicas tomem as decisões. Embora o argumento seja louvável, isso não é politicamente aceitável, ou seja, não se pode mudar as regras democráticas porque o seu eleito é irresponsável. É preciso chamar às responsabilidades dos gestores, criar uma cultura de ter gestores, principalmente da saúde e da educação mais bem preparados, com menor rotatividade, pra que se perca essa desculpa, porque embora o argumento seja bom, os meios não justificam o fim” (Técnico 3).*

*“No CIE hoje é só homologação, tá sendo tudo filtrado pela câmara técnica. Os secretários não ficam sabendo das discussões, porque inclusive a pauta da câmara técnica só é emitida para os membros, ela não é divulgada plenamente para todos os municípios, ela fica um pouco fechada, o processo fica limitado sem muita amplitude nas discussões. [...] Na verdade o que vemos hoje no CIE, eu digo uma palavra bem triste: é um marasmo, um descaso. Ninguém tá preocupado com nada, mal se fala, só se faz tecer elogios. Não existe discordância de assunto quase nenhum. As discussões hoje no CIE são ensaiadas na executiva do COSEMS bem como na câmara técnica. Quando chega no CIE a gente não vê secretários com posições firmes que possam abrir uma outra discussão ou mesmo pautar novos acordos” (Técnico 5).*

Quando se fala que o CIE continua funcionando como se fosse a CIB é justamente porque muitos assuntos estão sendo decididos na CT, cuja composição é paritária entre representantes do estado e dos municípios: são oito técnicos com larga experiência, sendo quatro do COSEMS (um do município de Aracaju) e quatro da SES.

Apesar das críticas anteriores, há gestores que elogiam a câmara técnica e de fato ela tem sua importância, porque conduz o CIE promovendo celeridade dos assuntos a serem discutidos como mostra os registros abaixo:

*“Eu acho que a câmara técnica é a grande alma do CIE, porque ela realiza uma discussão prévia, é uma tomada de pulso. O que a gente consegue levar para discussão no colegiado que não deixe aresta pra evitar o consenso. Não quer dizer que só se discuta no CIE coisas previamente discutidas na câmara técnica. A câmara técnica tem um posicionamento e não é por isso que não possa ser discutido lá, e isso acontece” (Gestor 8).*

*“Nada vai antes para uma discussão de colegiado sem discussão ampla de câmara técnica. Esse é que é o grande lance, é você ter uma discussão boa. Eu já participei de algumas reuniões no Ministério, a maioria dos estados não tinha câmara técnica, eles iam para as discussões da CIB completamente alheios. Então, a CIB era demorada, exaustiva, desgastante porque as discussões afluíam num público extenso e isso era péssimo para os gestores. Eu acho que a experiência mostra que o grande avanço, é uma câmara técnica boa, bem participativa, com membros escolhidos que tenham envolvimento com a gestão. Porque você discute, você pactua, vai pro CIE tranquilo, de algo que você já discutiu. Se surgir algo novo ou discussões novas no que ocorrer faz-se um debate mais ampliado, mas nada de discussões grandes, acirradas, de briga, de polêmica (Técnico 4).*

Importante ressaltar que de acordo com o regimento interno, a função da CT é ser um órgão de assessoramento técnico: ela não é um órgão de decisão. O consenso deve ser entre os gestores que compõem o CIE e não entre gestores e técnicos ou, simplesmente, entre técnicos. Assim é necessário um cuidado especial na forma de agir da CT: para não podar e desestimular a participação dos atores sociais envolvidos, para não assumir responsabilidades que são dos gestores. A opinião seguinte enfatiza a necessidade de o COSEMS avaliar sua indicação na composição da CT do CIE.

*“Que eu saiba a câmara técnica é formada por técnicos da SES e do COSEMS”. “(...) E o que o COSEMS fez? Indicou o secretário executivo do próprio COSEMS e uma funcionária do COSEMS. O COSEMS é município, não deveria ser os dois técnicos do COSEMS deveriam ser representantes dos municípios da região, mas o COSEMS é quem deveria tomar essa posição e não toma. O COSEMS hoje é muito mais estadualizado do que municipalizado e os municípios não estão ligando muito para a importância de se tomar essa posição. (...) e o COSEMS vai levando todo mundo assim” (Técnico 5).*

Segundo Silva, 2001, gestores com características desejáveis nem sempre estão presentes nas arenas locais. Suas presenças nesses espaços, com



possibilidade efetiva de articular estratégias factíveis e viáveis coerentes com a reforma da saúde, transformando-se em verdadeiros “sujeitos de mudança”, é fundamental para o êxito da implementação do SUS.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho teve como objetivo analisar a formação, a estrutura e a percepção dos gestores acerca do Colegiado Interfederativo Estadual no Estado de Sergipe. A partir dos depoimentos obtidos e da análise de conteúdo realizada nesta pesquisa, constata-se que, em Sergipe, as políticas públicas de saúde passam por mudanças importantes, as quais reiteram e privilegiam o papel da coordenação interfederativa e indicam seu valor nos processos de regionalização. Efetivamente, para que a “reforma” aconteça é determinante a adesão dos atores que atuam nesse campo. Neste estudo, o posicionamento dos entrevistados foi favorável à implantação do novo modelo estabelecido, condição essa bastante importante para continuar avançando. Com base nos achados e informações fazemos as considerações abaixo.

O setor - Saúde em Sergipe - convida a discutir sobre a reforma sanitária e gerencial do SUS. A análise da formação, a estrutura e os efeitos do Colegiado Interfederativo Estadual em Sergipe sugerem alguns avanços no modelo de descentralização adotado pela política de saúde. Esse colegiado permite a construção da parceria entre estado e municípios e a consolidação de uma prática de negociação entre os gestores locais da política mais equilibrada, democrática e participativa. No entanto, no período analisado percebe-se que ainda é necessário avançar no processo de discussão e formulação coletiva para o enfrentamento dos problemas visando melhor estruturação do sistema municipal e estadual de saúde.

Ao compararmos a CIB com o CIE verificamos mudanças que vão desde a sua composição ao seu fundamento, onde todas as decisões são por consensos. No entanto, essas mudanças, em essência, não foram percebidas por gestores e técnicos porque muitas práticas permanecem as mesmas, ou seja, o Colegiado Interfederativo Estadual está sendo manejado como a Comissão Intergestores Bipartite.

Embora não tenha sido objeto dessa pesquisa, o COSEMS, por estar ligado diretamente aos gestores, foi citado diversas vezes nas entrevistas realizadas com os informantes-chaves, por isso, vale um destaque principalmente no que concerne aos desafios a ele postos. Este importante e grande disseminador de políticas públicas de saúde pode também constituir-se num canal de transmissão muito efetivo de informações acerca da reforma sanitária e gerencial do SUS em Sergipe e das tecnologias duras (regras, normas, portarias, leis, etc.), desempenhando papel educativo aos gestores de saúde, carentes de informações e orientações: por estarem constantemente assoberbados com as obrigações nos seus municípios, por vezes deficitários de técnicos que os dê suporte, ou ainda pela alta rotatividade do cargo. Ao viabilizar capacitações e qualificação aos gestores no que se refere às questões consideradas “técnicas”, o COSEMS contribuirá para torná-los críticos, reflexivos, propositivos, e mais ainda, capazes de exercer suas funções principais, ou seja, acompanhar, fiscalizar e deliberar sobre a Política do SUS.

Na análise realizada percebeu-se que houve, notadamente, aumento da presença física dos secretários municipais nas reuniões do CIE. Esse incremento foi registrado principalmente a partir do momento em que o secretário de estado da saúde também passou a participar com regularidade das plenárias. No entanto, é preciso que os gestores participem efetivamente dos processos de discussões, proporcionando um caminho para que o CIE se consolide como importante espaço de negociação e não apenas sendo um local para cumprimento de normas e portarias verticalizadas e não questionadas. Cabe a todos os atores transformar o CIE num fórum permanentes de direcionamentos das políticas, programas e projetos do SUS.

O estudo documental somado aos relatos dos sujeitos da pesquisa demonstra que, entre os avanços alcançados, a criação do CIR é um importante aspecto a ser considerado: todos os entrevistados foram unânimes em afirmar que o CIR se constitui num fórum de gestão que favorece a busca de soluções para as dificuldades encontradas, além de possibilitar a ampliação das representações municipais, estimulando o aumento do caráter participativo.

No estudo detalhado das atas, no período estudado de 2009 a 2011, percebemos que o consenso foi o instrumento mestre em todos os processos de pactuação, e surpreendentemente, a estratégia de *cooperação* foi a que se apresentou de maneira decisiva entre as partes mediante a negociação. Não identificamos nos seus registros relação de *conflito*, fato que chama atenção, porque a arena aqui relatada trata-se também de um espaço de poder. Quanto a relação de *cooptação*, não foi percebida nas atas, mas o gestor estadual da época, em entrevista, confessou que utilizou desse artifício para convencimento dos gestores municipais na assinatura do CAP. Um fato que contribui para esta conformação é porque o estado de Sergipe vive um momento político favorável (Viana e Lima, 2011), em que há o alinhamento entre os partidos do governo, não havendo praticamente oposição à administração vigente.

A partir dos depoimentos obtidos, quanto a formação da pauta, os entrevistados relataram que estas são elaboradas a partir das demandas provenientes dos CIR, mas que assuntos oriundos dos municípios, da própria SES e do MS podem ser inseridos sem que haja discussões prévias no CIR. Essa prática, de certo modo, enfraquece esse importante espaço de pactuação, já que, as demandas uma vez encaminhadas diretamente ao CIE subtrai uma importante etapa que é a difusão regional das informações e retira do gestor o sentimento de equipe, impedido-o de ver o SUS de forma sistêmica.

Quanto à dinâmica da Câmara Técnica, constatamos que esta desempenha fluxos decisórios definidos e atua como filtro de todas as pautas direcionadas à plenária do CIE. Embora seja uma iniciativa que conduz o CIE promovendo celeridade dos assuntos a serem discutidos, de certa forma este posicionamento, de acordo com os depoimentos obtidos, limita a participação e a propagação das informações no setor saúde para os gestores municipais. Os entrevistados enfatizaram ainda que a sua composição carece da presença de ao menos um secretário para legitimar essa estrutura permanente e decisiva na condução dos assuntos essenciais ao desenvolvimento do SUS em Sergipe. Desse modo, seria de bom alvitre rever sua formação e especificar melhor seus poderes no regimento interno do CIE.

Importante ressaltar que os consensos realizados no CIE e CIR seguem para o CAP - um instrumento de gestão que tem força executória, segurança jurídica e vincula as responsabilidades dos entes federativos, com duas faces aparentemente contraditórias que é a interconexão e interdependência. Portanto, o resultado desse exercício de gestão compartilhada é o objetivo para que o sistema seja mais consistente e funcione do ponto de vista organizativo, aumentando com isso a garantia da integralidade para o cidadão usuário do SUS.

As conclusões desta pesquisa lançam novas luzes sobre a problemática das instâncias gestoras. Do mesmo modo, agregam elementos que podem vir a ser considerados nos futuros projetos de pesquisa. Essas conclusões também ajudam a identificar os constrangimentos e bloqueios que precisam ser superados pelos atores interessados na implementação de mudanças no âmbito da gestão. Novos estudos podem ser feitos no sentido de aprofundar os motivos e as razões pelas quais essa participação ainda é escassa e/ou passiva. O desconhecimento dos aspectos que constituem o SUS, o interesse apenas local e o comportamento pouco ativo dos gestores municipais motivado pela presença de técnicos experientes, são fatores que contribuem para a falta de debates. Ressaltamos ainda o amadurecimento dessa instância de negociação depende dos sujeitos que a compõem e da posição adotada por esses gestores. Portanto, para todos que fazem o SUS em Sergipe, principalmente para os gestores, ainda há grandes desafios para continuar o desenvolvimento do projeto instituído no Estado.

O estudo de caso aqui apresentado trouxe elementos os quais permitiram a compreensão de um conjunto de aspectos relacionados a formação, a estrutura e a percepção dos gestores acerca do Colegiado Interfederativo Estadual no Estado de Sergipe. Os resultados deste estudo podem subsidiar a elaboração de alternativas e estratégias que contemplem a busca de melhoria do desempenho das instâncias de pactuação. É importante frisar que o estado de Sergipe é pioneiro em todas essas mudanças e servirá de exemplo para outras localidades. Trata-se de uma construção que realmente parte do marco zero, pois no país não há parâmetros para tal iniciativa, mas pode contribuir com a implantação das medidas propostas pelo Decreto nº 7508/11.

Para consolidar o SUS em Sergipe e o projeto de Reforma Sanitária, ainda há vários desafios e enfrentamentos a serem ultrapassados. A mudança de prática política e construção de novos paradigmas são fundamentais para consolidar a equidade, integralidade e universalidade. É imprescindível contextualizar a política de saúde como produtora de cidadania (SANTOS 2006).

Quanto aos desafios cabe destacar que o aprendizado dessa experiência em Sergipe depende dos atores envolvidos e requer maior envolvimento, participação, compromisso, paciência e perseverança, principalmente daqueles que estão à frente dos processos respeitando a autonomia na gestão dos entes federados e as várias realidades locais.

## REFERÊNCIAS

ABRUCIO, F. L. **A Coordenação Federativa no Brasil: A experiência do período FHC e os desafios do governo Lula.** Revista de Psicologia e Política Nº 24: p. 41-67 jun. 2005.

\_\_\_\_\_, F. L. **Trajetória recente da gestão pública brasileira: um balanço crítico e a renovação da agenda de reformas.** RAP Rio de Janeiro. Edição Especial Comemorativa: p. 67-86, 2007.

ABRUCIO, F.L.; COSTA, V.M.F. **Reforma do Estado e o contexto federativo brasileiro.** São Paulo: Fundação Konrad-Adenauer-Stiftung e V., 1988. (Cadernos Pesquisas, 12).

ABRUCIO, F. L., SOARES, M. M. (2001). **Redes Federativas no Brasil: cooperação intermunicipal no Grande ABC.** (Série Pesquisas n. 24/2001). São Paulo, Brasil: Fundação Konrad Adenauer-Stiftung.

ALMEIDA, L. P. V. G. de. **Política de recursos humanos em saúde: análise de documentos oficiais do ministério da saúde.** 2007. 94p. Dissertação (Mestrado em enfermagem) – Escola de enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2007.

ALVES, M. C. M de; SANTOS, M. S. S. **A reforma Sanitária em Sergipe no Contexto Atual: O Padrão de Integralidade na Percepção dos Gestores Municipais.** Aracaju/SE, 2010.

ANDRADE, L. O. M. **A Saúde e o dilema da Intersetorialidade.** São Paulo: Hucitec, 2006.

ARRETCHE, M. **Federalismo e Relações Intergovernamentais no Brasil: A Reforma de Programas Sociais.** São Paulo, 1999.

\_\_\_\_\_, M. **Estado Federativo e Políticas Sociais.** Rio de Janeiro: Revan, 2000.

ARRETCHE, M. **Toward a Unified and More Equitable System: Health Reform in Brazil.** In: Crucial Needs, Weak Incentives. Social Sector Reform, Democratization, and Globalization in Latin America, edited by AUFMAN, R. R. and NELSON, J. M. WASHINGTON, D.C., Baltimore and London: Woodrow Wilson Center Press and The Johns Hopkins University Press, p.155-188, 2004.

BANTING, K., CORBETT, S. **Federalism and health-care policy: an introduction.** Forum of Federations. Health Policy and Federalism Workshop (background papers). São Paulo, out. 2001

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Trad. Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 2002.

BARRIOS, G. T. S. **Micropolítica e Gestão Regionalizada da Saúde**: Estudo de caso no Colegiado de Gestão da 4ª Região Sanitária do Estado do Rio Grande do Sul. 2009 (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Maria.

BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. **Coletânea da Legislação Básica (SUDS)**. Brasília: Governo Federal, 1989.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria executiva. **Subcoordenação de planejamento e orçamento**. Sistema de planejamento, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Pactos Pela Saúde**. Brasília, 2006.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do SUS**. Brasília: CONASS, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. **Regionalização solidária e cooperativa**: orientações para sua implementação no SUS/ Ministério da Saúde. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. **Regionalização solidária e cooperativa**: orientações para sua implementação no SUS / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização. – Brasília : Ministério da Saúde, 2007.

CAMPOS, E. S. A. **Captura dos recursos públicos por meio do gasto com pessoal: evidências e reflexões para o caso dos municípios mineiros**. In: Encontro da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Administração – ENANPAD, 31, 2007, Rio de Janeiro. Anais. Rio de Janeiro: ANPAD, 2007.

CARVALHO, G. **Contra a regionalização autárquica e a favor da regionalização ascendente pactuada entre municípios e estados**. Revista CONASEMS, nov. 2005.

CECÍLIO, L. C. O. de. **Colegiados de Gestão em Serviços de Saúde**: um estudo empírico. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 26(3):557-566, mar, 2010.

\_\_\_\_\_, L. C. O. de. **Modelos tecno-assistenciais em saúde**: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 13(3): 469-478, jul-set, 1997.

CONTRATO DE AÇÃO PÚBLICA, 2008 (CAP) [www.saude.se.gov.br](http://www.saude.se.gov.br)

DI PIETRO, M. S. Z. **Direito Administrativo**. Editora Atlas. São Paulo. 24. ed, 2011. p.91.



FALLETI, T. **Efeitos da descentralização nas relações intergovernamentais: o Brasil em perspectiva comparada.** Sociologias, Porto Alegre, ano 8, nº 16, jul/dez 2006, p. 46-85.

FAVERET, A. C. de Sá. **Federalismo Fiscal e Descentralização no Brasil: O Financiamento da Política de Saúde na Década de 90 e Início Dos Anos 2000.** 2002. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder.** 11. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1997.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. PSF: **Contradições de um programa destinado a mudança do modelo tecno-assistencial.** In O trabalho em Saúde: Olhando e experienciando o SUS no Cotidiano. HUCITEC, São Paulo, 2003.

GIOVANELLA, L. **Planejamento estratégico em saúde: uma discussão da abordagem de Mário Testa.** Cadernos de Saúde Pública. Vol. 6 nº. 2. Rio de Janeiro, 1990.

GUIMARÃES, L. e GIOVANELLA, L. **Entre a cooperação e a competição: percursos da descentralização do setor saúde no Brasil.** Revista Panamericana de Salud Publica/Pan Am J Public Health 16(4), 2004 283.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo 2010.** Disponível em: [www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br). Acesso em 21 de dezembro de 2011.

LIMA, J. C.; MARTINS, W. J.; SILVA, J. P. V. **Gestão de sistemas regionais de saúde: da normatização à pactuação democrática.** Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 30, n. 72, 2008.

MATUS, C. **Política, planejamento e governo.** Brasília: IPEA, 1993, 2º vol.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 10. ed. São Paulo: HUCITEC; 2007.

MIRANDA, S. A. **Análise estratégica dos arranjos decisórios na Comissão Intergestores Tripartite do Sistema Único de Saúde.** 2003. (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

OUVERNEY, A. M. **Os desafios da gestão em rede no SUS: situando a regionalização no centro da agenda estratégica da política de saúde.** Saúde em debate, Rio de Janeiro, n. 42, abr. 2008.

PAIM, J. S. **Regionalização em saúde: a atualização de uma agenda política.** Saúde em debate. Rio de Janeiro, n. 42, abr. 2008.

PIERANTONI, C. R, VIANNA, Cid Manso. M. (Orga.). Ângela M. M. de Vasconcelos... et al. **Gestão de Sistemas de Saúde.** Rio de Janeiro: UERJ. 60 p. Instituto de Medicina Social – IMS, 2003. 389 p.

PINTO, I. C. M. **Construção da Agenda Governamental: Atores, Arenas e Processo Decisório na Saúde.** O&S- v.15 - n.44 - Janeiro/Março, 2008

RADIS. **Comunicação em Saúde**, nº 199. p. 18 -19. Setembro, 2011.

RIBEIRO, S. **A Implantação do Pacto de Gestão na Bahia - Período 2006-2009.** 2010. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

SANTOS, L e MONTEIRO, A. L. O. de. **SUS: o espaço da gestão inovada e dos consensos interfederativos: aspectos jurídicos, administrativos e financeiros / SUS.** Campinas; Instituto de Direito Sanitário Aplicado; 2007. 165 p.

SANTOS, L e MONTEIRO, A. L. O. **Redes Interfederativas de saúde: um desafio para o SUS nos seus vinte anos.** Ciência e Saúde Coletiva, 16(3):1671-1680, 2011.

SANTOS, R. C – **Saúde Todo Dia – Uma Construção Coletiva.** São Paulo, Editora Hucitec, 2006.

SERGIPE. Secretaria da Saúde do Estado. **Reforma Sanitária.** Disponível em: [www.ses.se.gov.br](http://www.ses.se.gov.br). Acesso em: 15/11/2010.

SILVA, S. F. **Municipalização da Saúde e poder local: sujeitos, atores e políticas.** São Paulo: Editora Hucitec, 2001.

SOUZA, C. **Regiões metropolitanas: condicionantes do regime político.** Revista Lua Nova nº 59, São Paulo, 2003. Planejamento em Saúde: Conceitos, Métodos e Experiências Carmen Fontes Teixeira (organizadora). – Salvador: EDUFBA, 2010. 161p.

\_\_\_\_\_, C. **Redemocratização, Federalismo e Gasto Social no Brasil: Tendências Recentes.** XXIV Encontro Anual da Associação Nacional de Pós-Graduação em Ciências Sociais (ANPOCS). Estrutura social e desigualdade. Petrópolis, RJ. 23-27 outubro de 1999.

SOUZA, R. R. **O Sistema Público de Saúde Brasileiro.** Brasília. Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: [www.opas.org.br/servico/arquivo](http://www.opas.org.br/servico/arquivo). Acesso em 15/11/2011.

\_\_\_\_\_, R. R. **Construindo o SUS: A lógica do financiamento e o processo de divisão de responsabilidades entre as esferas de governo,** 2002.

TAVARES, M. C. L. **A inserção do Assistente Social no Programa de Saúde da Família em Aracaju: os tempos de um movimento.** 2009. (Doutorado em Serviço Social) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

VIANA, A. L. D e LIMA, L. D de. **Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil.** Rio de Janeiro: Contra Capa, 2011.

WRIGHT, D.S. **Para entender las relaciones intergubernamentales**: estudio introductorio de José Luis Méndez. Mexico, D.F.: Fondo de Cultura Económica, 1997.

SERGIPE. Disponível em: [www.saude.se.gov.br](http://www.saude.se.gov.br). Acesso em 21/01/2011.

## APÊNDICES

### APÊNDICE A - ROTEIRO DAS ENTREVISTAS

1. Por que Sergipe fez a opção de mudança para o CIE?
2. Você poderia contar como se deu o processo de discussão para criação do CIE? Houve o esse processo?
3. Qual a sua opinião em relação ao CIE? Ele vem e muda alguma coisa?
4. Que razões foram apontadas como vantagens para a criação do CIE?
5. Houve resistências em relação a criação do CIE? Se sim, sob que alegações?
6. Para você há diferença entre a CIB e o CIE?
7. Como você analisa o CIE, do ponto de vista de articulação com o CIR?
8. Em sua opinião os gestores conseguem trazer para o CIE as questões que são discutidas no CIR?
9. Está havendo maior participação dos gestores na definição das políticas de saúde após esta mudança?
10. Como são definidas as pautas de reuniões do CIE?
11. Você entende que com o CIE há mais autonomia dos municípios?
12. Fique a vontade para acrescentar qualquer comentário sobre a atuação do CIE.

## **APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO**

### **Universidade Federal da Bahia**

#### **Instituto de Saúde Coletiva**

Rua Basílio da Gama, s/nº 1º andar – Canela

Salvador – Bahia - Brasil - CEP 40110-040

#### **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Título do projeto: Estudo sobre a atuação do Colegiado Interfederativo Estadual no Estado de Sergipe.

Eu, Maria Cecília Mendonça de Araújo Alves, aluna regularmente matriculada no curso de Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, venho convidá-lo (a) a participar da pesquisa intitulada Estudo sobre a atuação do Colegiado Interfederativo Estadual no Estado de Sergipe, sob a orientação da professora Dra. Isabela Cardoso de Matos Pinto, a qual tem como objetivo Analisar o funcionamento do Colegiado Interfederativo Estadual à luz do Decreto 7508/2011. A produção de dados desta pesquisa exige a aplicação de entrevista semi estruturada aos secretários municipais de saúde e técnicos da Secretaria Estadual de Saúde. As perguntas são relacionadas ao processo de discussão para implantação do CIE e da participação dos gestores municipais sobre seu funcionamento.

Ressalta-se que as informações prestadas serão utilizadas exclusivamente para a finalidade da pesquisa, estando submetidas às normas éticas destinadas à pesquisa envolvendo seres humanos da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Ministério da Saúde (MS) do Brasil.

Neste sentido, essas informações serão analisadas e apresentadas à instituição investigada sob a forma de um relatório de pesquisa. Como fins acadêmicos, os resultados elaborados serão apresentados também sob a forma de artigos a fim de serem submetidos a periódicos científicos.

Destaca-se que a participação é voluntária, podendo ser interrompida pelo entrevistado a qualquer momento do estudo. Vale ressaltar que a participação nesta pesquisa não envolve benefício direto ao entrevistado, também não há despesas nem compensações financeiras.

Em qualquer momento, o (a) Sr. ou Sra. terá a garantia de receber a resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a dúvidas sobre os procedimentos da pesquisa, podendo contactar com a pesquisadora responsável pelo estudo no Instituto de Saúde Coletiva/UFBA pelos telefones: (79) 9989-0373 (da pesquisadora principal: Maria Cecília Mendonça de Araújo Alves), mar\_cecili@yahoo.com.br ou pela orientadora Isabela Cardoso de Matos Pinto - (71) 8109-9782, isabelacmp@gmail.com . Além disso, terá garantida a segurança de que não será identificado e que será mantido o caráter confidencial.

Tendo recebido todas as informações e esclarecido dos meus direitos apontados anteriormente, declaro estar ciente do exposto e concordo em participar do estudo, sabendo que poderei retirar meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízos.

Aracaju, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, 2011.

---

Assinatura do informante

---

Maria Cecília Mendonça de Araújo Alves  
Pesquisadora responsável

## **ANEXOS**

### **ANEXO A – REGIMENTO INTERNO DO CIE**

#### **REGIMENTO INTERNO DO COLEGIADO INTERFEDERATIVO ESTADUAL- CIE**

##### **CAPÍTULO I**

##### **Da Natureza e Fim**

Art. 1º - O COLEGIADO INTERFEDERATIVO ESTADUAL - CIE, instância colegiada instituída pela Lei 6.345 de 02 de janeiro de 2008, constitui foro privilegiado de negociação e decisão por consenso quanto aos aspectos relacionados a gestão do sistema de saúde no Estado, sua rede regionalizada e hierarquizada , seu financiamento e demais aspectos organizativos, técnicos e operativos.

Parágrafo Único - O CIE contará em cada Região de Saúde com um COLEGIADO INTERFEDERATIVO REGIONAL - CIR com a atribuição de definir aspectos da integração funcional e operativa dos serviços na região, observadas as decisões do COLEGIADO INTERFEDERATIVO ESTADUAL.

Art. 2º - O COLEGIADO INTERFEDERATIVO ESTADUAL substitui, no âmbito do SUS estadual, as funções da Comissão Intergestores Bipartite, nos termos da Portaria nº. 545/93, de 20 de maio de 1993 do Ministério da Saúde item 2.2.1.

##### **CAPÍTULO II**

##### **Da Composição**

Artigo 3º - O CIE do Estado de Sergipe terá a seguinte composição:

I - Secretário de Estado da Saúde;

II – Presidente do COSEMS – Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde do Estado de Sergipe;

III - Um secretário municipal de saúde representante de cada Região de Saúde, indicados pelo COSEMS;

Parágrafo primeiro – No caso da região de Aracaju o Secretário da Capital é seu representante nato.

Parágrafo segundo – Para cada membro titular será designado um suplente.

### **CAPÍTULO III**

#### **Das Competências**

Artigo 4º - Ao Colegiado Interfederativo Estadual do Estado de Sergipe competirá:

I - regulamentar e orientar os aspectos operacionais do processo de descentralização e da municipalização do SUS/SE;

II – atender às demandas da Comissão Intergestores Tripartite assumindo as funções e responsabilidades atribuídas à Comissão Bipartite Estadual pelo Ministério da Saúde;

III – definir:

a) Competências do Estado e Municípios, disciplinando as atribuições de cada ente no seu território e na regionalização, respeitadas as competências estabelecidas na legislação pertinente;

b) Critérios e parâmetros para a elaboração dos Planos de Saúde;

c) Critérios e parâmetros para a elaboração da Programação Geral de Ações e Serviços de Saúde Individuais e Coletivas;

d) Os critérios de regulação de acesso a ações e serviços de saúde a serem utilizados no Estado de Sergipe, de acordo com o padrão de integralidade.

IV – aprovar:

a) O Regimento interno do Colegiado Interfederativo Estadual e do Colegiado Interfederativo Regional a ser proposto pela SES;

b) Consenso Interfederativo com objetivo de definir as responsabilidades de cada ente federado na rede Interfederativa de serviços, inclusive quanto aos aspectos financeiros e de procedimentos de controle das ações e serviços de saúde;

c) alocação de recursos de acordo com os consensos interfederativos;

d) A incorporação de novas portas de entrada para acesso ao sistema de saúde;

e) o Plano Diretor de Regionalização – PDR proposto pela SES;



- f) As regras para a conformação, a gestão e operação do Sistema Interfederativo de Regulação - SIR, do Complexo Regulatório do SUS, e a regulamentação da Comissão de Gestão do Sistema Interfederativo de Regulação;
  - g) A grade de referência de Urgência e Emergência do Estado de Sergipe;
  - h) Os Contratos de Ação Pública;
  - i) O padrão técnico científico da integralidade da assistência à saúde no SUS/SE e submetê-lo a aprovação do Conselho Estadual de Saúde;
  - j) A criação de listas de ordenamento do acesso às ações e serviços de saúde, de acordo com o padrão técnico e científico da integralidade fundado na estratificação de risco e no critério cronológico;
- V – decidir a respeito de questões encaminhadas pelos Colegiados Interfederativos Regionais.
- VI - outros assuntos de interesse do SUS/SE.

## **CAPÍTULO IV**

### **Da Organização e Funcionamento**

Art. 5º O Colegiado Interfederativo Estadual tem a seguinte organização:

- I - Plenário;
- II - Câmara Técnica;
- III - Secretaria Executiva.

Parágrafo primeiro - O CIE está vinculado a Secretaria de Estado da Saúde – SES que garantirá apoio administrativo, técnico e financeiro para o seu funcionamento;

Parágrafo segundo - O plenário é o órgão de deliberação plena e conclusiva, configurada pelas reuniões ordinárias e extraordinárias dos membros do CIE.

Parágrafo terceiro - A Câmara Técnica é instância de assessoramento técnico do Plenário do CIE, vinculada administrativamente à Coordenação de Gestão de Sistema, formalizado pelo Secretário de Estado da Saúde e tem a finalidade de subsidiar tecnicamente os processos de pactuação e definir a agenda de trabalho;

Parágrafo quarto - A Secretaria Executiva, vinculada administrativamente à Coordenação de Gestão de Sistema, tem por finalidade prestar apoio técnico e administrativo necessário ao pleno funcionamento do Plenário e da Câmara Técnica do CIE.

Art. 6º - O CIE reunir-se-á, ordinariamente, uma vez por mês, em data a ser definida em cronograma anual e extraordinariamente quando convocada pelo Presidente

Parágrafo Primeiro - Os membros que não puderem comparecer serão representados por seus suplentes formalmente indicados.

Parágrafo segundo – O membro que perder a condição de secretário municipal de saúde por exoneração ou renúncia será imediatamente substituído por outra indicação do COSEMS

Parágrafo terceiro - O membro que não comparecer as reuniões por três vezes consecutivas ou seis intercaladas sem a devida justificativa, será substituído por nova indicação do COSEMS;

Parágrafo Quarto - Qualquer alteração no calendário de reuniões ordinárias do CIE deverá ser submetida à aprovação do plenário.

Art. 7º - O Secretário de Estado da Saúde preside o Colegiado Interfederativo Estadual e nas ausências e impedimentos, a presidência será exercida pelo Presidente do COSEMS/SE.

Parágrafo único – Quando do Impedimento do Secretário de Estado da Saúde e do Presidente do COSEMS a Presidência será exercida pelos respectivos suplentes na mesma ordem hierárquica.

Art. 8º - As deliberações do CIE serão tomadas por consenso entre os membros do colegiado.

Art. 9º - Ao Presidente cabe a prerrogativa de deliberar, nos casos de urgência comprovada e relevante interesse, "*ad referendum*" do Colegiado, ouvida a Câmara Técnica.

Parágrafo único - A deliberação tratada neste artigo será submetida à ratificação na primeira reunião subsequente.

Art. 10 - A reunião Plenária terá início com a presença da maioria absoluta (metade mais um) dos membros do Colegiado.

Art. 11 - Sempre que necessário o CIE poderá convidar técnicos para atender a interesses da pauta da reunião.

Art. 12 - Das reuniões do CIE serão lavradas atas sucintas, que informarão o local e data da reunião, nome dos membros presentes, assuntos apresentados e debatidos e as deliberações tomadas.

Art. 13 - No início da reunião será lida e submetida à discussão e votação a ata da reunião anterior.

Parágrafo Único - Quando a cópia da ata tiver sido distribuída com antecedência prévia mínima de 48 (quarenta e oito) horas a leitura poderá ser dispensada.

Art.14 - As atas serão digitadas em folhas soltas com as emendas e anexos admitidos e receberão as assinaturas dos membros presentes e do Secretário Executivo.

Parágrafo Único - As atas serão encadernadas anualmente, para arquivo e consulta.

Art. 15 - As deliberações do CIE serão formalizadas através de Deliberações assinadas pelo Secretário de Estado da Saúde e pelo Presidente do COSEMS-SE.

Parágrafo Único - As deliberações serão arquivadas em ordem cronológica com as emendas e anexos admitidos.

Art.16 – As deliberações do CIE devem ser publicadas na imprensa oficial e encaminhadas, no prazo máximo de 30 dias, para os conselhos de saúde respectivos, para ciência.

Art. 17 – Participarão das reuniões os membros titulares ou suplentes, os integrantes da Câmara Técnica e os convidados indicados pelas entidades integrantes do CIE.

## **SEÇÃO I**

### **Da Câmara Técnica**

Art.18 – O CIE contará com uma Câmara Técnica, encarregada do encaminhamento das propostas, indicando os procedimentos e mecanismos necessários ao processo decisório.

Parágrafo Primeiro - Compõem a Câmara Técnica:

I - 04 (quatro) membros representando a Secretaria de Estado da Saúde;

II – 01 (um) membro representante da Secretaria Municipal da Capital

III - 03 (três membros) representantes do COSEMS;

Parágrafo Segundo - Os membros da Câmara Técnica são designados pelas partes respectivas.

Parágrafo Terceiro – O Coordenador da Câmara Técnica será indicado pelo Presidente do CIE.

Art. 19 - As reuniões da Câmara Técnica deverão ocorrer, no mínimo, 5(cinco) dias antes das reuniões do CIE.

Art. 20 - A versão preliminar da pauta de reunião da CIE será elaborada pela Câmara Técnica mediante sugestões das instâncias que compõem o plenário, e submetidas à apreciação do Presidente do CIE.

Art. 21 – Podem ser criadas Câmaras Técnicas Temáticas, mediante ato do presidente do Colegiado Interfederativo Estadual, para discutir assuntos pertinentes a cada área de atuação do Sistema Estadual de Saúde.

Parágrafo Único - As Câmaras Técnicas Temáticas são instâncias de natureza técnica, criadas por ato do Secretário de Estado da Saúde, para atender a objetivos específicos embasados na explicação de seus objetivos, atribuições e finalidades, que identificam claramente sua natureza, podendo ser compostas por representantes do nível Estadual e/ou do nível Municipal.

## **SEÇÃO II**

### **Da Secretaria Executiva**

Art.22 – O CIE contará com uma Secretaria Executiva, que proverá o seu apoio logístico.

Parágrafo Único - O Secretário Executivo será designado pelo Presidente do Colegiado.

Art. 23 - Cabe à Secretaria Executiva do CIE.

- I - orientar, coordenar e controlar as atividades da Secretaria;
- II - receber, analisar e dar encaminhamento às correspondências dirigidas ao CIE;
- III - providenciar a convocação das reuniões e a divulgação das pautas;
- IV - articular-se com os setores envolvidos quanto às proposições em questão, cabendo-lhe convocar os representantes, quando necessário;
- V - secretariar as reuniões do Colegiado e lavrar as atas assinando-as com o Presidente e demais membros presentes;
- VI - encaminhar aos membros do CIE e Câmara Técnica cópia dos expedientes referentes aos assuntos constantes da pauta das sessões, com antecedência mínima de 48 (quarenta e oito) horas da reunião correspondente;
- VII - divulgar e encaminhar à execução as deliberações tomadas pelo CIE;
- VIII - manter em dia o expediente do CIE;
- IX - executar outras atividades delegadas pelo CIE.

**CAPÍTULO V**  
**Disposições Gerais e Transitórias**

Art.24 - Os casos omissos neste Regimento serão resolvidos pelo Plenário do Colegiado;

Art. 25 - Este regimento entra em vigor na data de sua aprovação.

Sala das reuniões aos 21 de novembro de 2008.

## **ANEXO B – REGIMENTO INTERNO DO CIR**

### **REGIMENTO INTERNO DO COLEGIADO INTERFEDERATIVO REGIONAL – CIR**

#### **CAPÍTULO I**

##### **Da Natureza e Fim**

Art. 1º - O COLEGIADO INTERFEDERATIVO REGIONAL-CIR, instância colegiada instituída pela Lei 6.345 de 02 de janeiro de 2008, vinculado tecnicamente ao COLEGIADO INTERFEDERATIVO ESTADUAL- CIE, constitui foro privilegiado de negociação e decisão por consenso quanto aos aspectos relacionados a gestão em nível regional do sistema de saúde no Estado, em especial quanto aos aspectos relacionados a integração funcional e operativa dos serviços na região para a garantia de acesso, acompanhamento das referências e contra-referências, dos fluxos da clientela e demais aspectos organizativos a nível regional.

#### **CAPÍTULO II**

##### **Da Composição**

Art. 2º - Os CIR do Estado de Sergipe têm a seguinte composição:

I – Um representante indicado pelo Secretário de Estado da Saúde;

II - Secretários de saúde dos municípios que integram a Região de Saúde.

Parágrafo único – cada titular contará com um suplente formalmente designado

#### **CAPÍTULO III**

##### **Das Competências**

Art. 3º - Aos CIR do Estado de Sergipe Compete:

I – pactuar a indicação dos reguladores regionais;

II – discutir as necessidades de oferta da região;

III – propor ao Colegiado Interfederativo Estadual – CIE as alterações e repactuações que se fizerem necessárias para a garantia do acesso aos usuários da região;

IV – resolver as questões de descumprimento nas pactuações regionais para a garantia de acesso;

V- decidir outras questões por delegação do CIE.

## **CAPÍTULO IV**

### **Da Organização e Funcionamento**

Art. 4º -O Colegiado Interfederativo Regional terá a seguinte organização:

I - Plenário;

II - Secretaria Executiva.

Parágrafo Primeiro - O plenário é o órgão de deliberação plena e conclusiva, configurada pelas reuniões ordinárias e extraordinárias dos membros da CIR.

Parágrafo Segundo - A Secretaria Executiva, apoiará a execução das atividades, referentes as deliberações e orientações do Plenário, praticando todos os atos de gestão administrativa necessários ao bom desempenho;

Art. 5º - O CIR está vinculado a Secretaria Municipal de Saúde do Município Sede da Região que garantirá apoio administrativo e logístico para o seu funcionamento;

Art. 6º - O CIR reunir-se-á, ordinariamente, uma vez por mês, em data e horário a ser definida em cronograma anual e extraordinariamente quando convocada por seu coordenador ou por maioria dos seus membros.

Parágrafo Primeiro - Os membros que não puderem comparecer serão representados por seus suplentes formalmente indicados.

Parágrafo Segundo - Qualquer alteração no calendário de reuniões ordinárias do CIR deverá ser submetida à aprovação do plenário.

Art. 7º - O Coordenador do CIR será escolhido entre seus pares, com mandato de dois anos, podendo ser reconduzido a função.



Art. 8º - As deliberações do CIR serão tomadas por consenso dos seus membros.

Parágrafo único - Na ocorrência de uma divergência não superada neste foro, a questão deverá ser levada à deliberação do CIE.

Art. 9 - As reuniões terão início com a presença da maioria absoluta (metade mais um) dos membros do Colegiado.

Art. 10 - Sempre que necessário o CIR poderá convidar técnico do SUS para atender a interesses da pauta da reunião.

Art. 11 - Das reuniões do CIR serão lavradas atas, que informarão o local e data da reunião, nome dos membros presentes, assuntos apresentados e debatidos e as deliberações tomadas.

Art. 12 - No início da reunião será lida e submetida à discussão e votação a ata da reunião anterior.

Parágrafo Único - Quando a cópia da ata houver sido distribuída com antecedência prévia mínima de 48 (quarenta e oito) horas a leitura poderá ser dispensada.

Art.13 - As atas serão digitadas em folhas soltas com as emendas e anexos admitidos e receberão as assinaturas dos membros presentes e do Secretário Executivo.

Parágrafo Único - As atas serão encadernadas anualmente, para arquivo e consulta.

Art. 14 - As deliberações do CIR serão formalizadas através de Deliberações assinadas pelo Coordenador do CIR e pelo representante da Secretaria de Estado da Saúde;

Art.15- As deliberações do CIR devem ser divulgadas, encaminhadas para o CIE e os conselhos de saúde respectivos, para conhecimento.

Art. 16 - técnicos e outros profissionais do Estado e dos Municípios, quando convidados, podem participar das reuniões como ouvintes.

Art. 17 - Representantes de outras instituições só poderão participar das reuniões quando forem oficialmente convidados

## **SEÇÃO I**

### **Da Secretaria Executiva**

Art.18 – O CIR contará com uma Secretaria Executiva, que proverá o seu apoio logístico.

Parágrafo Único - O Secretário Executivo será designado pelo Coordenador do Colegiado, entre servidores dos municípios integrantes da Região de Saúde;

Art. 19 - Cabe à Secretaria Executiva do CIR.

- I - orientar, coordenar e controlar as atividades da Secretaria;
- II - receber, analisar e dar encaminhamento às correspondências dirigidas ao CIR;
- III – elaborar a pauta de reunião do CIR e submetê-la a aprovação do Coordenador do CIR;
- IV - providenciar a convocação das reuniões e a divulgação das pautas que deverá ser encaminhada a todos os integrantes com antecedência de 3 (três) dias;
- V - articular-se com os setores envolvidos quanto às proposições em questão, cabendo-lhe convocar os representantes, quando necessário;
- VI - secretariar as reuniões do CIR;
- VII - encaminhar aos membros do CIR cópia dos expedientes referentes aos assuntos constantes da pauta das sessões, com antecedência mínima de 48 (quarenta e oito) horas da reunião correspondente;
- VII - divulgar e encaminhar à execução as deliberações tomadas pelo CIR;
- VIII - manter em dia o expediente do CIR;
- IX - executar outras atividades delegadas pelo CIR.

**CAPÍTULO V**  
**Disposições Gerais e Transitórias**

Art.20 - Os casos omissos neste Regimento serão resolvidos pelo CIE;

Art. 21 - Este regimento entra em vigor na data de sua aprovação.

Sala das reuniões aos 12 de mês de março de 2009

**ANEXO C- REGIMENTO INTERNO DA CIB**

GOVERNO DE SERGIPE  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
COMISSÃO BIPARTITE INTERGESTORA

Resolução número 01/93

O Plenário da Comissão Bipartite Intergestora do Estado de Sergipe em sua segunda reunião extraordinária, realizada em 01 de outubro de 1993, no uso de suas atribuições

**RESOLVE:**

1 - Aprovar regimento interno da Comissão como adiante vai descrito.

**REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO BIPARTITE INTERGESTORA  
DO ESTADO DE SERGIPE**

**CAPÍTULO I**

**DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES**

**SEÇÃO I**

**PRINCÍPIOS E DEFINIÇÕES**

**ART. 1.** - Este Regulamento regula os direitos e deveres concernentes à Comissão Bipartite Intergestora para fins de cumprimento da fundamentação legal do SUS.

& 1. - A Comissão Bipartite Intergestora é integrada paritariamente por dirigentes da Secretaria de Estado da Saúde e por representação das Secretarias Municipais de Saúde do Estado, na conformidade dos documentos **OUSADIA DE CUMPRIR E FAZER CUMPRIR A LEI, NOB-SUS-93**, criada e formalizada através de portaria do Secretário Estadual de Saúde, sendo a instância privilegiada de negociação e decisão quanto aos aspectos operacionais do SUS.

& 2. - A Secretaria Técnica - Administrativa, grupo de assessoramento à Comissão Bipartite, é integrada paritariamente por técnicos indicados pela Secretaria Estadual de Saúde e pela representação de Secretários Municipais de Saúde de Sergipe, formalizada através de portaria do Coordenador da Bipartite.

**CAPÍTULO II**  
**DA ORGANIZAÇÃO DA COMISSÃO**  
**SEÇÃO II**  
**DA CONSTITUIÇÃO E SEDE**

**ART. 2.** - A Comissão Bipartite Intergestora, criada em 26 de julho de 1993, através da portaria número 61, com sede à Praça General Valadão, 32 - Palácio Serigy, centro, instalada em 23/07/93, atendendo aos princípios estabelecidos na Norma Operacional Básica NOB-SUS-01-93, instituída pela Portaria n.o. 545, de 20 de maio de 1993, do Ministério da Saúde, combinado com os preceitos da Lei Orgânica da Saúde (Leis números 8.080 e 8.142/90), compõe-se paritariamente de dirigentes da Secretaria Estadual de Saúde e por órgão de representação dos Secretários Municipais de Saúde, na conformidade do documento A QUSADIA DE CUMPRIR E FAZER CUMPRIR A LEI.

1. - São em número de 10 (dez) os membros da Comissão Bipartite, sendo 04 (quatro) representantes da Secretaria Estadual de Saúde, 05 (cinco) representantes dos municípios e um representante do Escritório de Representação do Ministério da Saúde.

2. - O Secretário Estadual de Saúde, o Secretário de Saúde da Capital são membros natos.

3. - Os demais membros do Estado devem representar a Assessoria de Planejamento, o Departamento Central de Saúde, o Departamento de Organização e Controle indicados pelo gestor estadual.

4. - Os demais membros dos Municípios devem representar município de grande porte, município de médio porte e município de pequeno porte, indicados pelo Conselho de Secretários Municipais de Saúde - COSEMS/SE, de forma a manter sempre a paridade da Comissão.

5. - Para garantir a paridade, nos impedimentos de qualquer titular, cada parte indicará dois suplentes.

**SEÇÃO III**  
**DOS FINS DA COMISSÃO**

**ART. 3.** - A Comissão Bipartite Intergestora tem por objetivo estabelecer normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização do SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS/SE.

**ART. 4.** - Para a efetivação deste objetivo, compete à Comissão negociar e decidir todos os aspectos do processo de descentralização do SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS/SE.

**ART. 5.** - A Comissão Bipartite Intergestora tem por finalidade:

- a) Regular todos os aspectos operacionais do processo de descentralização do SUS/SE;
- b) Aprovar a programação dos recursos do FUNDO DE APOIO AO ESTADO-FAE, nas condições de gestão parcial e semi-plena;
- c) Analisar e aprovar a programação físico-orçamentária das atividades ambulatoriais do Estado;
- d) Propor ao Conselho Estadual de Saúde adequação nos percentuais de distribuição das cotas de Autorização de Internação Hospitalar - AIH, observando-se o limite de 10% que cabe ao Estado;
- e) Definir os quantitativos de AIHs para os municípios criando, no âmbito do sistema, mecanismos de compensação, com o percentual de 2% mais as AIHs dos municípios que não se enquadrarem em nenhuma condição de gestão, para viabilizar a circulação de AIHs entre os municípios;
- f) Avaliar todos os processos de solicitação dos municípios nas diferentes condições de gestão incipiente e parcial e encaminhando a solicitação para enquadramento na condição de gestão semiplena à Comissão Tripartite para aprovação final;
- g) Submeter à aprovação do Conselho Estadual de Saúde a proposta de critérios orientadores do processo de municipalização no Estado;
- h) Cumprir o prazo de 45 dias a partir da data de entrega de solicitação de enquadramento pelo município, em qualquer das condições de gestão, para análise, manifestação e encaminhamento ao Ministério da Saúde;
- i) Acompanhar e avaliar o processo e o estágio da municipalização.

#### SEÇÃO IV

#### DOS MEIOS

**ART. 6.** - Compete à Comissão:

- a) Propor, através de pauta previamente estabelecida, questões que serão discutidas e decididas de forma consensual ou forma de votação de 3/5 dos membros presentes;
- b) Promover as reuniões ordinárias a cada última quinta-feira do mês, ou no dia útil subsequente, em caso de feriado, ficando as extraordinárias da maioria dos membros ou do Coordenador que fará a convocação com antecedência de 48 horas;

c) Encaminhar, quando couber, as deliberações ao Conselho Estadual de Saúde para conhecimento, análise e aprovação.

### CAPÍTULO III

#### DA COORDENAÇÃO

##### SEÇÃO V

#### DA COORDENAÇÃO

**ART. 7.** - A Comissão Bipartite Intergestora será regida por uma Coordenação, composta de um coordenador, assessorados por uma Câmara Técnica-Administrativa.

**ART. 8.** - O Coordenador será eleito pelos pares e terá mandato de 01 (um) ano, podendo ser reeleito.

**ART. 9.** - São atribuições do Coordenador:

- a) Convocar e presidir as reuniões ordinárias e extraordinárias;
- b) Administrar a Comissão coordenando ações que objetivem dar uma visão integrativa, interinstitucional e participativa das atividades sob sua responsabilidade;
- c) Manter sistematicamente as reuniões da Comissão Bipartite Intergestora;
- d) Cumprir e fazer cumprir as deliberações da Comissão Bipartite e do Conselho Estadual e Nacional de Saúde;

**ART. 10.** - São atribuições do Vice, substituir o Coordenador nas suas faltas e impedimentos cabendo-lhe, nesse caráter, todas as atribuições daquele, além de outras que lhe forem delegadas pelo Coordenador.

**ART. 11.** - São atribuições da Secretaria Técnica-administrativa:

- a) Assessorar a Comissão Bipartite Intergestora;
- b) Analisar e emitir parecer sobre os processos e solicitações encaminhados;
- c) Estudar, sugerir e propor medidas visando à operacionalização da NOB-SUS/93 e a regulamentação do processo de descentralização em Sergipe;
- d) Desenvolver mecanismos estratégicos e metodológicos para melhor concepção dos trabalhos;
- e) Participar das reuniões da Bipartite com direito a voz;

f) Analisar a programação de recursos do Fundo de Apoio ao Município-FAE;

g) Analisar a programação físico-orçamentária das atividades ambulatoriais, elaboradas pelo Estado;

h) Propor modificações dos percentuais do teto quantitativo de AIH;

i) Propor mecanismos para o funcionamento da distribuição dos quantitativos de AIHs;

j) Emitir parecer técnico sobre os processos de solicitação de enquadramento dos municípios, em qualquer das três condições de gestão, sugerindo a definição dos convênios para as condições de gestão incipiente e parcial, no prazo máximo de 30 (trinta) dias a partir da data de solicitação;

l) Analisar cronograma proposto pelos municípios que querem se enquadrar nas condições de gestão incipiente, para o cadastro das unidades, na Secretaria Estadual de Saúde;

m) Responder pelo expediente administrativo da Comissão;

n) Registrar as reuniões em atas.

& 1. - A Câmara Técnica-administrativa será composta por quatro membros e quatro suplentes, sendo que cada parte indicará metade deles;

& 2. - A Secretaria Técnica-administrativa funcionará diariamente na sede da Comissão Bipartite;

& 3. - A Coordenação da Secretaria Técnica-administrativa de caráter técnico-administrativo, ficará a cargo de um técnico escolhido pela comissão.

## CAPÍTULO VI

### DOS DEVERES DOS REPRESENTANTES

#### SEÇÃO VI

#### DOS DEVERES

**ART. 12** - São deveres dos representantes:

a) Aprovar e definir os convênios de Municipalização nas condições de gestão incipiente e parcial, e encaminhar à Comissão Tripartite para aprovação final na condição de gestão semiplena;

b) Buscar viabilizar o processo de descentralização e efetivação do SUS;



- c) Deliberar sobre o disposto nas alíneas b a e do artigo 12;
- d) Cumprir disposições deste regimento;
- e) Desempenhar as funções para as quais forem designados.

#### SEÇÃO VII

#### DAS PENALIDADES

**ART. 13.** - A Comissão Bipartite Intergestora pedirá substituição do membro que não comparecer às reuniões por três vezes consecutivas ou cinco intercaladas;

& UNICO - Não serão aplicadas as penalidades quando a ausência for considerada efetivo exercício.

#### CAPÍTULO VII

#### DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

#### SEÇÃO VIII

**ART. 14.** - O presente Regimento só poderá ser reformulado por deliberação da Comissão Bipartite Intergestora, para este fim especialmente convocada e mediante consenso ou forma de votação de 3/5 dos membros presentes.

**ART. 15.** - Os casos omissos e as dúvidas surgidas na aplicação deste Regimento serão resolvidas pela Comissão Bipartite Intergestora.

**ART. 16.** - Este Regimento entrará em vigor na data de sua aprovação.

Aracaju, 01 de outubro de 1993

Manoel Messias de Andrade  
Secretário de Estado da Saúde

**ANEXO D - DELIBERAÇÕES DO CIE**

GOVERNO DE SERGIPE

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

**SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE  
COLEGIADO INTERFEDERATIVO ESTADUAL****DELIBERAÇÃO Nº. 12/08**

O Colegiado Interfederativo Estadual, em sua Reunião Ordinária do dia 10 de dezembro de 2008, no uso de suas atribuições, considerando ampla discussão com a participação da Câmara Técnica do COSEMS/SE e de Grupos Técnicos da Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe,

*Considerando* que o Contrato de Ação Pública passa a ser o principal instrumento de definição política do Sistema Único de Saúde de Sergipe;

*Considerando* que o Contrato de Ação Pública reflete as responsabilidades sanitárias de cada ente federado;

*Considerando* que as responsabilidades sobre a garantia de acesso às ações e serviços de saúde, acordes ao Padrão de Integralidade, consubstanciam a Programação física e financeira contida no Anexo V do Contrato;

*Considerando* que essa Programação foi formatada levando em conta as necessidades da população sergipana para com o SUS-SE;

*Considerando* que com a formatação pela necessidade se evidencia a demanda por incremento na oferta de serviços e por racionalização de fluxos e recursos;

*Considerando* que tais ajustes demandam novos investimentos e planejamento de custeio e logística de médio e longo prazos;

*Considerando* que os ajustes na Programação e a execução desses investimentos decorrem de decisão política que deve ser submetida aos novos Gestores a serem empossados a partir de Janeiro de 2008; e


*Considerando* que não pode haver solução de continuidade às ações e serviços programados,

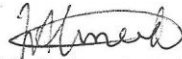
**DELIBERA:**

**FICA APROVADO** o Contrato de Ação Pública do Estado de Sergipe, e os anexos: Padrao de Integralidade, Diretrizes Gerais para Conformação do Mapa Sanitário e Programação Geral de Ações e Serviços de Saúde Individuais e Coletivos – PGASSIC, com as seguintes ressalvas:

1. Que inicialmente, será exigido dos signatários que mantenham, no mínimo, a produção realizada no ano de 2008; comprometendo-se os entes federados a redefinir, no primeiro semestre de 2009, o financiamento e a execução das ações e serviços programados;
2. Que não haverá diminuição ou descontinuidade nas ações e serviços pactuados.
3. Que será definido cronograma para a efetivação da oferta de ações e serviços (com base nas necessidades da população) acordada.

Aracaju, 10 de dezembro de 2008.

  
Rogério Carvalho Santos  
Secretário de Estado da Saúde  
Presidente do CIE/SE

  
p/ Murilo Porto de Andrade  
SMS de Canindé de São Francisco  
Presidente do COSEMS/SE



GOVERNO DE SERGIPE

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

**SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE  
COLEGIADO INTERFEDERATIVO ESTADUAL**


**DELIBERAÇÃO Nº. 07/08**

O Colegiado Interfederativo Estadual, em sua Reunião Ordinária do dia 28 de novembro de 2008, no uso de suas atribuições, considerando ampla discussão com a participação da Câmara Técnica do COSEMS/SE e de Grupos Técnicos da Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe,


**DELIBERA:**

**APROVAR** o Padrão de Integralidade da Assistência à Saúde no Estado de Sergipe.

Aracaju, 28 de novembro de 2008.



Rogério Carvalho Santos  
Secretário de Estado da Saúde  
Presidente do CIE/SE



Murilo Porto de Andrade  
SMS de Canindé de São Francisco  
Presidente do COSEMS/SE



GOVERNO DE SERGIPE

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

**SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE  
COLEGIADO INTERFEDERATIVO ESTADUAL**


**DELIBERAÇÃO Nº. 04/08**


O Colegiado Interfederativo Estadual de Sergipe, considerando o Parecer da Câmara Técnica e fundamentada na Resolução CIB Nº 08 de 03 de maio de 2001.

**DELIBERA**

**APROVAR** o Regimento Interno do Colegiado Interfederativo Estadual – CIE.

Aracaju, 21 de novembro de 2008.

  
Rogério Carvalho Santos  
Secretário de Estado da Saúde  
Presidente do CIE/SE

  
Murilo Porto de Andrade  
SMS de Canindé de São Francisco  
Presidente do COSEMS/SE