

NEREIDE LÚCIA MARTINELLI

**A regionalização da saúde no Estado de Mato Grosso: o processo de
implementação e a relação público-privada na região de saúde do
Médio Norte Mato-grossense**

Tese apresentada à Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo para obtenção do título
de Doutor em Ciências

Programa de Medicina Preventiva

Orientadora: Profa. Dra. Ana Luiza D'Ávila Viana

**São Paulo
2014**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Martinelli, Nereide Lúcia

A regionalização da saúde no Estado de Mato Grosso : o processo de implementação e a relação público-privada na região de saúde do Médio Norte Mato-grossense / Nereide Lúcia Martinelli. -- São Paulo, 2014.

Tese(doutorado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
Programa de Medicina Preventiva.

Orientador: Ana Luiza D'Ávila Viana.

Descritores: 1.Regionalização 2.Política de saúde 3.Sistema Único de Saúde
4.Planejamento em saúde 5.Assistência à saúde 6.Investimentos em saúde
7.Análise qualitativa 8.Análise quantitativa 9.Entrevista

USP/FM/DBD-247/14

AGRADECIMENTOS

Este momento é muito especial, e estou muito feliz por mais esta formação. Foi prazeroso fazer esta pesquisa. Estive motivada o tempo todo. Tudo valeu.

Agradeço à minha orientadora, Dra. Ana Luiza D'Ávila Viana, a quem admiro, pela habilidade, competência e sabedoria ao conduzir-me neste aprendizado. Seus conhecimentos e entusiasmo pela pesquisa, sem dúvida, me estimularam para querer aprender mais e querer fazer melhor. Obrigada. Você foi generosa confiando e acreditando que posso contribuir.

Ao professor João H. G. Scatena, amigo de trabalho, a quem, da mesma forma, admiro, pelo conhecimento e pela pessoa que é. Seu profissionalismo, simplicidade e dedicação são admiráveis. Obrigada pela amizade e apoio.

Ao meu querido sobrinho Vinicius, que me acolheu com tanto carinho em sua residência em São Paulo. Obrigada, você foi companheiro.

À minha mãe Terezinha, ao meu pai Antelmo (in memoriam), à minha irmã Cristina, aos meus irmãos Vanderci e Luiz, obrigada pelo apoio e dedicação que me oferecem, por acreditarem em mim e naquilo que faço e por todos os ensinamentos de vida. Ao meu cunhado Jorge, obrigada pelo apoio você foi muito gentil.

Ao Geraldo, marido amado e companheiro, obrigada pela dedicação a mim dispensada em todos os momentos desta minha trajetória de estudo. Seu incentivo e apoio foram determinantes.

Aos meus filhos, Leonardo e Victor, meus príncipes e diamantes da minha vida, obrigada por sempre me incentivarem. Desculpem-me pelas vezes que precisei privá-los de nossos momentos em família.

Compartilho com toda minha família esta minha vitória. Vocês me fortaleceram para lutar pelo meu objetivo.

Aos profissionais entrevistados, Edna, Roberto, Claudete, Luciana, Eli, Marcos, Gleice, Andreia, Clestiane, Amarante, Nivea, a Sueli Coutinho e Juliano, obrigada. Vocês foram receptivos. A todos vocês, à equipe do ERS Tangará da Serra e aos Secretários Municipais de saúde da região, obrigada. A vocês dedico todo este trabalho.

SUMÁRIO

RESUMO

ABSTRACT

1 INTRODUÇÃO	2
2 FEDERALISMO E REGIONALIZAÇÃO NO BRASIL	17
3 INSTITUCIONALIDADE E GOVERNANÇA NO TERRITÓRIO	36
4 O ESTADO DE MATO GROSSO E A REGIÃO DE SAÚDE DE TANGARÁ DA SERRA.....	57
5 AS ESTRATÉGIAS DE REGIONALIZAÇÃO NO ESTADO E NA REGIÃO DE SAÚDE DE TANGARÁ DA SERRA.....	77
6 O COMPLEXO REGIONAL E A INSTITUCIONALIDADE DA REGIONALIZAÇÃO NA REGIÃO DE SAÚDE DE TANGARÁ DA SERRA	93
6.1 O complexo regional	93
6.2 Institucionalidade da região.....	109
7 GOVERNANÇA DO PROCESSO DE REGIONALIZAÇÃO NA REGIÃO DE SAÚDE DE TANGARÁ DA SERRA	132
8 DECISÃO E INTERSETORIALIDADE NA REGIÃO DE SAÚDE DE TANGARÁ DA SERRA.....	143
9 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	158
10 REFERÊNCIAS	171

LISTA DE SIGLAS

AIH	Autorização de Internação Hospitalar
ANS	Agência Nacional de Saúde
CAP	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CGR	Colegiado de Gestão Regional
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIES	Comissão Interinstitucional de Ensino e Serviço
CIR	Comissão Intergestores Regional
CIS	Consórcio Intermunicipal de Saúde
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COFINS	Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASP	Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária
CONASS	Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
COSEMS	Conselho de Secretários Municipais de Saúde
CRR	Central Regional de Regulação
EC-29	Emenda Constitucional 29
ERS	Escritório Regional de Saúde (ERS),
ESF	Equipe de Saúde da Família
ESP	Escola de Saúde Pública
FAS	Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social
FGTS	Fundo de Garantia de Tempo de Serviço
IAP	Institutos de Aposentadoria e Pensão
ICMS	Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INEMAT	Instituto de nefrologia de Mato Grosso
INPS	Instituto Nacional da Previdência Social

LDO	Lei de Diretrizes Orçamentária
LOA	Lei Orçamentária Anual
LOPS	Lei Orgânica da Previdência Social
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Norma Operacional da Assistência a Saúde
NOB	Normas Operacionais Básicas
OS	Organização Social
PAB	Piso da Atenção Básica
PACIS	Programa de Apoio e Implementação dos Consórcios Intermunicipais de Saúde.
PACS	Programa de Agente Comunitário de Saúde
PAREPS	Plano de Ação Regional para a Educação Permanente em Saúde
PASCAR	Programa de Apoio a Saúde Comunitária de Assentados Rurais
PASF	Programa de Apoio a Saúde da Família
PDI	Plano Diretor de Investimentos
PDR	Plano Diretor da Regionalização
PES	Plano Estadual de Saúde
PIAMAB	Programa de Incentivo ao Alcance de Metas da Atenção Básica
PIB	Produto Interno Bruto
PNEP	Política Nacional de Educação Permanente
PPA	Plano Plurianual
PPI	Programação Pactuada e Integrada
PSB	Programa de Saúde Bucal;
PSF	Programa de Saúde da Família
PTA	Plano Anual de Trabalho
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RGM	Relatório de Gestão Municipal
SADT	Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapia
SIA	Sistema de Informações Ambulatoriais
SAMU	Serviço de Apoio a Urgência-Emergência
SECITEC	Secretaria de Estado de Ciência e Tecnologia
SENAC	Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial
SER	SUS Sistema de Referência Estadual
SES	Secretaria de Estado de Saúde
SIH	Sistema de Informações Hospitalares
SIOPS	Sistema de informações de orçamentos públicos de saúde

SISPPPI	Sistema de Programação Pactuada e Integrada
SISREG	Sistema Nacional de Regulação
SMS	Secretarias Municipais de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCG	Termo de Compromisso de Gestão
TFD	Tratamento fora do Domicilio
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNEMAT	Universidade do Estado de Mato Grosso
UNIC	Universidade de Cuiabá
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
VISA	Vigilância Sanitária

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Pirâmide etária do Estado de Mato Grosso, 2010.....	58
Figura 2	Regiões de saúde, escritórios regionais e respectivos municípios, Mato Grosso, 2012.....	80

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Municípios de Mato Grosso, segundo variáveis demográficas da região de Saúde de Tangará da Serra.....	61
Tabela 2	Municípios de Mato Grosso, segundo PIB (em R\$ <i>per capita</i>) e seus componentes, da região de saúde de Tangará da Serra, 2008.....	62
Tabela 3	Distribuição das despesas <i>per capita</i> sob responsabilidade municipal: (despesas totais) e despesas com recursos exclusivamente municipais. Região de Tangará da Serra, Mato Grosso, 2002, 2005 e 2009	64
Tabela 4	Número de estabelecimentos de saúde por categorias selecionadas e tipo de prestador, segundo municípios da Região de Saúde de Tangará da Serra, 2010	66
Tabela 5	Distribuição de leitos por município, segundo tipo de prestador e disponibilidade para o SUS. Região de Saúde Médio Norte, MT, dezembro de 2010	70
Tabela 6	AIH pagas (por 100 habitantes) em triênios, segundo município de residência e de internação, Região de Saúde de Tangará da Serra, Mato Grosso, 2001-2009	71
Tabela 7	Cobertura populacional do setor de saúde suplementar por município. Região de Saúde de Tangará da Serra, Mato Grosso, 2000, 2005 e 2010.....	72

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Matriz de análise do processo de regionalização na região de Tangará da Serra, Estado de Mato Grosso - Dimensão Institucionalidade da regionalização.....	12
Quadro 2	Matriz de análise do processo de regionalização na região de Tangará da Serra, Estado de Mato Grosso-Dimensão Governança da regionalização.	12
Quadro 3	Matriz de análise do processo de regionalização na região de Tangará da Serra, Estado de Mato Grosso-Dimensão Impactos da regionalização.	13
Quadro 4	Potencialidades e limitações do setor público na região de saúde de Tangará da Serra, no período do Pacto pela Saúde - 2006 a 2011....	167
Quadro 5	Potencialidades e limitações do setor privado na região de saúde de Tangará da Serra, no período do Pacto pela Saúde - 2006 a 2011.....	168
Quadro 6	Fatores que facilitaram e dificultaram o processo de regionalização na região de Tangará da Serra no período do Pacto pela Saúde - 2006 a 2011.....	168
Quadro 7	Complexo Regional da Região de Saúde de Tangará da Serra, no período do Pacto pela Saúde - 2006 a 2011.....	169

RESUMO

Martinelli NL. *A regionalização da saúde no Estado de Mato Grosso: o processo de implementação e a relação público-privada na região de saúde do Médio Norte Mato-grossense* [Tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2014.

A regionalização da saúde está contemplada no artigo 198 da Constituição Federal de 1988 e é uma diretriz do SUS, que prevê a articulação dos três entes federativos para a conformação do sistema de saúde e a efetivação do direito à saúde. Na implementação do SUS, a regionalização ganha destaque nos anos 2000, mas, no Estado de Mato Grosso, a partir de 1995, a reorientação político-institucional da Secretaria de Estado da Saúde definiu estratégias para a implementação do SUS por regiões de saúde e fortaleceu as instâncias públicas regionalizadas. A partir de 2003, houve trocas sucessivas do gestor estadual de saúde, com repercussão na maneira de conduzir a política estadual de saúde e, apesar da institucionalidade anteriormente construída, o processo de regionalização sofre certa estagnação. O presente estudo de caso analisa o processo de regionalização da saúde e o mix público-privado no sistema de saúde da região do Médio Norte do Estado, no período de 2006 a 2011. Tal recorte se justifica pela edição do Pacto pela Saúde 2006, que contempla a regionalização. Faz-se uso de análise qualitativa das entrevistas realizadas com informantes-chave e se utiliza de análise quantitativa de dados secundários. Com essas informações, pôde-se caracterizar os mecanismos e instrumentos adotados, bem como as relações público-privadas no sistema público de saúde; compreender como ocorre o processo decisório, a relação e a interação dos diversos atores que compõem o complexo regional desta região de saúde. Na região em estudo, na vigência do Pacto, a SES preservou e criou novos incentivos, manteve o Consórcio Intermunicipal de Saúde, implantou leitos de UTI, conservou o convênio com o hospital municipal de referência regional e sustentou os convênios com clínicas e laboratórios de apoio diagnóstico do setor privado. O CGR foi criado, mas sua governabilidade sobre a macropolítica da região é parcial e, embora seja um espaço de decisão colegiada, ainda tem características do somatório das partes e gera as mais diversas consequências na governança da política regionalizada. O PDR e o PDI não foram atualizados, a regulação da assistência que era desenvolvida pela região foi recentralizada, a SES atrasou o repasse dos incentivos financeiros aos fundos municipais de saúde e não investiu na construção do hospital regional. Apesar da trajetória do Estado na regionalização da saúde, a estrutura da rede pública de atenção à saúde não se expandiu e as parcerias estabelecidas com o setor privado fortaleceram sua participação na rede de atenção e têm influenciado o sistema regional de saúde. A região precisa da coordenação do estado na condução do processo de regionalização, sem a qual seu avanço fica comprometido.

Descritores: Regionalização; Política de saúde; Sistema Único de Saúde; Planejamento em saúde; Assistência à saúde; Investimentos em saúde; Análise qualitativa; Análise quantitativa; Entrevista.

ABSTRACT

Martinelli NL. *The health's regionalization in the State of Mato Grosso: the process of implementation and the relationship public-private in the region's health of the Middle North's Mato Grosso* [Thesis]. "Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo", 2014.

The Regional Health Planning is included at Art.198 of the Constitution of 1988 and it is a guideline the SUS that provides for the combination of the three federative for shaping the health system and the realization of the right to health. At the implementation of SUS, Regional Health Planning gained prominence in the 2000s, but in the state of Mato Grosso, since 1995 the reorientation political-institutional of the SES defined strategies to implementation of the SUS by regions the health and strengthened regionalized public instances. Since 2003 there were successive exchanges of state health manager, with repercussions on the manner to conduct the state health policy and, despite the earlier institutional, the Regional Health Planning process suffers certain stagnation. This case study analyzes the process of the Regional Health Planning and public-private mix in the health system of the Middle North region of the state, between the period from 2006 to 2011. The angle is justified by editing the health pact that include the Regional Health Planning. Makes use of a qualitative analysis from interviews with key informants and uses a quantitative analysis at secondary data. With this information it was possible to: characterize the mechanisms and instruments adopted, as well as relations public-private in the public health system; understand how occurs decision process; the relationship and interaction of various actors that compose this complex health. At the study region, at the presence of the health pact, the SES remained and created new incentives, kept the CIS, deployed UTI beds, kept the covenants with the municipal hospital of referral regional and with private clinical and laboratories of support diagnostic . The CGR was created, but the governance on the macro policy in the region is partial and although a space of collegial decision also has characteristics of the sum of the parts, and generates the most diverse consequences in the governance of regionalized policy. The PDR and PDI were not updated, the regulation of assistance developed by region was centralized, the SES delayed the transfer of financial incentives to municipal health funds and didn't invested in the construction of the regional hospital. Despite the state trajectory of the Regional Health Planning, the structure of public health care had not expanded and the partnerships with the private sector strengthened its participation in the care network and had influenciatiated the regional health system. The region needs the coordination of the state in the conduct of the regionalization process, without which its progress is compromised.

Descriptors: Regionalization; Health policy; Health system; Health planning; Health care; Investments in health; Qualitative analysis; Quantitative analysis; Interview.

1 Introdução

1 INTRODUÇÃO

A regionalização da saúde, objeto deste estudo, está contemplada no artigo 198 da Constituição Federal de 1988. É uma diretriz do SUS, que prevê a articulação dos três entes federativos para a conformação do sistema de saúde e efetivação do direito à saúde.

Na implementação do SUS, a regionalização somente ganha destaque nos anos 2000, posteriormente aos estudos avaliativos que mostraram que a descentralização, com ênfase na municipalização na década de 1990, ampliou os serviços, com inovações na gestão e maior participação da população, mas apresentou limites e dificuldades para legitimar o acesso e o direito integral à saúde.

Foi nesta década que teve início o processo de regionalização da saúde no Estado de Mato Grosso. Até 1995, a descentralização em MT, seguindo as diretrizes nacionais, focava a gestão municipal, mediante transferências financeiras, vinculadas à capacidade de produção dos serviços. A Secretaria de Estado de Saúde (SES) organizou o território estadual em nove Polos Regionais de Saúde, tendo por sede municípios de referência em cada um desses espaços geográficos.

Com a nova gestão estadual (1995-2002), a reorientação político-institucional da Secretaria de Estado da Saúde (SES) define estratégias voltadas para a implementação do SUS por regiões de saúde. Os Polos Regionais de Saúde existentes na SES/MT são reestruturados, assumem novas atribuições na articulação regional, passam a realizar assessoria, planejamento e programação, controle e avaliação das ações de saúde por município e região. Ao mesmo tempo a SES também é reestruturada para corresponder às necessidades em pauta (MT, 2000a).

No período de 1995 a 1999, a SES, pautada no objetivo de fortalecer os Polos Regionais de Saúde, começa a implantar as Comissões Intergestores Bipartites Regionais (CIB Regionais), com a intenção de que os territórios regionais se tornassem um espaço privilegiado de interlocução, negociação e pactuação entre o estado e os municípios.

No âmbito nacional, os limites da municipalização autárquica são apresentados pelos gestores, ampliam-se os debates sobre a regionalização como estratégia necessária

para avançar na descentralização, e a NOAS é editada. Quando a NOAS foi editada, este estado já estava com a regionalização em processo de estruturação e ela contribuiu para aperfeiçoar e aprofundar os instrumentos de gestão. A regionalização prevista na NOAS fortaleceu as pactuações, fomentou a elaboração do Plano Diretor da Regionalização (PDR), do Plano Diretor de Investimentos (PDI), e da Programação Pactuada e Integrada (PPI); explicitou e organizou o fluxo da assistência; viabilizou a implantação dos módulos assistenciais.

Na região em estudo, como nas demais do estado, foram realizados fóruns, no ano de 2001, com o objetivo de efetuar diagnóstico e definir as prioridades e metas de cada região; também foi organizado o Sistema de Referência e Regulação Regional e Estadual, mas não o suficiente para captar investimentos, a fim de ampliar a capacidade instalada da rede de atenção pública regionalizada.

A partir dos anos 2003, inicia-se um novo governo, ocorrem trocas sucessivas do gestor estadual, e a SES enfrenta diversidade na maneira de conduzir a Política Estadual de Saúde. Com a edição do Pacto pela Saúde/2006, por indução do governo federal, a regionalização retorna à agenda do gestor estadual, e a SES e o COSEMS realizam oficinas no interior do estado, com o objetivo de ampliar e qualificar o debate da gestão municipal, para subsidiar o gestor na tomada de decisão quanto à elaboração do Termo de Compromisso de Gestão (Ribeiro, 2009). Nesta região, 100% dos municípios assinam este termo.

A organização de serviços regionalizados pressupõe a gestão cooperativa e solidária, o compartilhamento de tarefas e a distribuição de poder, negociados e pactuados no CGR. Na região em estudo, esta governança tem gerado dilemas e conflitos entre os entes federativos; prestadores de serviços e demais atores, em especial quando se depara com problemas de acesso à rede na região e se necessita recorrer à capital do estado.

O Pacto pela Saúde contemplou uma nova configuração de região, uma nova forma de gerir e intervir sobre a realidade social, interagindo e articulando os diferentes atores sociais, ou seja, instituições e pessoas, para integrar conhecimentos, saberes, experiências. Essa nova maneira de gerir é complexa e constitui desafio aos gestores de saúde em todos os níveis de atenção. Trabalhar as regiões de saúde é lidar com diversidade de contextos e lugares, é entender que os determinantes do processo de

regionalização extrapolam o setor saúde, que as modalidades e tipos de serviços de saúde pública diferem nos sistemas locais, regionais, estaduais, e que os sistemas locais, em sua maioria, dispõem apenas dos serviços da atenção básica (Viana e Lima, 2011).

Em 2011 foi editado o Decreto nº 7.508, que trata da regulamentação da Lei nº 8.080/90, e seu papel é, entre outros, regular a estrutura organizativa do SUS, o planejamento de saúde, a assistência à saúde, e articular os entes federativos. Pelo Decreto os serviços de saúde deverão ser ofertados nas regiões de saúde constituídas pelo estado, com capacidade instalada para dispor, no mínimo, de atenção primária, urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial especializada e hospitalar, vigilância em saúde articulada com os municípios e organizadas em redes de atenção à saúde.

As diretrizes da regionalização propiciam avançar na descentralização e trabalhar a governança no território, aqui entendido como o espaço usado, que não considera apenas os limites territoriais, mas um espaço vivido com sua população, seus atores e seus problemas sociais, de maneira integrada.

O processo de regionalização no estado e a sua implementação na região de Saúde de Tangará da Serra fomentaram debates, acordos e pactuações, com o objetivo de fortalecer o sistema de saúde neste território. Esta região, antes do Pacto pela Saúde, buscou alternativas para viabilizar o acesso na região e, para isso, estabeleceu interface com o setor privado, criou um *modus operandi* que determinou a sua forma de organização.

A concepção do que vem a ser público ou privado e as suas relações dispõem de grande variabilidade de significados. Neste estudo, o mix público-privado refere-se à natureza jurídica das instituições que fazem parte da rede de serviços SUS. Esta estratégia operacional, mix público-privado, abre espaço para uma regulação que vai além da governabilidade pública, uma vez que envolve outros agentes no processo de regionalização e requer relações intergovernamentais cooperativas para viabilizar a sua gestão. Estas relações são complexas, diferem e podem influenciar a dinâmica operacional, o acesso aos serviços e justifica a realização de estudos que possam contribuir para a tomada de decisão dos entes federativos que agem em situações diversas, com limites técnicos, operacionais e financeiros.

A região de saúde objeto desta pesquisa, tem uma rede pública constituída, em sua maioria, por unidades de saúde da atenção primária, não dispõe de hospital regional e, para suprir a insuficiência do serviço público e facilitar o acesso da população, implantou o Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região do Médio Norte Mato-grossense, que oferece serviços de apoio diagnóstico-laboratorial e imagem, internações e atendimento médico especializado, entre outros. Estes conformam um complexo regional, entendido neste estudo como “as diferentes estruturas, instituições, instâncias e atores públicos e privados que participam do processo de constituição, planejamento, organização, gestão e regulação da saúde no âmbito regional” (Viana *et al.*, 2008 p.100).

A regionalização da saúde, o federalismo, as relações intergovernamentais e o mix público-privado, vêm se tornando objeto de interesse de debates e estudos científicos, e mostram que “a dinâmica dos complexos regionais em saúde (as relações público-privadas no interior das regiões de saúde) também influencia o desempenho e os resultados da regionalização no plano estadual e necessita ser avaliada por estudos de caso” (Viana *et al.*, 2010, p.9).

O estudo faz parte da pesquisa “Análise do processo de Regionalização da Saúde no Estado de Mato Grosso”, realizada pelo grupo de pesquisa do ISC/UFMT, em parceria com o DMP/FMUSP e ENSP/FIOCRUZ, submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do HUIJ/UFMT, e aprovada em 09/09/2009, mediante o parecer nº 681/CEP-HUIJ/09. Este recorte também foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa do Departamento de Medicina Preventiva (CEP-FMUSP) e aprovado na sessão de 05/09/2012, protocolo de pesquisa nº 206/12, parecer 91.726.

O presente estudo de caso teve como objetivo analisar o processo de regionalização da saúde e o mix público privado no sistema de saúde da região de Tangará da Serra, no período de 2006 a 2011. O recorte justifica-se pela edição do Pacto pela Saúde em 2006, que, entre as suas diretrizes, contempla a regionalização; e pelo Decreto nº 7.508/2011, que reitera esta estratégia de condução do SUS. Esta região oficialmente é denominada Região de Saúde do Médio Norte do estado de Mato Grosso, mas ao longo deste trabalho ela será referenciada como região de saúde de Tangará da Serra como é mais conhecida.

Para analisar o processo de regionalização, utilizou-se de dados quantitativos e informações qualitativas para: caracterizar a região de saúde (socioeconômica e demograficamente), a rede de atenção à saúde e as instâncias relacionadas ao processo de regionalização nesse território; identificar o processo decisório, os padrões de relacionamento e o papel das instâncias que fazem parte do complexo regional, com ênfase no CGR; caracterizar os mecanismos e instrumentos adotados no processo de regionalização e as relações público-privadas no sistema público de saúde nessa região.

Tais informações permitiram conhecer a estruturação do sistema de saúde, as instâncias regionalizadas, os atores, a participação e influência destes na institucionalidade e governança do SUS na região. Além disso, pôde-se compreender, no âmbito da gestão, como ocorre o processo decisório, a relação e a interação dos diversos atores que compõem o complexo regional desta região de saúde.

Fazem parte desta região os municípios de Arenópolis, Barra do Bugres, Campo Novo do Parecis, Denise, Nova Marilândia, Nova Olímpia, Porto Estrela, Santo Afonso, Sapezal e Tangará da Serra.

É um estudo de caso, que se utiliza do método qualitativo para aprofundar e responder aos questionamentos de como ocorreu a regionalização nesta região de saúde. Para tanto, utilizou-se de entrevistas, buscando compreender as relações e o processo da regionalização a partir do Pacto pela Saúde, no período de 2006 a 2011. Recorreu-se também ao período anterior sempre que as variáveis de interesse do estudo exigiram.

Da pesquisa estadual, foi utilizado o banco de dados referente ao questionário autoaplicado, às informações do levantamento de dados secundários e à análise documental desta região de saúde. Cinco atores da região responderam o questionário autoaplicado: o Chefe do Escritório Regional de Saúde, o Secretário Executivo do Consórcio Intermunicipal de Saúde, a Secretária do Colegiado de Gestão Regional, a Secretária de Saúde e Vice-presidente regional do Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) na região e a Secretária de Saúde do Município de Barra do Bugres. As informações contidas neste questionário foram totalmente consideradas nesta pesquisa.

O roteiro utilizado para as entrevistas com os atores da região é específico para este estudo de caso, mas a sua elaboração também considerou as informações do

questionário autoaplicado da pesquisa estadual. O roteiro completo contemplou 84 perguntas (Apêndice A) e as entrevistas foram realizadas com os atores selecionados:

Oitenta e quatro (84) perguntas foram aplicadas aos seguintes gestores: Diretor do Escritório Regional de Saúde (ERS), Técnico do ERS e membro do CGR, Secretário Executivo do Consórcio Intermunicipal de Saúde (CIS), Secretária de Saúde e Vice-presidente regional do COSEMS na região e a Secretária de Saúde do Município de Barra do Bugres, cujo hospital municipal é referência para esta região. Sessenta (60) perguntas foram dirigidas aos gestores da regulação: Coordenador da Central Regional de Regulação (CRR); Médico Regulador da região, Médico Regulador do Hospital Municipal de Referência Regional. Vinte e três (23) foram feitas ao representante do maior hospital conveniado da região e vinte (20) perguntas num roteiro diferenciado, mas com perguntas relacionadas ao roteiro geral, ao Presidente da Unimed e a gestora da Univida.

Estes atores estão referidos, nesta pesquisa, como gestor estadual (GE), para aqueles vinculados à estrutura estadual; gestor municipal (GM), quando vinculados à estrutura municipal e ao consórcio; gestor privado (GP), quando vinculado ao hospital privado conveniado, à UNIVIDA e à UNIMED.

A gestora da Univida foi selecionada pelo fato de essa empresa dispor de uma Associação que contempla os beneficiários desse plano e oferece meios de acesso ao serviço particular de saúde com descontos especiais. Dessa empresa, foram utilizadas apenas as informações da gestora oferecidas no momento da entrevista, visto que, apesar de o beneficiário necessitar da autorização da empresa para acessar o serviço, não dispõe ela de sistema de informações sobre o quantitativo do serviço utilizado. Por sua vez, o gestor da Unimed foi escolhido pelo fato de o setor privado também se constituir em objeto desta pesquisa e por dispor de convênio com duas unidades hospitalares públicas desta região de saúde.

A elaboração do roteiro de entrevistas, da planilha de coleta de informações secundárias e a análise de dados secundários e documentais basearam-se em três dimensões: Institucionalidade, Governança e Impactos da regionalização. Para cada dimensão foram definidos indicadores conforme matrizes em anexo (Apêndice B).

A institucionalidade da regionalização é aqui entendida como todas as estratégias políticas e institucionais adotadas no período a que se refere o estudo. Ela foi analisada

a partir de subdimensões, cujo levantamento de informações contemplou: o histórico, o desenho, as finalidades e escopo, as estratégias políticas, o planejamento, a regulação e o financiamento da regionalização. Para análise destas dimensões verificaram-se os objetivos pelas quais a região foi organizada, a estrutura de funcionamento, a interface com outras políticas regionais do governo do estado, a capacidade de introdução e desenvolvimento de instrumentos de planejamento e regulação que contemplam as necessidades da região e os mecanismos de financiamento e investimentos adotados para efetivar a política regional.

A governança da regionalização foi entendida neste estudo como um conjunto de regras governamentais voltadas para a ação coletiva que requer a divisão de poderes e o estabelecimento de relações de atores públicos e privados, com interesses diversificados, cujas negociações podem resultar em objetivos comuns e redes entre as instituições, para governar num território complexo, um campo conformado por atores independentes, com dinâmicas diferenciadas de governança e com grau variado de recursos e autonomia, porém institucionalizados e regulados. Tem como unidade de análise o Colegiado de Gestão Regional (CGR), uma instância de gestão, formado por representantes da SES/ERS e dos municípios que compõem a região de saúde, objeto deste estudo. Na governança também se considerou o CIS, cujos gestores - prefeitos e secretários de saúde - compartilham interesses comuns e deliberam a política neste espaço.

Essa dimensão permitiu levantar informações e analisar a diversidade dos atores envolvidos no processo de regionalização, a forma de participação nas instâncias colegiadas de negociação, o tipo de relação estabelecida entre os membros, as estratégias de interação governamental e entre atores de relevância regional, os temas de consenso e influências, os tipos de reuniões e o processo decisório. Verificou-se também o papel das instâncias no CGR, o papel do CGR na formulação e implementação das políticas de regionalização, os fatores que facilitam ou dificultam o funcionamento do CGR, a importância e as influências do setor privado na rede e o modelo de atenção à saúde do SUS na região.

A dimensão Impactos da regionalização permitiu levantar informações e analisar se houve mudanças e inovações: no processo de regionalização induzidas pela implantação do Pacto pela Saúde; na atuação das instituições que integram o complexo

regional, SES, ERS, CIS; na condução, gestão, organização e funcionamento dos serviços; na capacidade instalada e prestação de serviços. Verificou-se também se o Decreto nº 7508/2011 foi implantado.

Foram considerados como fontes de informação todos os dados coletados na pesquisa estadual de interesse neste estudo de caso. Além disso, levantaram-se informações de documentos de gestão específicos da região, como contratualização com hospitais; laboratórios; clínicas especializadas e medicina diagnóstica; Programação Pactuada e Integrada (PPI); Plano Diretor Regional (PDR), Plano Diretor de Investimentos (PDI); Termo de Compromisso de Gestão (TCG); atos e portarias da SES; resoluções da Comissão Intergestores Bipartite (CIB)/Estadual; resoluções e proposições do CGR; chamada pública para contratualização; Relatórios de Gestão do ERS, da CRR e CIS; Plano de trabalho do CIS; Sistemas de Informação (CNES, SIOPS, ANS, IBGE, SIA, SIH); atas do CGR; pautas do CGR; Plano Anual de Trabalho da SES; Plano Anual de Trabalho do ERS; planejamento do CIS; e outros registros de interesse do arquivo do ERS que permitiram apreender e dar resposta aos objetivos da pesquisa.

Foram utilizadas as informações das entrevistas e os dados secundários para analisar como ocorreu o processo de implantação da regionalização da saúde, o processo decisório, como as decisões foram e são estabelecidas e cumpridas pelas instâncias que fazem parte do complexo regional, o funcionamento do CGR, as relações entre as instituições, os padrões de relacionamento, o papel e influências das instâncias que fazem parte do complexo regional e as relações público-privadas.

Os mecanismos e instrumentos adotados no processo de regionalização foram analisados por meio do PDR, PDI, PPI, Portarias, Decretos, pactos estabelecidos, contratualizações, entre outros que permitiram fazer um inventário do planejamento e da gestão regional da saúde. A combinação destas informações permitiu identificar a regionalização, considerando o processo decisório, os padrões de relacionamento e o papel das instâncias que fazem parte do complexo regional.

Para caracterizar a região de saúde, utilizou-se a base populacional estimada pelo IBGE para os anos de 2000 a 2011. Os bancos de dados utilizados para o cálculo dos indicadores foram providos pelo DATASUS. Alguns indicadores foram calculados e permitiram obter um diagnóstico situacional da região de saúde, incluindo as

características socioeconômicas e demográficas, a disponibilidade de serviços de saúde, a organização da assistência, a capacidade instalada dos serviços de saúde, indicadores de produção dos serviços, recursos aplicados em saúde e cobertura da saúde suplementar.

Os indicadores socioeconômicos e demográficos utilizados foram: população; razão de crescimento; densidade demográfica; componentes do IDH (escolaridade, longevidade e renda); cobertura de abastecimento de água, esgotamento sanitário e coleta de lixo, PIB (agropecuária, indústria, serviços e impostos).

Foram também levantadas informações sobre a organização da assistência e capacidade instalada dos serviços de saúde: UBS, unidades especializadas, serviço de apoio diagnóstico e terapia (SADT), hospitais e consultórios; cobertura do Programa de Saúde da Família (PSF); disponibilidade de unidades de saúde; leitos hospitalares por tipo de prestador, leitos SUS e não SUS por município, disponibilidade de profissionais vinculados e não vinculados ao SUS. Foi verificado o tipo de habilitação dos municípios antes do pacto.

A oferta de serviços na região foi analisada pelas informações do Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES), cujos dados estão disponíveis no *site* do DATASUS. Foram levantadas informações dos estabelecimentos de saúde e seus equipamentos segundo a natureza jurídica, pública ou privada, e sua relação com o SUS na região. Em relação aos leitos, considerou-se como oferta pública os de natureza pública e aqueles privados contratados e/ou conveniados ao SUS. Em relação aos estabelecimentos privados, foram considerados exclusivamente privados aqueles que não estavam contratados ou conveniados ao SUS. Os hospitais de direito privado e geridos por organização social ou entidade religiosa foram considerados públicos.

Os indicadores de produção dos serviços analisados foram: AIHs por 100 habitantes pagas por local de internação e local de residência, percentual de atendimentos da atenção básica aprovado e apresentado, percentual de atendimento da média e alta complexidade aprovado e apresentado.

A relação entre o setor público e privado na região foi analisada considerando o roteiro de entrevistas aplicado aos atores públicos e privados que compõem o complexo regulador desta região, um bloco específico com o intuito de investigar: 1) como foram estabelecidas estas relações; 2) qual a influência e função do setor privado e as

repercussões no processo de regionalização; 3) como ocorreu o processo de regulação governamental sobre o sistema complementar na região, e se esta regulação interferiu no modelo de atenção; 5) se os arranjos que ocorreram corresponderam aos objetivos do sistema de saúde e se trouxeram contribuições positivas ou negativas aos resultados da saúde e ao desenvolvimento do sistema de saúde.

Os indicadores de financiamento do sistema de saúde foram calculados com base no banco de dados do Sistema de Informações de Orçamentos Públicos de Saúde (SIOPS), entre eles o percentual de recursos municipais aplicados em saúde (EC-29); despesas *per capita* sob responsabilidade municipal e despesas com recursos exclusivamente municipais.

Para analisar os dados qualitativos, utilizou-se a técnica de análise de conteúdo, tendo como base as dimensões e as variáveis constantes nas matrizes apresentadas no projeto estadual e neste estudo de caso regional. Todo material empírico levantado foi sendo submetido à leitura, e buscou encontrar elementos e/ou respostas que permitiram, em face aos indicadores propostos para cada variável, caracterizar e analisar o processo de regionalização da saúde neste espaço regional.

No desenvolvimento da pesquisa foi explicada aos gestores a importância da assinatura de termo de cooperação e parceria na região, visto que envolveria vários segmentos, e os resultados seriam de interesse dos gestores. Os entrevistados tiveram suas entrevistas precedidas de assinaturas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B).

Os quadros 1 a 3 resumem as matrizes completas de análise por dimensão; a matriz completa encontra-se no apêndice C.

Quadro 1 – Matriz de análise do processo de regionalização na região de Tangará da Serra, Estado de Mato Grosso - Dimensão Institucionalidade da regionalização.

SUB DIMENSÕES	INDICADORES
Histórico e desenho da regionalização	- Definição da região de saúde: limites, área geográfica, localização, municípios integrantes, fatores determinantes, capacidade instalada e organização da regionalização.
2-Finalidades e escopo da regionalização	- finalidades e foco da regionalização; organização da rede de serviços de saúde; implementação de políticas de saúde regionalizadas.
3-Estratégias políticas da regionalização	- interfaces, inserção e lugar que ocupa na agenda política da SES e do Escritório Regional de Saúde, estratégias regionais.
4-Planejamento e regulação da regionalização	- existência de instrumentos de planejamento regional de saúde, influências na regulação; organização antes e depois do pacto; problemas/ conflitos: planejamento e regulação intra e inter-regional.
5-Financiamento da regionalização	- existência de recursos e incentivos à regionalização; programação distribuição de recursos financeiros compatíveis com a regionalização; existência de fundos regionais de recursos.

FONTE: Elaboração própria com base na Matriz de referência para elaboração de instrumentos de coleta e análise de informações da pesquisa “Avaliação Nacional das Comissões Intergestores Bipartites (CIBS): as CIBS e os modelos de indução da regionalização no SUS” (Viana *et al.*, 2010).

Quadro 2 – Matriz de análise do processo de regionalização na região de Tangará da Serra, Estado de Mato Grosso-Dimensão Governança da regionalização.

SUB DIMENSÕES	INDICADORES
Estruturas de integração e gestão regional	- existência de instâncias de planejamento e gestão governamental na região; - CGR, consórcio intermunicipal, estruturas de representação regional da SES, CIES, câmaras técnicas e outros; - características, finalidades, papel, e contribuição das instâncias regionais no processo de regionalização; - existência de recursos financeiros disponíveis para instâncias regionais.
O Papel do CGR na regionalização	- existência de estratégias de interação governamental no CGR; - influências e papel do CGR na formulação e implementação das políticas de regionalização;- fatores que facilitam ou dificultam o funcionamento do CGR.
Relações Intergovernamentais	- tipos de relações entre os membros do CGR, ERS, CIES, Consórcio Intermunicipal de Saúde (CIS); - relações da CIB/Estadual com CGR, ERS, CIES; relações do CGR com outros atores de relevância regional.
Relações Público-privada	- participação e influências do setor privado na rede e modelo de atenção saúde do SUS na região; critérios na definição das referências na região de saúde; - atores e estruturas do setor público e privado na região; - relações estabelecidas entre o público e privado e objetivo do SUS; - participação do setor privado no processo de planejamento e gestão da regionalização; - organização, funcionamento e conflitos na regulação; - existência de mecanismos de controle, avaliação e auditoria sobre o sistema complementar.

FONTE: Elaboração própria com base na Matriz de referência para elaboração de instrumentos de coleta e análise de informações da pesquisa “avaliação nacional das Comissões Intergestores Bipartites (CIBS): as CIBS e os modelos de indução da regionalização no SUS” (Viana *et al.*, 2010).

Quadro 3 – Matriz de análise do processo de regionalização na região de Tangará da Serra, Estado de Mato Grosso-Dimensão Impactos da regionalização.

SUB DIMENSÕES	INDICADORES
1-Mudanças Institucionais	– estratégias e mudanças observadas com implantação do pacto pela saúde; processo de implantação do decreto 7508;- Mudanças observadas em relação aos poderes regionais existentes; - avanços, dificuldades e desafios do processo de regionalização.

FONTE: Elaboração própria com base na Matriz de referência para elaboração de instrumentos de coleta e análise de informações da pesquisa “avaliação nacional das Comissões Intergestores Bipartites (CIBS): as CIBS e os modelos de indução da regionalização no SUS” (Viana *et al.*, 2010).

Além do que consta na introdução, o presente trabalho está organizado em sete capítulos e as considerações finais.

O capítulo 1 – “Federalismo e regionalização no Brasil” aborda as características do federalismo brasileiro, considerando que a partir da CF de 1988, a união, os estados e os municípios passaram a lidar com a soberania e autonomia federativa que alterou as relações intergovernamentais. Evidencia que: o SUS foi criado num país federativo com heterogeneidade na extensão e diversidade dos territórios socioeconômicos, com desigualdades regionais, culturais e políticas; e que as federações são marcadas pela diversidade e pelo conflito, por cooperação e competição, mas que de forma coordenada podem estabelecer relações de equilíbrio e interdependência.

A formação de arranjos para a gestão compartilhada requer atos jurídico-administrativos e a constituição de regiões, conforme define o Pacto pela Saúde, é uma alternativa que facilita aos gestores implementar políticas públicas que abarcam a complexidade e diversidade do território. Neste sentido discutem-se os mecanismos institucionais da implementação do SUS na década de 1990 e a importância da coordenação da esfera estadual na conformação de arranjos regionais de forma a evitar os conflitos intergovernamentais, e até mesmo comportamentos predatórios entre os entes federativos.

O capítulo 2 – “Institucionalidade e Governança no território” faz uma discussão teórica quanto ao papel do Estado na formulação de políticas públicas que possam assegurar o direito constitucional à saúde. O arcabouço político-institucional do SUS conforma um sistema complexo, implica em mudanças no poder, redefinição das relações entre as esferas de governo; entre estado e sociedade, e estado e mercado e requer sustentabilidade estrutural. Com o Pacto pela Saúde, a governança que está relacionada à forma como o governo exerce o seu poder e a sua capacidade

organizativa, ganha espaço no debate e se materializa nos espaços de gestão colegiada, existentes nos complexos regionais. Nestes espaços são pactuadas regras para prover de forma corresponsável os serviços da rede de atenção à saúde regionalizada. Esses serviços contam com a participação privada, e resultam em relações complexas construídas desde o início da configuração do sistema de saúde brasileiro.

No capítulo 3 – “O Estado de Mato Grosso e a região de Tangará da Serra”, apresentam-se as características do estado que é constituído por 141 municípios, a maioria deles (80,1%) com menos de 20.000 habitantes e com forte dependência do governo federal e estadual para implementar o SUS. As características do sistema de saúde indicam a importância da implementação da política de saúde regionalizada para suprir de forma equânime as necessidades da população e garantir o seu acesso à rede de atenção à saúde. A região objeto deste estudo apresenta deficiências na sua capacidade instalada, desigualdades entre os municípios que dependem do estado para implementar a política de saúde regionalizada.

O capítulo 4 – “As estratégias de regionalização no Estado e na região de Tangará da Serra” mostra que o complexo regional iniciou sua estruturação na década de 1980, quando a região foi instituída pela SES. Antes da implantação do Pacto pela Saúde a SES criou novas regiões de saúde e implantou em todas elas as bases institucionais da regionalização. Apresenta como a SES se organizou para implementar o Pacto pela Saúde. Nesta região, 100% dos gestores assinaram o TCGM.

O capítulo 5 – “O complexo e a institucionalidade da regionalização na região de Tangará da Serra” mostra que a política de saúde regionalizada, mesmo instituída em instrumentos de planejamento do governo do estado e da SES, nesta região não contou com os recursos necessários para sua implementação. A região enfrenta dificuldades de acesso. A insuficiência da capacidade instalada pública e as alternativas encontradas configuraram um forte mix público-privado na região. A regulação da assistência é frágil no estado e na região e esta precisa constituir rede de atenção pública integrada e resolutiva, que responda pelas necessidades da população para se tornar autônoma de fato.

No capítulo 6 – “Governança do processo de regionalização”, o relato dos gestores explicita claramente que a falta de uma rede de atenção estruturada nesta região mantém problemas que produzem iniquidades, resultam em comportamentos que

expressam os interesses de cada gestor e geram fragmentação e descontinuidade do cuidado à saúde, ameaçando a governança. São indicativos que alertam para o comprometimento e as repercussões desfavoráveis para o processo da regionalização da saúde nesta região.

O capítulo 7 – “Decisão e intersetorialidade” evidencia que as decisões tomadas pelos entes federativos e demais atores que compõem o complexo regional ocorrem no CGR. Este, que deveria ser um espaço de gestão e busca de encaminhamentos compartilhados para a solução dos problemas coletivos da região, tem se transformado num campo de tensões e disputas. O atraso frequente nas transferências dos incentivos estadual para os municípios, a falta de estrutura pública na região e a solicitação de tabelas de valores complementares pelo setor privado têm tensionado a tomada de decisões e desmotivado o gestor a participar deste processo.

As “Considerações Finais” descrevem as evidências do estudo considerando os objetivos propostos e apontam desafios para a implementação da política de saúde regionalizada.

*2 Federalismo e regionalização
no Brasil*

2 FEDERALISMO E REGIONALIZAÇÃO NO BRASIL

Com a Constituição Federal de 1988, a estrutura federativa brasileira passou a contar com a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, como entes federativos autônomos (Brasil, 1988). A organização político territorial dos estados federativos é uma forma inovadora de se lidar com o poder e a soberania, considerando as heterogeneidades dos territórios (Abrucio, 2002). A singularidade do modelo federal está na maior horizontalidade entre os entes.

As federações são marcadas pela diversidade e pelo conflito, por cooperação e competição. Neste sentido um arranjo federativo é uma parceria, um pacto que se estabelece entre unidades territoriais, que divide poder com respeito mútuo, sem que os direitos sejam retirados dos pactuantes subnacionais. De forma coordenada, as federações podem estabelecer relações de equilíbrio e interdependência entre eles (Abrucio, 2002).

A estruturação federativa brasileira inspirou-se no modelo norte-americano, mas a conformação foi diferente e antes de tornar-se uma federação passou por conflitos entre o Poder Central e as elites regionais. Partiu-se de um Estado Unitário muito centralizado para um modelo descentralizado de poder. Passou por ciclos de centralização e consolidação do estado nacional, sucedidos de descentralização do poder, processo que gerou desigualdades significativas entre os estados brasileiros.

Após o golpe de Estado de 1964, o regime militar fortaleceu o modelo unionista, marcado pelo modelo de relações intergovernamentais autoritárias e verticais. Os governos subnacionais tinham que seguir obrigatoriamente os planos da União, sob a ameaça de, nos casos de recusa, ficar sem as verbas. A autonomia política e administrativa só foi recuperada com as eleições diretas a governador em 1982 (Abrucio, 2002).

As bases do Estado Federativo do Brasil foram recuperadas nos anos 80 e fortaleceram os governos estaduais nessa década (Abrucio, 2005). O processo de democratização e descentralização fiscal contemplado na Constituição de 1988 alterou

as relações intergovernamentais e cada nível de governo passou a ser uma autoridade política e soberana.

O SUS foi criado nesse contexto, um país federativo com heterogeneidades na extensão e diversidade dos territórios socioeconômicos, com desigualdades regionais, culturais e políticas (Abrucio, 2002), cujos preceitos constitucionais de 1988 contemplam que cabe a cada ente federativo a responsabilidade por organizar tal sistema e de forma compartilhada a assegurar e viabilizar a integralidade da atenção à saúde ao indivíduo.

No início do processo de descentralização, o papel do governo federal limitava-se a um repasse de funções aos demais entes federados, não havia por parte desse nível de governo iniciativas no sentido de compartilhar tarefas. Os governos estaduais encontravam-se numa situação de indefinição de suas competências em relação ao SUS, e os municípios, entes federativos com o mesmo status jurídico que os estados e a união, assumindo novas funções e procurando encontrar o seu papel.

Nesse período, os estados estavam com a base de sustentação fiscal enfraquecida, e o governo federal, com tendência recentralizadora fiscal e política. Essa situação contribuiu para desencadear um federalismo predatório ou como denominado por Abrucio (2002) “compartimentalizado”, onde cada nível de governo procura o seu papel específico, ao mesmo tempo não há por parte do governo federal uma coordenação intergovernamental. No campo das políticas públicas, esse cenário afetou o processo de descentralização, em especial num país como o Brasil com regiões federativas tão heterogêneas. A condição federalista consegue manter a estabilidade social e ameniza as heterogeneidades regionais (Abrucio, 2002).

No âmbito municipal a descentralização e implementação do SUS gerou um municipalismo autárquico, acentuou os problemas das relações intermunicipais e não incentivou a cooperação. Além disso, desencadeou ao longo desse processo competição entre os níveis de governo, na medida em que os municípios concorrem entre si pelo dinheiro público dos demais níveis de governo. Em algumas situações chegam a repassar seus custos a outros entes, através do encaminhamento de seus munícipes para fazerem uso dos serviços de saúde de outros municípios (Abrucio, 2002), sem a devida pactuação.

Entre as diretrizes do SUS, a regionalização da saúde contemplada no artigo 198 da Constituição Federal de 1988, é uma das estratégias da sua implementação, que contempla também a descentralização, mas o êxito deste processo depende da realização de responsabilidades compartilhadas pelos três entes federativos, e de ações específicas e inerentes de cada território. Teoricamente supõe-se que, se cada ente federativo desempenhar o seu papel, o processo estará garantido, mas estas relações não são tão simples, são complexas e se constituem em desafios para os gestores.

Com a descentralização, a União é a responsável pelo financiamento, pela formulação¹ da política nacional de saúde e coordenação das ações intergovernamentais. Através do Ministério da Saúde, o governo federal tem autoridade para tomar as decisões mais importantes nesta política setorial e definir regras para a política nacional, mas a formulação das políticas de saúde deve contar com a participação de conselhos que representam estados e municípios (Arretche, 2004).

Os princípios da universalidade, integralidade e equidade, bem como os da descentralização, hierarquização e participação da comunidade no SUS fortalecem o governo local e independentemente do porte municipal, requerem capacidade de gestão, planejamento integrado, regulação do sistema, e construção de redes assistenciais que atendam as necessidades de saúde da população considerando a integralidade da atenção à saúde. Além disso, requerem a implantação de conselhos de saúde de forma a legitimar a participação da comunidade.

Um sistema de saúde com os princípios acima citados requer por parte dos governos, a formação de arranjos para a gestão compartilhada, integrada e organizada de forma a não ferir os princípios básicos do federalismo, entre eles a autonomia, o respeito mútuo e os direitos dos governos subnacionais (Abrucio, 2002).

Para legitimar esses princípios, é necessário que os serviços de saúde contemplem integralmente as necessidades de saúde da população em todos os níveis de atenção e isso representa para a maioria dos municípios custos superiores à sua capacidade financeira. Muitos deles encontram-se em situações que requerem melhoria na

¹ No processo de formulação de políticas públicas, há o envolvimento de muitos segmentos que não o governo, como os grupos de interesse, as classes sociais e outros, mas há também uma “autonomia relativa do Estado”, que gera determinadas capacidades e cria as condições para a implementação das políticas públicas (Souza, 2007 p.72).

infraestrutura, contratação de profissionais especializados e aquisição de equipamentos, para oferecer serviços de saúde (Abrucio, 2002).

Embora o federalismo pressuponha autonomia de seus entes federativos autônomos, prover serviços que respondam à integralidade contemplada no SUS, requer atos jurídico-administrativos compartilhados (Santos e Andrade, 2011). A constituição de regiões, conforme define o Pacto pela Saúde, é uma alternativa que facilita aos gestores implementar políticas públicas que abarcam a complexidade e diversidade do território. Requer arranjos cooperativos e compartilhamento de responsabilidades para otimizar os custos e ampliar a oferta para que sejam alcançados os objetivos e princípios do SUS.

O conceito de região não é único e várias correntes de pensamento têm contribuído para aprofundar os estudos e conformar um conceito totalizador capaz de abarcar a complexidade do que vem a ser uma região. A região ligada à idéia de espaço geográfico surgiu com os postulados de Immanuel Kant, no momento em que foram criadas as escolas de geografia na França e na Alemanha, no final do séc. XIX. Neste período, com base nos princípios positivistas do século XVIII, afirmou-se que o fundamento da geografia é o espaço geográfico, que constitui a parte essencial da história dos homens. Para Kant é no espaço que estabelecemos relações entre os fatos exteriores a nós, o espaço é condição de toda experiência dos objetos e não pode ser percebido empiricamente, porque o simples ato de situarmos alguma coisa "fora" de nós já pressupõe a representação do espaço “pode-se pensar o espaço sem coisas, mas não as coisas sem o espaço”. Segundo Kant, nada pode ser representado sem espaço (Santos, 2009, p.186).

Na Alemanha, o conceito de destaque foi de região natural divulgado por Ratzel, que defendia que a “existência das diferenciações regionais estava vinculada ao poder que a natureza exercia sobre o homem, chegando ao ponto de determinar seu comportamento” (Fonseca, 1999, p.91).

Esse conceito recebeu muitas críticas da corrente francesa de Vidal de La Blache, que entendia “a região enquanto entidade concreta, existente por si só”, um dado puro da natureza que diante da interação homem-meio pode tornar-se singular, pois a cultura do homem pode influenciar a natureza e transformar a região. Para La Blache, ao

geógrafo caberia apenas a tarefa de delimitar e descrever a região (Fonseca, 1999, Carvalho, 2002, p.138).

A corrente de pensamento de Vidal de La Blache defende a região como uma realidade física, uma referência para a população que lá vive. Insere o elemento humano na caracterização da paisagem regional e produz um conceito de região diferente daquele de região natural. Com o seu posicionamento a relação homem-meio é pela primeira vez agregado na riqueza da análise regional (Carvalho, 2002).

Na Inglaterra e nos EUA também foram realizados estudos sobre região. Na década de 1950, apoiados no positivismo lógico, os estudos regionais sofrem mudanças. Na nova concepção “a região deixa de ser um objeto concreto de análise para se transformar numa criação intelectual” (Fonseca, 1999 p.92). Na nova geografia uma nova teoria é apresentada por Hartshorne “a região não é uma realidade evidente, dada, a qual caberia apenas ao geógrafo descrever. A região é um produto mental, uma forma de ver o espaço que coloca em evidência os fundamentos da organização diferenciada do espaço”. No entendimento de Hartshorne, as regiões possuem aspectos que são singulares na sua espacialidade e o enfoque regional de cada pesquisador implica numa produção mental, uma forma concebida de região (Santos, 2009 p.189).

Opondo-se ao conceito de região concreta de Vidal de La Blache, Hartshorne enfatiza a região como uma criação intelectual, visto que com o uso de técnicas estatísticas e afastadas do trabalho de campo, pode-se construir regiões administrativas, cristalizadas no tempo e no espaço. Esta teoria sofre críticas, é entendida como a-histórica, não considera na região os processos sociais, a existência do tempo, suas qualidades essenciais e gera rupturas. Novas correntes são expressas a partir dos anos 70, quando se considera que, diante dos problemas urbanos enfrentados, essa geografia quantitativa não conseguiria compreender os fenômenos espaciais em sua plenitude (Fonseca, 1999; Carvalho, 2002).

Com as críticas, a geografia embasada no positivismo chega ao fim, e a partir da década de 70 as bases teóricas e conceituais referentes à análise regional são fundamentadas no materialismo histórico e dialético e nas geografias humanista e cultural (Fonseca, 1999).

Surgem as correntes de base marxista e fenomenológica que, de forma comum, preocupam-se com a ausência do caráter social na geografia atual e entendem o espaço

como o lócus da reprodução das relações sociais de produção. Assim uma nova geografia vai se estruturando e valorizando os temas históricos e culturais, cuja vertente tinha se perdido no paradigma quantitativo (Carvalho, 2002).

A corrente humanista incorporou o espaço vivido na análise regional, defendendo que para compreender a região é necessário viver na região. Segundo Ribeiro (1993) a região como espaço vivido pode ser definida como:

Uma porção territorial definida pelo senso comum de um determinado grupo social, cuja permanência em uma determinada área foi suficiente para estabelecer características muito próprias na sua organização social, cultural e econômica. Este espaço é, portanto socialmente criado e vai se diferenciar de outros espaços vizinhos por apresentar determinadas características comuns que são resultantes das experiências vividas e historicamente produzidas pelos próprios membros das suas comunidades (Ribeiro, 1993, *apud* Carvalho, 2002, p.146).

Com a crise da modernidade e o nascimento da chamada pós-modernidade, ocorrem mudanças no conceito de região, é o momento da pluralidade. Se antes as ciências baseavam-se na filosofia iluminista, na racionalidade, na objetividade, na cientificidade e nas leis universais, agora buscam o relativismo, a subjetividade, a heterogeneidade e a fragmentação. São essas características que identificam a contemporaneidade, que é plural (Carvalho, 2002).

Durante muito tempo, a região foi entendida como uma entidade autônoma, limitada ao enfoque da localização, com poucas relações entre si. Com a globalização as regiões passaram a estar interligadas e interdependentes, com diferenças que emergem naturalmente, não se explicando apenas pelo seu conteúdo interno, mas pelo território que tem uma história e que está em contínua renovação (Santos, 1988).

Os estudos das regiões, segundo Santos (1988), devem contemplar: a organização, o social, o político, o econômico, o cultural, os fatos concretos. Conhecendo estas questões é possível identificar como a região está inserida no cenário econômico, o que existe e o que é novo, e assim captar o elenco de causas e consequências do fenômeno. Para este autor, o espaço é constituído por um conjunto indissociável de arranjos, de objetos geográficos, objetos naturais e objetos sociais, e a vida que os preenche e os anima, ou seja, a sociedade em movimento. Portanto, o espaço usado por todos, de todas as existências, é sinônimo de espaço humano (Santos, 1988).

Para ter valor e compreender o espaço vivido e as transformações que nele ocorrem é necessário analisar em conjunto as variáveis interdependentes que compõem o território e a sua história. A análise e compreensão da totalidade somente serão possíveis se for considerado não apenas o lugar, que não se explica por si, mas a história das relações, dos objetos sobre os quais se dão as ações humanas (Santos, 1988).

O “espaço vivido pode ser entendido como a rede de manifestações da cotidianidade desse sistema em torno da intersubjetividade que são, por sua vez, as redes nas quais se constituem as existências individuais – no trabalho, na escola, na família, nas outras diversas formas da vida societária” (Rego e Reffatti, 2004, p.78).

O espaço geográfico prova a existência, o quadro de referências convencional-latitude e longitude. As variáveis podem mudar de um período para outro, mas se analisadas num dado corte temporal sua função e seus valores permanecem inalterados do olhar escalar. É importante considerar a escala geográfica que se refere à concepção geométrica e a escala temporal que se refere ao tempo, mas pessoas que habitam este espaço são seres em metamorfose e são capazes de influenciar a mudança social (Santos, 2000).

Neste sentido o espaço geográfico é entendido como sinônimo de território usado, e “visto como uma totalidade é um campo privilegiado para a análise, na medida em que, de um lado, nos revela a estrutura global da sociedade e, de outro lado, a própria complexidade do seu uso” (Santos, 2000, p.108).

Assim, para entender como ocorrem e se dão as relações no interior do espaço geográfico, deve-se buscar a visão totalizadora da realidade concreta, que considera a totalidade das causas e dos efeitos do processo sócio territorial. O desafio é entender como está constituído, ou seja, o que, como, onde, quando, por quem e para que o território é usado. É preciso entender o contexto, reconhecer as heranças, as intencionalidades, qualificar e quantificar os elementos, os atores e seus comportamentos e como as relações ocorrem entre estes elementos. É identificar o que é novo e verificar se está em harmonia com o que já existia. Se analisado nesta concepção é possível vislumbrar no território sua transformação² no tempo e no espaço (Silveira, 2011).

² “É a funcionalização dos eventos no lugar que produz uma forma, um arranjo, um tamanho do acontecer, que no instante seguinte, cria outra função outra forma e, por conseguinte, outros limites. Muda a extensão do fenômeno porque muda a constituição do território: outros objetos, outras

Partindo do pressuposto de que o espaço geográfico também é compreendido como espaço usado, constituído por um arranjo de objetos materiais e imateriais, pode-se compreender a região como fato e como ferramenta. A região como fato independe das forças econômicas e políticas que dominam o território; é a região tal como foi delimitada, com sua história, seus conflitos, suas tensões diante dos processos de modernização territorial (Ribeiro, 2004, *apud* Viana *et al.*, 2008).

A região como ferramenta é entendida como aquela que resulta da ação hegemônica da conjuntura em que está circunscrita, ou seja, das forças econômicas e políticas que dominam o território. Nela são criadas as condições para a implementação de políticas construídas e reconstruídas por ações verticais para atender os interesses de alguns setores da economia. Muitas vezes os atores hegemônicos mudam as condições materiais e organizacionais do território, para que ele se ajuste à sua conveniência ou utiliza as condições antigas de forma a garantir a viabilidade das ações na região (Ribeiro, 2004, *apu*: Viana *et al.*, 2008).

No Brasil a divisão das regiões ocorreu em 1941, através do IBGE, cuja base de organização dos dados censitários utilizou o conceito de região natural, introduzido pelo professor Delgado de Carvalho em 1913. Posteriormente, para fins administrativos, foram modificadas para atender aos limites das unidades políticas que dividiam o país, resultando nas grandes regiões naturais: norte, nordeste, leste, sul e centro-oeste que foram redefinidas conceitualmente e modificadas em 1967 e em 1991 e utilizadas nos estudos censitários (Guimarães, 2005).

Posteriormente as modificações de divisão propostas pelo IBGE utilizaram a da corrente do geógrafo Richard Hartshorne da escola americana, que considerava a região não como uma realidade dada, mas uma construção intelectual, um produto mental que pode torná-la uma região administrativa. Este entendimento estava em consonância com os objetivos dos técnicos do IBGE, responsáveis pelo planejamento territorial do país.

Mais tarde, sob a influência da escola francesa de Vidal de La Blache, passou-se a acreditar que o espaço poderia ser organizado de forma mais harmoniosa e equilibrada através do planejamento regional, daí o termo “geografia ativa” destacando o sentido de uma geografia da ação que projeta a região como objeto de intervenção. Ainda que implicitamente, a divisão regional do IBGE considere a região como um espaço de

normas convergem para criar uma organização diferente. Muda a área de ocorrência dos eventos” (Santos, 1996, *apud*: Silveira, 2004, p.90).

intervenção do estado e a totalidade espacial como um somatório das partes e deixa de considerar as variáveis mais significativas para a identificação de suas características mais homogêneas. Para o IBGE, cabe ao planejador reconhecer a região, descrevê-la e tornar claros os seus limites (Guimarães, 2005, p.1020).

A região, entendida como sinônimo de território usado, precisa considerar a “interdependência e a inseparabilidade entre a materialidade e a ação, isto é, o trabalho e a política” (Silveira, 2011, p.156), ou seja, a natureza e o seu uso, que inclui a ação humana. Nesse sentido, é preciso examinar os fixos e os fluxos. Os fixos, entendidos como as vias de acesso: estradas, ferrovias, telecomunicações, áreas agrícolas e outras, e os fluxos, como aquilo que é móvel, como o transporte, o dinheiro, a informação e as ordens. Esses fluxos de diversas naturezas têm deixado os lugares mais próximos (ou não) uns dos outros.

Na saúde a discussão sobre a organização e disposição dos serviços médicos e afins para uma dada região aparece em 1920, quando Dawson apresentou por solicitação do governo da Grã-Bretanha a proposta de organização da provisão de serviços que deveriam estar à disposição dos habitantes de uma dada região. Segundo esse relatório era indispensável uma nova organização, por razões de eficiência, que conjugasse esforços, e que deveriam concentrar-se numa única autoridade de saúde para supervisionar a administração local de todos os serviços. Também sugeriu que fossem criados conselhos consultivos médico locais.

Para Dawson, qualquer plano de serviços médicos, preventivos e curativos, deve ser acessível a todas as classes da comunidade; adaptar-se às diversas condições locais e compreender todos aqueles serviços médicos que são necessários para a saúde da população. Para ele os serviços médicos de diferentes níveis de complexidade e serviços complementares devem estar interligados e instalados considerando a distribuição da população e os meios de comunicação (Dawson, 1920, V). A proposta de Dawson faz referência quanto à importância de se organizar serviços e redes de atenção, que contemplem as necessidades da população com comando único em uma região.

Embora contemplada na constituição vigente, inicialmente o processo de descentralização do SUS não considerou a região, utilizou estratégias para reorganizar as práticas de saúde no nível local, primeiro como “distrito sanitário”-1988-1993, depois como “sistema municipal de saúde” -1993-2000 (Teixeira, 2002, p.154).

Com a edição das Normas Operacionais Básicas, no início da década de 1990, foram definidos: critérios e mecanismos de repasses financeiros entre união estados e municípios; instrumentos de prestação de contas e de acompanhamento das ações de saúde; e criados a Comissão Intergestores Tripartite-CIT e a Comissão Intergestores Bipartite-CIB na NOB/93. Esta condução foi estruturante no processo de descentralização, permitiu ao gestor ter clareza quanto aos custos e benefícios no cumprimento dos critérios de repasse de recursos financeiros (MS, 1993).

A NOB/96 instituiu a redistribuição de recursos financeiros por meio de transferências *per capita*, do Piso da Atenção Básica (PAB) – fixo e variável, da PPI, do incentivo aos municípios que optassem por um modelo de atenção que contemplasse o Programa de Saúde da Família-PSF. Entre seus postulados, a NOB/96, reforça a necessidade de cooperação técnica e financeira dos Estados e da União, com responsabilidade conjunta na gestão do SUS em suas respectivas competências (Barreto e Silva, 2004).

As NOB foram importantes na descentralização e estruturação dos sistemas locais de saúde e também aumentaram a autonomia dos gestores, mas as situações de desigualdade dos municípios continuaram presentes, em especial pela ausência da esfera estadual como coordenadora ativa do processo. A experiência dos gestores na estruturação e condução dos sistemas locais de saúde foi fundamental para aprofundar os debates quanto à necessidade de conduzir a política de forma regionalizada, uma vez que os limites da municipalização autárquica já eram evidentes. Essa situação foi amenizada pela criação e funcionamento da CIB, instância constituída por gestores estadual e municipais, espaço de discussão do processo de implementação e condução da política estadual.

Para Viana *et al.* (2010) o processo de municipalização até a década de 1990, trouxe resultados positivos, entre eles: a expansão do acesso à saúde, a ampliação da cobertura dos serviços, a incorporação de práticas inovadoras na gestão e na assistência; a incorporação de novos atores e o aumento do financiamento público em saúde por parte dos estados e municípios. Mas, a descentralização nesse período privilegiou os municípios, e não valorizou o papel das Secretarias Estaduais de Saúde na conformação de arranjos regionais, resultando em intensos conflitos intergovernamentais, competição, interesses divergentes e até mesmo comportamentos predatórios entre os

entes federativos. As estratégias de descentralização até então utilizadas não foram suficientes para evitar os conflitos, fortalecer o compartilhamento e os mecanismos de coordenação e cooperação intergovernamentais, de forma a favorecer o equilíbrio entre os pactuantes e amenizar os conflitos (Viana *et al.*, 2010; 2011).

Naquele período, cada município trabalhava separado dos demais, e os problemas não eram vistos como de micro ou macrorregião (Abrucio, 2005). Também foi na década de 1990 que novos atores foram inseridos no interior da política de saúde, como os Consórcios Intermunicipais de Saúde, que foram valorizados em relação à conformação dos sistemas locorregionais, mas não ganharam espaço formal nas instâncias governamentais, como nas Comissões Intergestores (Viana *et al.*, 2008). De natureza privada, os Consórcios Intermunicipais de Saúde, facilitaram o acesso do usuário, mas muitos deles contribuíram para a fragmentação do sistema de saúde no recorte regional, que não contou com iniciativas de regulação.

Neste contexto, as relações passaram a ocorrer diretamente entre a união e os municípios, e os problemas enfrentados pelos gestores municipais ficaram mais explícitos, mostrando os limites da municipalização e a necessidade de rediscutir o modelo de gestão. A importância da coordenação das instâncias estaduais na regulação e na organização de redes assistenciais regionalizadas torna-se mais expressiva e as discussões acerca da regionalização como estratégia de condução da política de saúde ganham espaço na agenda dos implementadores da política (Gadelha, 2011).

A regionalização, contemplada na Constituição de 1988 como estratégia de organização das ações e serviços públicos de saúde, juntamente com a descentralização e hierarquização, insere-se na agenda do gestor com a edição da Norma Operacional de Assistência a Saúde em 2001 e 2002. Esta norma foi debatida e consensuada entre o Ministério da Saúde e instâncias de representação de gestores: Conselho Nacional de Saúde, Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde/CONASS e de Secretários Municipais de Saúde/CONASEMS (Souza, 2001) e estabelece estratégias de planejamento para a constituição de redes regionais de saúde.

Na NOAS 01/02, a regionalização é definida como uma macroestratégia que deve, entre outros aspectos, contar com a coordenação dos governos estaduais; otimizar os recursos disponíveis; fortalecer a capacidade de gestão do SUS; viabilizar o planejamento de sistemas de saúde construídos de forma integrada; conformar redes

articuladas e cooperativas circunscritas a territórios delimitados pelo grau de complexidade tecnológica dos serviços existentes entre municípios que compõem a região. Deve ainda definir a população adscrita, os fluxos e contra fluxos que garantam a equidade ao usuário e seu acesso aos níveis de complexidade necessária para a resolução de seus problemas (MS, 2002a).

Entre as diretrizes da NOAS destacam-se: os gestores estaduais como coordenadores da estruturação de redes regionalizadas, a elaboração do Plano Diretor de Regionalização (PDR), a Programação Pactuada e Integrada (PPI), e a definição dos módulos assistenciais. Com a implantação da PPI, o estado passa a coordenar os pactos intermunicipais, por meio das instâncias regionais que, fortalecidas, passam a regular o sistema, com adequação de critérios e mecanismos, para a oferta e a demanda de serviços com base nos fluxos de acesso às referências (Barreto e Silva, 2004).

A NOAS³ incentivou a construção de redes de serviços de saúde além dos limites territoriais dos municípios; estabeleceu módulos assistenciais constituídos por um ou mais municípios, com capacidade de ofertar à população adscrita procedimentos do primeiro nível de referência para apoio à atenção primária; definiu as características do município sede do módulo assistencial, do município polo e as microrregiões e regiões de saúde consideradas como a base de planejamento integrado e regionalizado da unidade da federação (MS, 2001).

A NOAS contemplou o planejamento integrado entre os municípios e o estado, com a participação ativa das estruturas de condução nas regiões de saúde. No entanto a sua condução não considerou a dinâmica do território, no sentido de estimular os atores a recriar os espaços, considerando as especificidades da região, a complexidade dos problemas sociais e a necessidade da articulação intersetorial para intervir sobre os problemas.

A regionalização contemplada na NOAS não trouxe “avanços significativos para a adequação regional dos processos de descentralização em curso”, visto que as exigências normativas na configuração das microrregiões e regiões de saúde eram excessivas, mas estimulou o planejamento regional, através do PDR, PDI e PPI (Viana *et al.*, 2008, p.96). A implementação da NOAS permitiu ao gestor visualizar seus limites na municipalização autárquica.

³ A NOAS estabeleceu dois níveis de atenção para habilitação de estados e municípios: gestão plena da atenção básica e gestão plena do sistema municipal (NOAS, 01/2001).

O PDR e o PDI são instrumentos de planejamento que expressam objetivos comuns entre os entes federativos que integram a região. Esse planejamento integrado identifica as necessidades da região; propõe a organização de redes de atenção; define as articulações técnicas e políticas, os recursos e a viabilidade econômica necessária para conformar o sistema regionalizado de assistência à saúde e garantir, na região, a integralidade da assistência e o acesso da população, considerando suas necessidades. O planejamento é uma obrigatoriedade dos entes federativos, é indutor das políticas, deve ser ascendente, deve contar com a participação do Conselho Municipal de Saúde e ser compatível com as necessidades de saúde.

Com a implementação das NOB e com a NOAS, o SUS avançou, mas não favoreceu o federalismo cooperativo. O modelo de gestão regional deve ser cooperativo e as normas nacionais editadas devem ser em menor quantidade, de forma a permitir que sejam recriados nos níveis subnacionais, modelos adequados à singularidade dos estados e regiões. Essas entre outras razões indicam a necessidade de se viabilizar pactos federativos que legitimem a autonomia dos entes (Mendes, 2011).

Na vigência das NOB e NOAS, os problemas que ocorreram no sistema de saúde foram discutidos pelos gestores no interior das CIB, dos COSEMS, do CONASEMS e do CONASS e serviram de reflexão para a elaboração do Pacto pela Saúde/2006. Com a edição deste pacto, a regionalização se insere novamente na agenda do gestor como estratégia de condução, que agrega a dimensão técnica e a política do SUS.

Com a edição do Pacto pela Saúde/2006, a importância da regionalização como uma diretriz do SUS é reafirmada, uma nova configuração de região é formulada, novas diretrizes são definidas e o território é pensado na lógica de sistema e de descentralização (Viana *et al.*, 2008). O Pacto não propõe um modelo padrão de região de saúde e refere que “As Regiões de Saúde são recortes territoriais inseridos em um espaço geográfico contínuo, identificadas pelos gestores municipais e estaduais a partir de identidades culturais, econômicas e sociais, de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados do território” (MS, 2006). Nesse documento as diretrizes da regionalização consideram a região não apenas como unidade de intervenção do estado, mas as diferentes estruturas da rede de atenção, os fixos e os fluxos de forma a tornar a região um território com capacidade resolutiva.

A região de saúde deve ser pensada a partir do funcionamento do território, que não se configura apenas pelos limites territoriais, mas um território usado, um espaço vivido constituído por contextos heterogêneos, que pode criar um *modus operandi* cooperativo, otimizar o custo e o uso de recursos e permitir uma nova maneira de planejar, controlar e regular o sistema de saúde (Viana e Lima, 2011). Sem ferir a autonomia dos entes federativos (Abrucio, 2002), nestes espaços os pactos são trabalhados entre os gestores locais, regionais e estaduais, para ampliar a governança e propiciar a organização e assim garantir acesso igual aos desiguais (Junqueira, 2004).

Entende-se que a região de saúde, possui duplo sentido:

[1]... base territorial cujos elementos engendram o planejamento de uma rede de atenção integral à saúde, e os processos de incorporação tecnológica, qualificação e alocação de recursos humanos, de modo a garantir autossuficiência do sistema de saúde em áreas específicas. Configuram-se, ainda, como espaços geográficos vinculados à condução político-administrativa do sistema de saúde de ações e serviços de saúde no território (Viana e Lima, 2011, p.13).

Este entendimento evidencia a complexidade da organização e do financiamento para dotar as regiões de saúde com autossuficiência no sistema de saúde.

Com a descentralização e implementação do SUS, foram definidos mecanismos de distribuição e transferências de recursos financeiros às instâncias subnacionais. Constitucionalmente, coube à União o papel de ser o financiador, normatizador e coordenador das relações intergovernamentais da política. Desta forma tem autoridade para tomar decisões e dispõe de recursos institucionais que influenciam as escolhas dos governos locais (Arretche, 2004).

Com a edição do Pacto, o instrumento orientador da organização e financiamento dos serviços nos municipais e na região é o Termo de Compromisso de Gestão, o qual também define estímulos financeiros para a regionalização. O Pacto pela Saúde define responsabilidades no financiamento para os três entes federativos, e refere que os recursos federais para custeio serão transferidos em blocos de recursos aos entes subnacionais para: Atenção básica; Atenção de média e alta complexidade; Vigilância em Saúde; Assistência Farmacêutica e Gestão do SUS. De acordo com as diretrizes estabelecidas, como estímulo à regionalização, serão priorizados investimentos para fortalecê-la, tendo como base o PDR atualizado (Brasil, 2006).

O pacto refere que, para fortalecer a Atenção Básica, conforme disponibilidade orçamentária, serão transferidos recursos fundo a fundo para aqueles municípios que apresentarem projetos selecionados, de acordo com critérios pactuados na Comissão Intergestores Tripartite. Além disso, como parte dos recursos do Piso da Atenção Básica variável, também serão destinados recursos aos estados, para Compensação de Especificidades Regionais: um montante financeiro igual a 5% do valor mínimo do PAB fixo, multiplicado pela população do estado. Para a distribuição destes recursos, os estados, de acordo com suas especificidades, deverão definir critérios de utilização do referido recurso, devendo estes ser informados ao plenário da CIT (Brasil, 2006).

O Pacto pela Saúde amplia a gestão financeira nos municípios, e embora o sistema de transferências fiscais favoreça os municípios de pequeno porte, as desigualdades das condições econômicas, associada à baixa capacidade tributária e capacidade de sobrevivência com recursos exclusivos próprios, torna a estrutura municipal frágil financeiramente (Abrucio, 2005). Nesse sentido, desde sua implantação, o SUS vem alcançando avanços inegáveis, mas os problemas relacionados à insuficiência de recursos financeiros frente, aos princípios constitucionais deste sistema, é uma realidade.

Esses municípios, de modo geral, têm necessidade de melhorar a infraestrutura física e de equipamentos da rede de serviços, contratar profissionais e capacitar a equipe, manter a rede própria, encaminhar pacientes e adquirir medicamentos entre outros. São serviços cujo custo operacional é elevado e sobrecarrega os municípios e o tornam dependente das transferências da união e do estado, para implementar a política municipal (Arretche, 2004). Para a garantia da integralidade da atenção aos seus municípios são requeridos arranjos cooperativos na prestação de serviços (Santos e Andrade, 2011).

Com o Pacto pela Saúde, os espaços de pactuação, antes denominados Comissões Intergestores Bipartites Regionais ou Microrregionais, existentes em alguns estados, transformam-se em Colegiados de Gestão Regional, considerados como espaço permanente de pactuação e cogestão solidária e cooperativa entre entes federativos da região, cujas decisões devem ser consensuadas, para organizar a rede regional de atenção à saúde, integrada e resolutiva (Brasil, 2006).

A composição dos Colegiados de Gestão Regional se dá por representação do estado, através da Secretaria de Estado da Saúde, em nível regional, e do conjunto de municípios das regiões. Os CGR foram criados com o intuito de que o planejamento, a coordenação, a execução e a avaliação das ações e serviços no âmbito das regiões de saúde fossem desenvolvidos de forma cooperativa entre os entes federativos. Entre suas funções estão a identificação dos problemas de saúde na região e a proposição de soluções, o que implica na organização da rede assistencial regional (Brasil, 2006). Apesar disso, o grau de articulação entre os entes para viabilizar tais ações ainda é dependente da iniciativa do gestor estadual, condutor do processo.

O que inova no pacto é a concepção política da regionalização, que prevê não apenas a dimensão técnica do processo, mas a pactuação entre gestores municipais e estaduais. Contempla uma nova configuração de região, pressupõe uma nova forma de gerir e intervir sobre a realidade social, interagindo e articulando os diferentes atores sociais, ou seja, instituições e pessoas para integrar conhecimentos, saberes e experiências.

As diretrizes do SUS são únicas para todo o território brasileiro, mas a sua implementação difere e sofre interferência das heranças territoriais e heterogeneidades das regiões, o que evidencia a complexidade analítica, institucional e política do Sistema Único de Saúde (Viana *et al.*, 2008). Na regionalização, a conformação das redes de atenção é uma necessidade e deve considerar: a diversidade dos contextos e lugares que conformam a região; a unicidade e descentralização do SUS; as modalidades e os tipos de serviços de saúde existentes e necessários para garantir o princípio da integralidade na assistência à saúde.

As redes regionalizadas podem proporcionar a interação entre as políticas públicas e a oportunidade de intervir sobre os determinantes do processo saúde-doença. Além disso, melhoram a qualidade da atenção, a equidade em saúde e reduzem os custos dos serviços por imprimir uma maior racionalidade sistêmica na utilização dos recursos (Silva, 2011). Podem ainda criar condições estruturais para efetivar os direitos constitucionais do cidadão, mas implantar e operacionalizar as redes impõem desafios, visto que os processos de decisão, planejamento e avaliação passam a ter um novo desenho, cujas abordagens devem dar conta da gestão de estruturas gerenciais policêntricas (Teixeira e Ouverney, 2007).

A conformação de redes, construídas entre entes autônomos, permite: que cada integrante preserve sua identidade; que defina os objetivos de forma coletiva entre agentes públicos e privados, centrais e locais; que articule as pessoas e instituições, e de maneira integrada firme compromissos para enfrentar os problemas sociais, orientar as ações e respeitar as diversidades (Junqueira, 2004).

Em dezembro de 2010, o Ministério da Saúde editou a Portaria nº 4.279, que estabelece as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) do Sistema Único de Saúde (SUS). Segundo essa Portaria, a RAS tem como objetivo, “promover a integração sistêmica de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral e de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica” (MS, 2010).

Em 2011 foi editado o Decreto nº 7.508/2011⁴, que contempla a formação de redes nas regiões de saúde. Intervir sobre as regiões de saúde e construir redes de atenção regionalizada requer, por parte dos gestores, ação intersetorial já que a complexidade dos problemas sociais exige diversos olhares e maneiras de abordá-los.

A intersetorialidade pode ser considerada um fator de inovação na condução das políticas, visto que, além das parcerias não serem estabelecidas de forma isolada, muda-se a lógica, ou seja, passa-se a identificar e considerar os problemas, considerar os saberes e a experiência dos diversos integrantes. Além disso, a população passa a ser vista como aquela que pode desempenhar um papel ativo e criativo nesse processo (Junqueira, 2004). A gestão de redes regionalizadas e intersetorializadas pode permitir a integração das políticas de um determinado espaço/território.

Entende-se que a regionalização é uma estratégia que pode assegurar o direito à saúde e integrar os entes federativos sem ferir o princípio da autonomia, desde que se crie um *modus operandi* que contemple o planejamento, a execução, o controle e a avaliação na operacionalização dos serviços de saúde de forma compartilhada e com base na realidade vivida da região. Portanto, pressupõe a organização de um complexo regional constituído por diferentes estruturas, entes federativos autônomos, instituições e atores públicos e privados, que participam direta e indiretamente da gestão da saúde.

⁴ Este Decreto, editado em 28 de junho de 2011, trata da regulamentação da Lei nº 8.080/90, e refere que o seu papel é, dentre outros, de regular a estrutura organizativa do SUS (MS, 2011).

Entende-se também que a gestão regionalizada requer mudanças na gestão com distribuição de poder, inter-relações entre os diferentes atores sociais desse território, e que seu sucesso depende de uma ação coordenada do estado. É neste entendimento que se analisa o processo de regionalização na região de saúde de Saúde de Tangará da Serra, procurando compreender, no âmbito da gestão, a relação e a interação dos diversos atores integrantes do sistema de saúde.

3 Institucionalidade e Governança no Território

3 INSTITUCIONALIDADE E GOVERNANÇA NO TERRITÓRIO

Com a nova constituição, um conjunto de direitos sociais foi assegurado, inserindo a saúde como um dever do Estado. Sendo a saúde um direito garantido e elemento estruturante de bem-estar (Gadelha *et al.*, 2012), cabe ao Estado o papel de provedor, regulador e financiador de serviços dessa natureza. Além disso, ele tem a importante função de formular políticas públicas que possam assegurar tais direitos (Fleury e Ouvreney, 2012).

Há muitas definições sobre políticas públicas, mas de modo geral referem-se a decisões que, transformadas em um conjunto de medidas: orientam a política de Estado para aquilo que se deseja alcançar; regulam as atividades governamentais inerentes a interesses públicos; influenciam e são influenciadas pela realidade econômica, social e ambiental, que envolve o Estado, as pessoas e as instituições.

Além dos direitos sociais, a Constituição brasileira de 1988 trouxe importantes desafios para os entes federativos. Constitucionalmente eles passaram a ter maior autonomia, mas num contexto de mudanças tiveram que enfrentar sucessivas crises e desequilíbrios fiscais, que motivaram tentativas de ajustes da economia e a reforma do estado (Santos, 1997). Foi neste contexto de reformas que o SUS foi implantado nos anos de 1990, num esforço de instituir o pacto federativo incorporado à Constituição de 1988, mas a agenda de reformas econômica e política do país era, naquele momento, desfavorável à construção de políticas universais.

A agenda de reformas econômicas, associada à complexidade dos problemas daquele período, com pressões crescentes da sociedade sobre os direitos de cidadania, trouxe para a agenda governamental a necessidade de uma nova gestão pública com condições de enfrentar os desafios lançados e melhorar o desempenho do Estado (Knopp, 2011). Momento em que foram desencadeados debates sobre o novo papel do Estado, discutidos os requisitos políticos, sociais, organizacionais e gerenciais, para encontrar alternativas e torná-lo eficiente e eficaz com capacidade para enfrentar os desafios e dilemas que se apresentavam (Cavalheiro, *et al.*, 2009).

Dentro do formato descentralizado do SUS, a importância atribuída ao papel do Estado pode ser compreendida na representação do arcabouço político-institucional desse Sistema (Gadelha *et al.*, 2012). O novo desenho conforma um sistema complexo, implica em mudanças no poder e na distribuição de responsabilidades e requer sustentabilidade estrutural para legitimar os direitos constitucionais.

Como política de Estado, o SUS foi instituído num cenário de mudanças e de correlação de forças entre entes federativos autônomos, com falta de clareza quanto ao papel de cada ente na sua implementação. A partir da década de 1990, o MS começa a editar normas que explicitam sua institucionalidade e a maneira de gerir o sistema de saúde. As Normas Operacionais Básicas foram editadas nos anos de 1991, 1993 e 1996, a Norma Operacional da Assistência em 2001 e 2002, o Pacto pela Saúde em 2006 e mais recentemente o Decreto nº 7.508/2011.

Com especificidades, todas estas normativas induziram a descentralização do SUS, definiram critérios, responsabilidades e o papel de cada gestor do SUS por nível de governo. Geraram mudanças nas funções e competências do MS, da SES e das SMS, e influenciaram a dinâmica e as estruturas de organização e gestão das políticas públicas, com a redefinição das relações entre as esferas de governo; entre Estado e sociedade, e Estado e mercado (Fleury e Ouverney, 2006).

O processo de descentralização propiciou a criação de estratégias inovadoras na gestão, introduziu mudanças nos modelos e práticas de cuidado e propiciou a participação da sociedade civil na gestão do SUS, através dos Conselhos de Saúde e Conferências de Saúde no âmbito local, estadual e nacional (Fleury e Ouverney, 2012).

A descentralização implicou uma nova maneira de gerir, e a criação das instâncias colegiadas interfederativas criou as condições para aproximar as relações, buscar consenso entre os diferentes atores envolvidos na construção do SUS, e o estabelecimento de pactos e decisões políticas e administrativas referentes ao sistema de saúde em âmbito nacional, estadual, regional e municipal (Pinto *et al.*, 2014).

Estudo realizado por Fleury *et al.* (2010) afirma que, de 1996 a 2006, houve “modificações importantes na relação Estado-sociedade, em direção a um padrão mais democrático de exercício do poder local”. Para os autores, se mantida a atual configuração institucional do SUS, a esfera municipal se tornará o lócus privilegiado de resolução dos desafios enfrentados pelo SUS. Também chamam a atenção para a

necessidade de construção de bases sólidas no âmbito da governança local, pois o sucesso das intervenções dependem de estratégias capazes de oferecer apoio técnico, gerencial e político na implementação das políticas de saúde. Estas estratégias, se viabilizadas através da política regionalizada da saúde, que articula diferentes atores sociais, podem fortalecer a governança no âmbito local e regional (p.454)..

A governança está relacionada à forma como o governo exerce o seu poder e sua capacidade organizativa, ou seja, a capacidade dos governos para desenvolver o planejamento, a formulação e implementação das políticas e cumprir suas funções. A boa governança é indispensável para o desenvolvimento sustentado, que associa crescimento econômico, equidade social e direitos humanos (Santos, 1996).

Segundo as agências internacionais de financiamento, entre elas o Banco Mundial, a governança é definida como “o exercício da autoridade, controle, administração, poder de governos”, também entendida como “a maneira pela qual o poder é exercido, na administração dos recursos sociais e econômicos de um país visando o desenvolvimento” (Gomides, 1996, p.179).

Segundo Santos (1997), os termos governança e governabilidade divergem entre alguns autores, sendo a governabilidade relacionada às condições sistêmicas e institucionais em que se dá o exercício do poder, a forma de governo, as relações entre os poderes e o sistema de intermediação de interesses. O termo governança está basicamente ligado à *performance* dos atores e sua capacidade no exercício da autoridade política. Neste sentido, a autora considera ser pouco relevante, no contexto atual, distinguir os conceitos de governança e governabilidade e para tanto adota o termo capacidade governativa (Santos, 1997), termo utilizado neste trabalho.

A capacidade organizativa, também conhecida como *modus operandi* das políticas governamentais, é fundamental para o desenvolvimento sustentado, equitativo e democrático, e não se restringe apenas aos aspectos gerenciais e administrativos do aparelho do Estado (Santos, 1997). O *modus operandi* das políticas envolve as questões relativas à coordenação e colaboração entre os atores sociais. Pode-se dizer que engloba tanto as características operacionais do Estado como também sua dimensão político-institucional, capaz de mobilizar apoio às políticas governamentais, a capacidade financeira, instrumental e operacional do Estado.

O *modus operandi* das políticas governamentais inclui, dentre outras questões, aquelas “ligadas ao formato político-institucional dos processos decisórios, à definição do mix apropriado público-privado nas políticas, à participação e descentralização, aos mecanismos de financiamento das políticas e ao alcance global dos programas” (Melo 1995, *apud* Santos, 1997).

A governança consiste na repartição de poder entre aqueles que governam e os que são governados, na negociação entre os atores sociais, na descentralização da autoridade e das funções relacionadas ao ato de governar (Pereira, 2010). Os níveis de governabilidade podem variar e sofrem o impacto das relações entre os poderes, dos sistemas partidários, do sistema de intermediação de interesses e da forma de governo (Cavalheiro *et al.*, 2009).

Com o Pacto pela Saúde, a governança ganha espaço no debate, e se materializa nos espaços de gestão colegiada. Nesses colegiados, a governança pressupõe arranjos, envolve diversos contextos institucionais e atores com objetivos particulares, mas inseridos num território de uso comum que requer fortalecimento das relações verticais e horizontais que conformam o complexo regional. É uma nova dinâmica de gestão.

Orientados pela institucionalidade da unicidade do SUS, a governança na regionalização implica na pactuação de estratégias que possam convergir os diferentes interesses em torno dos objetivos comuns (Fleury e Ouverney, 2006). Implica em acordos, pactuações, consensos e compartilhamentos em relação às regras e aos mecanismos de planejamento que assegurem o financiamento, a regulação e gestão do sistema, para proverem de forma corresponsável os serviços da rede de atenção regionalizada.

A regulação do sistema contemplada no Pacto pela Saúde guarda interface com o planejamento, o controle e a avaliação e com os diversos níveis de complexidade da assistência (Nascimento, 2009). Além disso, contribui para garantir o acesso da população aos serviços públicos de saúde, a uma assistência qualificada, e cabe aos entes federativos a importante tarefa compartilhada de regular: o sistema de saúde; a atenção e o acesso à saúde (Vilarins, 2012).

A regulação sobre os sistemas de saúde define as normas, o monitoramento, o controle e avaliação dos serviços de saúde. A regulação da atenção à saúde está relacionada com a contratualização e a regulação do acesso, a avaliação da atenção à

saúde e a auditoria. A regulação assistencial ou do acesso se responsabiliza pelas ações que ajustam as necessidades e a oferta de forma ordenada para garantir o acesso universal, integral e equânime (Vilarins, 2012; Nascimento, 2009).

A regulação no Pacto pela Saúde também faz parte dos instrumentos de gestão compartilhada. Sua institucionalidade contribui para tornar mais claras as funções e responsabilidades de cada ente federativo, e explicita as relações horizontais a serem estabelecidas entre os prestadores no território de abrangência do complexo regulador. Na regionalização da saúde, o gestor estadual é o principal regulador e articulador dos municípios na provisão dos serviços, cujo objetivo é fortalecer a interdependência entre os municípios e ampliar a capacidade regional no sentido de organizar uma rede de atenção que seja capaz de prover a atenção integral com maior equidade (Fleury e Ouverney, 2006).

A rede de atenção do SUS foi configurada a partir da estruturação do sistema previdenciário nos anos 20, sendo os anos 30 o marco do sistema previdenciário no Brasil, onde se desenvolveu o embrião dos direitos sociais. É também quando o setor privado começa a se inserir nas políticas públicas de saúde e na sua governança.

A oferta de serviços médicos oferecidos por iniciativa das empresas a trabalhadores aparece nos registros desde 1911, na cidade de São Paulo. Os conflitos da classe operária, por condições mínimas de trabalho, atingiram seu ponto máximo com as greves de 1917 e 1919 (Possas, 1989). Naquele período a oferta de tais serviços eram arranjos considerados necessários para manter o processo de trabalho, parte dos custos destes serviços era transferida para os trabalhadores, um desconto que correspondia a cerca de 2% dos salários.

A estruturação e o desenvolvimento da previdência social iniciam-se com a criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP) em 1923. Concebidas na lógica da capitalização típica de seguro social, sustentavam-se a partir da contribuição de empregados e empregadores e os benefícios da assistência médica davam-se principalmente pela compra de serviços (Menicucci, 2007; Viana *et al.*, 2008).

Até a década de 1930 a previdência social era deixada para o setor privado empresarial, concedida através do contrato estabelecido entre o empregador e o empregado (Cohn, 1980). Foi no Governo Vargas, a partir de 1930, que o processo de configuração das políticas públicas se inicia, momento em que também se configura o

sistema previdenciário, com repercussões na política trabalhista, incluindo-se também a previdência social, que traz para o seu governo o comando das ações com a criação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões - IAP (Possas, 1989).

Com a concepção de uma previdência social mais restrita, quanto aos benefícios e às despesas, os IAP mantiveram a assistência médica, que se expandiu no final dos anos 50 e início da década de 60. Foi neste período que se iniciou o sistema de proteção social com direitos sociais diferenciados, entendido como um direito contratual de proteção contra certos riscos, tendo o trabalhador o dever de ajudar a garantir o seu futuro, visto que parte dos seus rendimentos era renunciado para o sistema previdenciário (Possas, 1989).

O formato de proteção social estabelecido no primeiro governo Vargas assemelha-se ao modelo bismarckiano, que se caracteriza como seguro social, com acesso garantido mediante prévio pagamento de uma contribuição de empregados e empregadores. Em 1940, contrapondo-se a este modelo, ganha repercussão o modelo beveridgeano, que não se limita à lógica do seguro social. Seu foco é o cidadão e se caracteriza pelo caráter universal, não exige contribuição individual anterior para a obtenção de um benefício básico e afere direitos sociais pela característica definidora da cidadania (Salvador, 2008, *apud* Pacheco, 2012). Esses modelos serviram de subsídios para a configuração do arcabouço de proteção social brasileiro, seja por parte do governo, seja pelas reivindicações dos trabalhadores.

Dentro deste formato a assistência médica vai se configurando, com suas origens incorporadas aos benefícios previdenciários, como um benefício vinculado ao trabalho formal, com as características de seguro, não se constituindo como um direito a toda a população e ofertado por empresas privadas. Inicia-se aí a *cidadania regulada* cujos direitos sociais estão vinculados a assalariados urbanos (Santos, 1979 *apud* Viana *et al.*, 2008).

A medicina previdenciária que se expande a partir do final da década de 1950 sofre influências do desenvolvimento tecnológico, com incorporação de equipamentos médicos hospitalares e medicamentos, e aumenta os custos das despesas hospitalares ao tempo que reduz a importância das medidas de saúde pública, com redução do já precário orçamento do Ministério da Saúde (Menicucci, 2007).

O projeto da Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS) tramitou no congresso durante 14 anos, e a lei foi sancionada em 1960. Com a aprovação da LOPS, o governo pôde legitimar uma prática que já existia e permitiu que as empresas atendessem seus empregados e dependentes com serviços próprios ou contratados (Bahia, 2008). Com a LOPS, os benefícios e os serviços médicos passam a assumir a mesma importância na definição das finalidades da previdência social. A expansão da assistência médica foi contemplada, mas não foi prevista a instalação de serviços próprios, permitindo que os convênios e contratos fossem estabelecidos entre institutos ou com estabelecimentos hospitalares privados (Menicucci, 2007).

As diretrizes contidas na LOPS contemplavam a participação dos setores assalariados nos órgãos de decisão, mas ela foi suprimida, reflexo das restrições de participação política a partir de 1966. A unificação do sistema previdenciário representou uma ruptura em relação ao modelo anterior vigente até 1964 (Cohn, 1980).

No período de 1950 a 1964, a despesa da previdência aumentou mais rapidamente que a receita, agravando sua situação financeira. Segundo Possas (1989), na prática a União nunca contribuía. Além disso, as empresas atrasavam suas contribuições previdenciárias e depois podiam pagar com um valor mais baixo. Havia também excessos com aposentadorias, quando alguns empresários beneficiavam parentes no último mês com altos salários, porque sabiam que seriam aposentados com este valor.

Esses fatores, entre outros, como também o regime de capitalização de parte dos recursos arrecadados pela previdência e investidos em setores da economia, contribuíram com a crise, e a previdência, que já não conseguia cumprir as obrigações de pagamento aos aposentados e pensionistas de quase todos os IAP, entra em colapso financeiro no início da década de 1960. Do total das despesas dos IAP, as despesas médicas, em 1959, representavam 13,6%, mais que o dobro do percentual de 1947, 6,5% (Cohn, 1980; Possas, 1989). A maior parte dos recursos para pagamento das despesas médicas era repassada ao setor privado conveniado por meio dos IAP.

Apesar da crise financeira da previdência social, que necessitava manter o equilíbrio financeiro do sistema, foi transferida para as empresas médicas quase a totalidade dos recursos previdenciários. A exclusão da participação dos trabalhadores na administração de seu próprio patrimônio, em 1964, facilitou para que a previdência social atuasse de forma mais livre. Foram transferidos sem restrição: recursos do INPS

para as empresas médicas privadas; do FGTS ao setor imobiliário; e do PIS-PASEP aos mercados de ações e títulos. Foi desta forma que, na década de 1960, as empresas médicas e os hospitais privados impulsionaram a expansão da medicina capitalista no Brasil (Possas, 1989).

Dos serviços previdenciários, em 1969, aproximadamente 93% eram comprados de terceiros: empresas médicas e hospitais privados. Com esta política, o INPS estimula a participação da iniciativa privada em detrimento dos serviços próprios. O mercado de convênios-empresa é impulsionado, e o mesmo acontece com as empresas de medicina de grupo, cooperativas médicas e organização de sistemas assistenciais próprios de algumas instituições/empresas empregadoras. Segundo Bahia (2008), este mercado empresarial consolidou-se nas décadas de 1950 a 1970 e até hoje constitui a maior fonte de receita das empresas de planos e seguros de saúde.

Foi também na década de 1960, com a edição da Lei nº 4.506/64, que o governo federal permitiu a vinculação das empresas empregadoras e dos empregados a planos privados de saúde, isentou “dos rendimentos tributados dos empregadores as indenizações por acidente de trabalho; os prêmios com seguro de vida em grupo pagos pelo empregador em benefício de seus empregados; os serviços médicos hospitalares e dentários mantidos ou pagos pelo empregador em benefício dos seus empregados”. Além disso, isentou das deduções do trabalho assalariado “as contribuições para institutos e caixas de aposentadoria e pensões, ou as contribuições para outros fundos de beneficência” (Bahia, 2008). As políticas neste período estiveram voltadas para o incentivo e apoio à oferta privada de estabelecimentos de saúde.

A isenção fiscal refere-se às deduções de gastos em saúde, que pode ocorrer tanto por parte da pessoa física como por parte das empresas, tendo como referência a base sobre a qual é calculado o imposto de renda. Para a pessoa física, a renúncia fiscal ocorre quando os gastos com serviços e planos de saúde são deduzidos do imposto de renda da receita tributável do contribuinte. Nas empresas, a base de cálculo do imposto de renda também deduz da receita tributável quando estas inserem, como custos, os gastos que têm com serviços e planos de saúde dos seus funcionários. Não dá para afirmar que os recursos que o Estado deixa de arrecadar do gasto tributário ou renúncia fiscal da pessoa física e das empresas financiem a totalidade dos gastos privados em saúde, mas se pode dizer que a isenção permitida sobre a base de cálculo do imposto de

renda torna o Estado um dos grandes financiadores dos gastos privados em saúde (Santos, 2008).

No Simpósio Brasileiro de Medicina de Grupo, em 1972, a Secretária de Assistência Médica e Social do Ministério do Trabalho, como representante do INPS, declarou que “a iniciativa (...) era coerente com a filosofia do Governo traduzida no então Projeto de Lei da Reforma Administrativa, de os órgãos da administração pública se eximirem da prestação direta de serviços, sempre que a iniciativa privada pudesse assegurar sua condição” (Possas, 1989, p.236). Esse entendimento por parte dos implementadores da política naquele período, optando por não ampliar a rede própria, favorece a expansão da rede privada. Essa escolha será condicionante da evolução da assistência médica nos anos posteriores (Menicucci, 2007).

A fala daquela secretária está em consonância com a Carta Constitucional do regime militar, que priorizava a iniciativa privada em detrimento do público. O Decreto-lei nº 200/67, que efetiva a reforma administrativa do governo, exime da responsabilidade pública a prestação direta de serviços sempre que o setor privado puder executá-la. Na assistência médica esse Decreto-lei 200 prioriza o estabelecimento de convênios com entidades públicas e privadas existentes na comunidade. Após a edição de tal decreto, houve uma crescente vinculação do setor privado às instituições estatais (Menicucci, 2007).

Com o mercado aquecido pela expansão dos benefícios à população previdenciária, as relações entre o público e o privado são fortalecidas a partir da década de 1960 e vão-se modificando ao longo dos anos, configurando um mix no sistema de saúde, uma racionalidade privatizante, entre os anos 1960 e 1980, que, “embora tecnicamente justificada, desencadeou e exacerbou seus traços perversos” (Almeida, 1998, p.11). Em 1960, do total de hospitais, 62,1% eram privados; entre 1950 e 1975 dobrou o número de leitos hospitalares no país; a proporção de leitos particulares sobre o total de leitos se elevou de 53,9% em 1950, para 68,4% em 1975 (Possas, 1989; Santos 2004).

Outro incentivo ao setor privado ocorreu em 1974, quando o governo Geisel criou o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS). Esse fundo, administrado pela Caixa Econômica Federal, tinha os juros subsidiados por recursos da União, e a linha de crédito oferecia financiamento para reformas e construções de estabelecimentos

privados hospitalares, inclusive para aqueles vinculados às empresas privadas de planos de saúde (Bahia, 2008). O FAS, em 1977, transferiu aproximadamente 81,5% de seu financiamento ao setor privado de saúde, para instalações de hospitais e clínicas privadas (Possas, 1989). Esse recurso esteve disponível ao setor privado e permitiu a expansão dos serviços até os anos 1980.

A rede hospitalar privada encontrou na política de saúde a oportunidade de expansão dos serviços até os anos 1980. O governo contratava os serviços e oferecia subsídios para a construção. O valor pago pelos serviços prestados era definido pelo Estado, havia resistência do setor privado à sua subordinação crescente ao Estado, entendendo-a como uma estatização da medicina. Mesmo com este entendimento, os serviços conveniados expandiram-se significativamente (Menicucci, 2007).

As atividades das empresas privadas de planos de saúde e de assistência à saúde que estabeleciam convênio com a previdência foram impulsionadas, não só pelos convênios-empresa, mas também pelas políticas de apoio com recursos dos orçamentos públicos. Essas empresas tinham autorização para descontar das contribuições previdenciárias a parcela das alíquotas destinadas às empresas de planos de saúde; ainda assim os empresários alegavam que esse recurso não cobria a totalidade dos custos. Por parte do trabalhador, “as contribuições eram vinculadas primeiro à folha de pagamento e, depois, ao salário mínimo. Esse esquema de financiamento, baseado nos subsídios diretos à demanda, foi complementado e, mais tarde, substituído pelas deduções fiscais” (Bahia, 2008, p.158).

O Estado financiou e favoreceu a configuração de um complexo médico-industrial, quando: repassou recursos para o setor privado através das linhas de crédito, comprou serviços do setor privado, permitiu a isenção fiscal e estimulou a prática empresarial na provisão da assistência à saúde de seus empregados (Coelho, 2011).

A Previdência Social tornou-se a maior compradora de serviços médicos do país e fortaleceu o setor privado na oferta de serviços e equipamentos médico-hospitalares. O sistema previdenciário, ao invés de constituir uma rede prestadora pública, incentivou as empresas a se responsabilizar pela assistência aos seus empregados, justificada pela intenção de aliviar a rede pública. Essas condutas favoreceram o surgimento da medicina de grupo, das cooperativas médicas e dos sistemas de autogestão vinculados a empresas empregadoras (Coelho, 2011). Além disso, resultou em desigualdades de

oferta, cobertura, qualidade e acesso entre os diferentes estratos de trabalhadores como também quanto ao tipo dos serviços oferecidos (Menicucci, 2007).

Em 1980, aproximadamente 10% dos brasileiros já contavam com a cobertura de esquemas institucionalizados privados de assistência à saúde (Bahia, 2008). A conjuntura também facilitou a inserção dos interesses privados no espaço burocrático e decisório, interferiu na configuração do modelo de atenção, e o governo não conseguiu desenvolver sua capacidade reguladora (Coelho, 2011).

Pode-se dizer que este sistema, durante sua fase de consolidação, contou com a ineficiência do controle público, com centralização, clientelismo, superposição de programas e clientelas, com ausência da participação de sindicatos, partidos e movimentos sociais nos processos de decisão. Além destas questões, destaca-se a submissão do gasto social aos critérios econômicos e financeiros e o princípio da privatização, que propiciou a abertura de espaço para a entrada dos interesses privados no aparelho do Estado (Draibe, 1993).

Tal situação desencadeou discussões quanto aos modelos adotados, que praticamente negavam o bem-estar prometido pelo progresso econômico (Draibe, 1993). Propostas de reforma dos sistemas foram apresentadas, e a agenda de transformações passou a ser o ajuste fiscal, a globalização dos mercados e a política para contenção dos custos. O sistema de saúde passou a ser visto, no interior do modelo de proteção social, como uma área crítica, com gastos elevados, ineficiência na gestão dos recursos e iniquidades no acesso, com perspectivas de manutenção desse padrão nos anos subsequentes. Naquele momento também é visto como um sistema complexo em expansão, associado a um cenário de transição epidemiológica, demográfica e de revolução tecnológica (Viana *et al.*, 2008).

Foi nesse contexto que se criou o Sistema Nacional de Saúde, pela Lei nº 6.229, de 17 de julho de 1975, constituído pelo complexo de serviços, do setor público e do setor privado, voltado para ações de interesse da saúde que visavam à promoção, proteção e recuperação da saúde. O documento que deu origem a essa Lei deixava claro a necessidade de uma interferência maior por parte do Estado na definição e na articulação do sistema. A referida Lei não se implementou, e um dos obstáculos apontados refere-se às dificuldades decorrentes de a prestação da assistência médica estar, na sua maior parte, nas mãos da iniciativa privada. “Os esforços de simplificação,

descentralização e regionalização da prática médica vão esbarrar sempre com os interesses do setor privado e, como não houve alteração significativa na estrutura financeira dos componentes do Sistema, torna-se difícil esperar mudanças profundas na rede de serviços” (Oliveira e Fleury, 1985 p.256).

Posteriormente, é elaborado o projeto de reformulação do sistema de Previdência Social, que cria o INAMPS em 1977, uma autarquia vinculada ao Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS). Entre as atribuições do INAMPS, cabe absorver a assistência médica concedida por todos os órgãos previdenciários; “é a maior expressão da aproximação da Seguridade Social, desvinculando cada vez mais o atendimento médico da condição de segurado, muito embora não elimine a situação financeira, cuja base é a contribuição do segurado” (Oliveira e Fleury, 1985, p.258)

É nesse contexto de crise que técnicos do Ministério da Saúde (MS) e do Ministério da Previdência Social, formulam o PREV-SAÚDE - Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde, mas que também não se efetiva (Oliveira e Fleury, 1985). Ao mesmo tempo, propostas de reforma do sistema de saúde crescem em diversos países na década de 80, período em que o Banco Mundial insere-se no debate da política de saúde, produz relatórios das discussões setoriais, na intenção de racionalizar e ter maior eficiência na utilização dos recursos. O referido relatório aponta “a necessidade de ajustes econômicos e estruturais para o setor saúde, com o financiamento da atenção pelo capital privado e a crítica contundente à universalidade do acesso à saúde” (Viana *et al.*, 2008, p.653).

Com a crise acentuada no início dos anos 1980, em decorrência, entre outros dos problemas financeiros e das denúncias de fraude nos serviços de saúde da previdência social, o governo federal edita medidas de intervenção e declara mudanças que são explicitadas no decreto de instituição do Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP). Pode-se dizer que neste período ocorre ruptura no modelo considerado privatizante e novos arranjos público-privados são estabelecidos.

Entre as mudanças, destaca-se a definição de parâmetros de programação assistenciais para racionalizar o credenciamento de serviços privados e readequar a capacidade instalada dos serviços próprios da previdência social, dos hospitais universitários, dos serviços de saúde federais, estaduais e municipais, de forma a permitir a ocupação de toda a capacidade instalada do serviço público (Bahia, 2008).

Com as medidas de intervenção, os dirigentes do INAMPS que estavam na condução da política passam a: priorizar o serviço público; reativar instalações públicas ambulatoriais e hospitalares; criar terceiros-turnos e serviços de urgências de 24 horas; buscar alternativas para reforçar o orçamento; manter e expandir o custeio dos serviços públicos federais, estaduais e municipais e investir na estruturação de uma nova base de relação com os prestadores privados. As transferências dos recursos federais para estados e municípios, que eram 5% em 1981, aumentaram para 37% em 1987 (Bahia, 2008).

O setor privado, na década de 1980, já estava consolidado e criou diferentes organizações para prestação de serviços de assistência médica. As formas privadas de assistência à saúde são ampliadas dentro e fora das empresas por meio dos planos de saúde contratados individualmente, se fortalecem independentemente do financiamento direto do governo e passam a fazer parte do novo mercado de planos empresariais e individuais em expansão. Contribuíram para o fortalecimento do setor privado, a trajetória dos incentivos públicos concedidos pelo governo federal, os subsídios financeiros e mecanismos tributários, que, associados à ausência de intervenções, favoreceram investimentos privados na saúde e colaboraram para sua institucionalização e legitimação (Menicucci, 2007).

Além destas, outras decisões públicas fortaleceram a assistência privada, entre elas, a compra de serviços privados. Esta opção energizou os profissionais, as instituições privadas prestadoras de serviços e suas representações, que, associada ao alto custo deste modelo de compra de serviços, canalizou percentual significativo de recursos públicos para o setor privado. Tais decisões resultaram no desfinanciamento público, em relações perversas entre o setor público e privado, na má qualidade dos serviços e na opção dos usuários pela assistência privada (Menicucci, 2007).

A clientela dos planos privados e seguros de saúde perfazia em 1987 quase 21,6 milhões de beneficiários (15% da população), que, se comparados à cobertura dos anos de 1981 (em torno de 10%), aumentou expressivamente. As políticas públicas de subsídio indireto, editadas pelo governo federal, para dedução no imposto de renda de gastos com saúde a favor de servidores públicos, militares, pessoas físicas e empresas, contribuíram para este aumento (Bahia, 2008).

A experiência, a trajetória e a configuração da política de saúde até vigente então orientaram o debate sobre a inserção da saúde no texto constitucional e o reordenamento das relações entre o público e o privado. Houve embates, pressões e *lobby* de empresários e outros privatistas, que se opunham firmemente às propostas de estatização progressiva. Como resultado das discussões, seguiram-se propostas de participação do setor privado no SUS, sob a forma de serviço público concedido, cujo contrato deveria ser regido pelas normas do direito público. Apesar dos esforços, a substituição do termo natureza pública por relevância pública “não contribuiu para afirmar a precedência do interesse público e dos serviços públicos, na perspectiva da estatização” (Bahia, 2008, p.162).

As decisões tomadas pelos implementadores da política até a década de 1980, a institucionalização das diversas formas empresariais da assistência privada e os diversos interesses que se constituíram na trajetória da configuração do setor saúde até este período, associadas à insuficiência da rede e à baixa qualidade dos serviços de saúde pública, subsidiaram o debate pré-constituente. Estes fatores influenciaram os posicionamentos a favor da participação do setor privado no setor público, quando a política de saúde foi redefinida na constituição e na regulamentação da assistência privada no final dos anos 1990 (Menicucci, 2007).

A defesa da complementaridade do SUS, prevista na Constituição Federal, considerou o fato de que, naquele período, a administração pública “contava com 70% dos serviços privados complementando os serviços públicos”. Esses serviços estavam inseridos no sistema de saúde, por intermédio do INAMPS, que mantinha esses contratos e convênios com o setor privado lucrativo e sem fins lucrativos. A defesa justificava-se pela intenção de que o público pudesse ir superando essa complementaridade e invertesse esse percentual, conforme o financiamento da saúde fosse melhorando (Santos, 2010, p.80).

A dualidade do sistema de saúde está contemplada na Constituição Federal/1988, no artigo 199: “A assistência à saúde é livre à iniciativa privada”. Além disso, a Lei Orgânica da Saúde/1990 cita, no artigo 24: “Quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o Sistema Único de Saúde-SUS poderá recorrer aos serviços ofertados pela

iniciativa privada”, mas a prioridade é para as entidades filantrópicas⁵ e sem fins lucrativos (Brasil, 1990).

Com a implantação do SUS, o processo de descentralização é impulsionado, e a municipalização da saúde propicia a expansão da rede de saúde pública. Os municípios ampliam a capacidade instalada, em especial os serviços ambulatoriais, mas enfrentam inúmeros problemas para dispor de profissionais e remunerá-los, manter a rede de atenção à saúde, as condições físicas e a capacidade instalada dos estabelecimentos de saúde. Essas dificuldades, associadas aos determinantes macroestruturais do país, com políticas econômicas liberalizantes e desregulamentadoras adotadas pelos países periféricos, novamente reforçam o modelo de atenção fragmentado, favorecem o setor privado, que, progressivamente, vai adquirindo um caráter empresarial, tendo como produtos principais os Planos de Saúde (Heimann, *et al.*, 2010).

As medidas adotadas foram orientadas pelo Banco Mundial e se tornaram conhecidas como o Consenso de Washington, mediante o qual Estados periféricos endividados deveriam firmar acordos com organismos internacionais. Por esse consenso, as políticas sociais eram consideradas paternalistas, geradoras de desequilíbrio fiscal, causadoras de custo excessivo de trabalho e poderiam ser viabilizadas via mercado. Neste entendimento, o Estado passa a não ser o responsável pelas políticas sociais e pelo seu financiamento, sendo estimulados novos modelos de gestão com parcerias entre Estado, mercado e sociedade civil como as Organizações não governamentais que prestam serviços a saúde (Barreto, 2004).

Foi nesse contexto que os serviços públicos e privados expandiram-se no período de implantação do SUS, mas o setor privado também cresceu, em especial os serviços sem internação: consultórios, clínicas, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, ao passo que se reduziu o número de estabelecimentos hospitalares e de leitos privados entre 1992 e 2005 (IBGE, 2005 *apud* Viana, *et al.*, 2008). No setor público também houve expansão, mas a deficiência da sua capacidade instalada e a força do setor

⁵ “Entidade Filantrópica é aquela entidade beneficente de assistência social (definida originalmente na Lei Orgânica de Assistência Social, Lei no. 8.742, de 08/12/1993, Art. 3º, como “aquelas que prestam, sem fins lucrativos, atendimento e assessoramento aos beneficiários abrangidos por esta lei, bem como atuam na defesa e garantia de seus direitos”) e/ou de educação e/ou de saúde, sem fins lucrativos (definida na Lei no 9.718, de 27/11/ 1998, Art. 10, § 3º, sobre a Legislação Tributária Federal, como sendo “a entidade que não apresenta superávit em suas contas ou, caso presente em determinado exercício, destine o referido resultado integralmente à manutenção e ao desenvolvimento de seus objetivos sociais”), que cumpre com as exigências da Resolução CNAS 32/99 (Santos, 2008, p.1437).

privado na rede de saúde pública foram evidenciadas no início da década de 1990, quando o MS instituiu parâmetros de programação para definição de tetos financeiros e repasse de recursos para estados e municípios, considerando, entre outros, a capacidade instalada de serviços.

Ainda assim o governo federal, na década de 1990, continuou com os benefícios ao setor privado. Na assistência hospitalar, com a Lei nº 8.620/1993, os hospitais que tinham contratos com o INAMPS, tiveram suas dívidas tratadas de forma diferenciada pela União. Para os hospitais filantrópicos, foram definidas novas modalidades de apoio, entre elas destacam-se: flexibilização do percentual de ocupação dos leitos para atendimento universal quando solicitado o certificado de filantropia, abertura de linhas de crédito⁶; e aporte adicional de recursos para o financiamento dos débitos com o governo e fornecedores (Bahia, 2008).

No ano de 1998, o governo federal, mediante homologação das Secretarias Municipais de Saúde, libera empréstimos para as Santas Casas e hospitais privados filantrópicos que já faziam parte da rede SUS, por meio do programa Caixa Hospitais, instituído em 1997. Ainda na década de 1990, um novo debate mobiliza diferentes atores, governamentais e da sociedade civil, para discutir a regulamentação da assistência médica supletiva, que resultou na promulgação da Lei 9.665, de 19/06/1998, que dispôs sobre os planos privados de assistência à saúde. Essa lei formalizou legalmente o sistema de saúde dual do país (Menicucci, 2007).

Estima-se que as empresas de planos e seguros de saúde faturaram, em 1998, R\$16,03 bilhões, e o Ministério da Saúde, R\$17,5 bilhões. Essas informações geraram diversas reações. Os pesquisadores alertaram quanto aos possíveis enganos de classificação de gastos públicos como privados; e outros utilizaram essa informação como argumento da inviabilidade do SUS universal (Bahia, 2008).

É nesse período que um novo padrão de regulação público-privada se configura, sustentado sobretudo pela desarticulação entre as políticas fiscais, as de incentivo à oferta de serviços privados e aquelas voltadas para expandir o setor público. Outras medidas reforçam esse novo padrão de regulação, como a Lei 9.250/95, que prevê dedução das despesas com saúde de entidades da previdência privada, e o Decreto 3.000/99 no capítulo II, Art. 39, que isenta do cálculo do rendimento bruto os serviços

⁶ O Governo Federal criou várias linhas de apoio financeiro para hospitais vinculados ao SUS, entre elas, o caixa hospitais, criado em 1997 (Bahia, 2008).

médicos pagos, ressarcidos ou mantidos pelo empregador em benefício de seus empregados. Essas medidas foram justificadas pelo reconhecimento que o aumento do mercado de planos de saúde se dava em decorrência do subfinanciamento do SUS, e eram alternativas para aliviar as despesas públicas (Brasil, 1995; 1999).

Com a reforma do Estado na década de 1990, a regulação governamental ganhou significado, suas funções deixaram de ser produtivas para se tornarem regulatórias em diferentes setores.

No setor saúde, a regulação, que objetivava corrigir as falhas do mercado, definiu regras explícitas na legislação, regulamentou a assistência médica supletiva, e estabeleceu mecanismos institucionais para monitorar o cumprimento das regras mediante a criação da Agência Nacional de Saúde (ANS). A regulação não significou um reordenamento da produção privada, apenas regulou um mercado de interesse público para garantir os direitos do consumidor.

De modo geral e refletindo a dupla institucionalidade da assistência à saúde, o MS passa a ser a instância reguladora de dois sistemas de assistência à saúde, independentes e com clientela distintas: o SUS, fundamentado na concepção do direito à saúde, e a Saúde Suplementar, baseados na lógica de mercado (Menicucci, 2007).

O Decreto nº 4.481, de 22/11/2002, instituiu a categoria de o hospital estratégico no SUS, para aqueles estabelecimentos que cumprissem os critérios exigidos no referido Decreto: prestar serviços em todas as áreas assistenciais; comprovar a prestação de pelo menos 30% de serviços de alta complexidade, com obrigatoriedade de realizar transplantes de órgãos; dispor de programa de ensino na área da saúde em nível de pós-graduação reconhecido pelo Ministério da Educação; ser referência ao Sistema Hospitalar para atendimento de urgência e emergência ou gestação de alto risco; desenvolver atividades de pesquisa em: tuberculose, hanseníase, AIDS, entre outros critérios (Brasil, 2002). Com esta categoria de hospital estratégico, abre-se espaço para hospitais que atendem a clientela de cooperativas, planos e seguros privados de saúde pleitearem o *status* de filantropia, assegurados pela normativa que flexibiliza os percentuais obrigatórios de ocupação dos leitos para o atendimento universal (Bahia, 2008).

As Medidas Provisórias nº 2158, de 2001, e a nº 148, de 2003, beneficiaram as empresas de planos e seguros privados de saúde. Essas medidas concediam alívio fiscal

à cobrança de impostos e contribuições incidentes sobre despesas operacionais e reservas técnicas. Apesar desses benefícios, as empresas de planos de saúde nada fizeram para corrigir as falhas de mercado, apontadas pela Agência Nacional de Saúde. Os contratos antigos permaneceram em vigência, e as empresas privadas lutaram para obter apoio financeiro para pagamento de seus débitos aos fornecedores, e também subsídios fiscais e indexação de aumento dos valores dos prêmios ao valor da remuneração de seus procedimentos (Brasil, 2001; 2003).

Em 2004, o governo federal tentou aumentar a alíquota da Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (COFINS) para 7,6%, de alguns estabelecimentos privados de saúde, mas, por influência de parlamentares da saúde, o governo cedeu e fez permanecer o percentual anterior de 3% sobre o total das receitas. Ainda nesse ano foi editada a Instrução Normativa da Receita Federal nº 480/2004⁷, que “sacramentou a separação das contas dos denominados serviços de terceiros (profissionais da saúde, especialmente os médicos, e estabelecimentos de saúde) contratados e ou credenciados pelas empresas de planos e seguros de saúde, e autorizou a dedução de impostos e contribuições sociais de profissionais e estabelecimentos de saúde”. Além desses benefícios, as empresas privadas já contavam com os da Emenda Constitucional nº 33, editada em 2001, ou seja, destas empresas não é cobrado o Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS) quando importam equipamentos médico-hospitalares (Bahia, 2008).

Por meio do Decreto 4.978/2004, elaborado no Ministério do Planejamento, o governo federal fixou a competência do órgão para expedir normas complementares e deu abertura para contornar o preceito da universalização do direito à saúde via mudanças da Lei nº 8.112/1990. Esse decreto permitiu o acesso aos planos privados de saúde a funcionários públicos e seus dependentes familiares que foi facilitado pelos subsídios concedidos por parte do governo (Bahia, 2008). As políticas públicas de subsídios implementadas ao longo desses anos favoreceram as cooperativas, os planos e

⁷ Outras deduções: sobre “a remuneração dos profissionais de cooperativas e associações médicas incide 1,5% de imposto de renda e 4,65% (entre a CSLL, Cofins, PIS/Pasep) sobre o valor total do documento fiscal. Sobre a fatura de profissionais da saúde não vinculados a associações ou cooperativas incidirão 9,45%, e 5,85% para as faturas dos estabelecimentos de saúde, extensiva a pessoas jurídicas; prestadoras de serviços pré-hospitalares; e prestadoras de serviços de emergências médicas por meio de UTI móvel” (Bahia, 2008, p.167).

seguros privados de saúde, num entendimento de que a oferta de serviços de estabelecimentos privados de saúde era benéfica ao mercado.

Com as denúncias de irregularidade no atendimento universal dos hospitais filantrópicos, é editado, em 2006, o Decreto nº 5.895, que “redefine de maneira radical a natureza da filantropia na saúde e subverte as regras de subordinação público-privadas”. Ao mesmo tempo, o Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social abre linha de crédito para atender ao Programa de Fortalecimento e Modernização das Entidades Filantrópicas e Hospitais Estratégicos Integrantes do SUS e libera recursos para reestruturá-los financeiramente e sanear as dívidas com os fornecedores. Nesse período, o governo federal criou outra fonte de recurso⁸, via prognóstico de loterias, para atender aos problemas das dívidas dos estabelecimentos de saúde com o governo (Bahia, 2008, p.150).

Os arranjos institucionais até aqui expostos mostram que esse formato híbrido, ainda que justificado, beneficiou o setor privado e configura um sistema dual de assistência à saúde, apesar das rupturas que sofreu com a criação do SUS. As decisões dos implementadores das política, em especial a partir dos anos 1960, e os benefícios concedidos pelo governo federal contribuíram para o formato desse padrão de assistência. Nesse sentido, pesquisadores chamam a atenção para a dependência da trajetória, ou seja, *path dependent*, entendendo que o que acontece num determinado período não está relacionado apenas às condições contemporâneas, mas é dependente das decisões anteriores e afetará os resultados posteriores (Pierson, 2004, *apud* Viana e Lima, 2011; Menicucci, 2007). Ainda que o direito à saúde seja reconhecido, mediante a instituição do SUS, as escolhas e as decisões dos atores envolvidos no período anterior refletem na sua implementação.

Segundo Bahia (2008), os estudos que discutem a participação direta ou indireta do componente privado na rede assistencial do SUS constataam o predomínio do público na atenção básica e do privado na assistência hospitalar. Ainda persiste uma dependência estrutural dos gestores em relação ao setor privado. São relações estabelecidas por contratos que se baseiam na compra de serviços mediante um plano operativo que define metas e condiciona o repasse dos recursos conforme a

⁸ Por meio da Lei Federal 11.345, de 14/09/2006, foi instituído o concurso de prognóstico de loteria, cujos recursos arrecadados destinariam 3% para o Fundo Nacional de Saúde (FNS), a fim de ser redistribuída a hospitais filantrópicos.

produtividade do estabelecimento. Tal relação tem sido conturbada, e os gestores no âmbito local têm enfrentado dificuldades para custear, expandir a rede de atenção pública e regular o sistema de saúde.

Em 2008, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 1.559, que institui a Política Nacional de Regulação do SUS. Esta portaria orienta a organização dos fluxos da prestação de serviços de assistência à saúde da rede SUS, inclusive o sistema complementar, que devem ser regulados de forma compartilhada pelas esferas de governo, através da implantação do complexo regulador que tem atribuições pactuadas entre gestores (MS, 2008). Apesar dessas medidas, os complexos reguladores encontram diversas dificuldades no seu funcionamento e, muitas vezes, não conseguem efetivar o acesso do usuário ao sistema.

A ideia de que o SUS é formado por uma rede de atenção à saúde e que o setor privado entra de forma complementar, resulta num falso entendimento de que a maior influência sobre o modelo de atenção à saúde e a rede de serviços é do setor público. As medidas editadas pelo governo federal antes e após a implantação do SUS, ainda que justificadas pela garantia do acesso e ampliação da capacidade de atendimento do SUS, propiciaram a reorganização empresarial, facilitaram o poder de pressão de empresários da saúde sobre a gestão local, o padrão de compra e venda de serviços, resultaram em complexas relações público-privadas, construídas desde o início da configuração do sistema de saúde brasileiro (Bahia, 2008).

Na região em estudo, o SUS vem se instituindo e se materializando com arranjos entre o setor público e privado, nos municípios e na região. As escolhas e decisões dos diferentes atores que compõem o complexo de saúde nesta região conformaram uma trajetória do sistema público de saúde, o qual é fortemente ancorado na parceria com o setor privado, conformando um mix público-privado para oferta de serviços ambulatorial, hospitalar e laboratorial.

Conhecer os atores, as estruturas, a participação e a influência do setor público e privado na rede de atenção à saúde da região de saúde de Tangará da Serra faz parte dos objetivos desta pesquisa, que busca conhecer como estas relações ocorrem, como são estabelecidas e se respondem aos objetivos do Sistema de Saúde deste território, considerado como um espaço vivido e em contínua renovação.

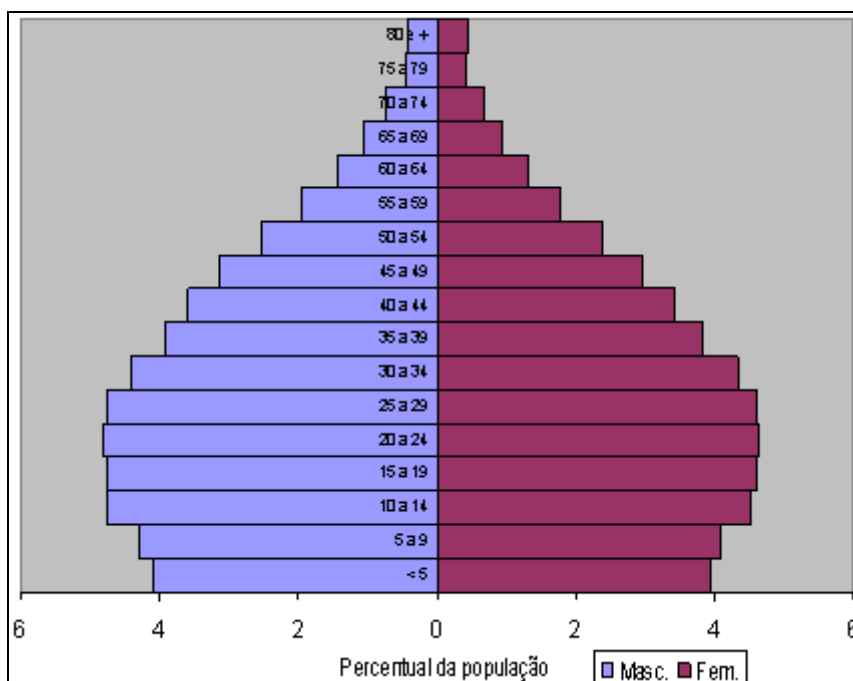
***4 O Estado de Mato Grosso e a Região
de Saúde de Tangará da Serra***

4 O ESTADO DE MATO GROSSO E A REGIÃO DE SAÚDE DE TANGARÁ DA SERRA

O Estado de Mato Grosso, localizado na região Centro-Oeste do Brasil, é constituído por 141 municípios, que perfazem uma população geral de 3.033.991 de habitantes (2010), com maior concentração na zona urbana (81,80%), baixa densidade demográfica, 3,36 hab./km². Sua taxa de crescimento (1,94) é superior à da região Centro-Oeste (1,90) e do Brasil (1,17) (Tabela 1). Dos municípios mato-grossenses, apenas quatro têm população superior a 100.000 habitantes (Cuiabá, Várzea Grande, Rondonópolis e Sinop); a grande maioria (80,1%) tem menos de 20.000 habitantes, 48,2% menos de 10.000 habitantes e 26,2% menos de 5.000 habitantes (IBGE, 2010).

Desde a década de 1980, este estado vem se consolidando entre as unidades da federação com as maiores taxas de expansão econômica, principalmente por conta do agronegócio, que também contribui para atrair imigrantes, motivados pela possibilidade de melhores oportunidades de trabalho. Internamente, o movimento migratório campocidade vem se acentuando, como resultado da substituição das pequenas lavouras por grandes plantações mecanizadas. Tal fato influencia o processo de urbanização e aponta para a possibilidade da reprodução dos problemas dos grandes centros urbanos, gerando a necessidade de atuação do Poder Público, no sentido de ordenar essa expansão da ocupação do espaço e dotar os municípios com infraestrutura e serviços capazes de suprir as necessidades da população (MT, 2003).

Demograficamente, Mato Grosso, em 2010, apresentou uma pirâmide etária que revela redução da natalidade, uma população mais envelhecida (Figura 1), com idade média de 30 anos. No entanto, tal estrutura é muito diversa, quando analisada nas várias regiões de saúde, tendo em vista as desigualdades sociais e econômicas deste estado (Scatena *et al.*, 2014).



FONTE: Scatena *et al.*, 2014

Figura 1 – Pirâmide Etária do Estado de Mato Grosso, 2010

As condições de saúde da população são determinadas não somente pelas desigualdades sociais e econômicas do estado, mas também em decorrência de queimadas, desmatamentos, uso extensivo de agrotóxicos e situação sanitária dos logradouros. Em 2000, a maioria dos domicílios não tinha esgotamento por rede geral, sendo a situação mais crítica nas regiões do Norte e Nordeste Mato-grossense. Das 16 regiões de saúde do estado, em 15 delas as fossas rudimentares (ou negras) eram o principal sistema de esgotamento sanitário, representando 89% na região de Colíder. O abastecimento de água também se constitui em problema, e sua cobertura era superior a 70% em apenas três regiões: Cuiabá, Rondonópolis e Barra do Graças (Scatena, 2011).

No ano de 2010, Mato Grosso ficou em 11º lugar entre os estados brasileiros com melhor Índice de Desenvolvimento Humano – IDH (0,725), abaixo do Distrito Federal, São Paulo, Santa Catarina, Rio de Janeiro, Paraná, Rio Grande do Sul, Espírito Santo, Goiás, Minas Gerais e Mato Grosso do Sul (Atlas Brasil, 2013). No entanto, quando estratificado por municípios, observam-se as consequências das desigualdades econômicas e de infraestrutura pública.

A expansão da ocupação e produção agrícola associada à agropecuária insere o estado como um importante polo produtor e exportador do Brasil. Em 2008, o PIB *per capita* estadual era próximo a R\$ 18.000,00, acima da média brasileira (R\$ 15.989,80),

mas inferior ao da região Centro-Oeste (R\$ 20.372,10). Já entre as regiões do estado, o PIB variou de R\$ 8.659,00 a R\$ 31.064,00 (Scatena, 2011).

Já em 2010, o PIB *per capita* de Mato Grosso foi de R\$ 19.636,77, praticamente o mesmo valor da média brasileira (Datasus, 2014), o que colocou o estado na 14^o posição nacional. Mato Grosso destaca-se internacionalmente como um dos grandes produtores de soja, algodão, milho e carne. Apesar disso, nele também se destacam os déficits em infraestrutura pública, como estradas, saneamento básico, serviços de saúde, e a elevada concentração de renda (MT, 2007a).

A expansão econômica, o agronegócio, a localização geográfica e o acesso viário, entre outros fatores, têm contribuído para o crescimento populacional de algumas cidades do estado, denominadas polos de referência natural. Essas cidades, por disporem de uma rede de serviços de saúde pública e/ou privada, mais estruturada em relação à oferta e diversidade de serviços, são demandadas pelos municípios em seu entorno, de forma organizada ou não.

Em Mato Grosso, os gastos públicos com o SUS, no geral, têm sido elevados. Os dados do SIOPS informam que os municípios, nos últimos quatro anos, têm aplicado percentuais acima do mínimo estabelecido na EC29, e próximos a 20%, mas o estado, na série histórica de 2002 a 2010, cumpriu o percentual mínimo apenas no ano de 2010, atingindo 12,3% (Mendonça, 2012).

Estudo realizado por Levi e Scatena (2011) mostra que, no ano de 2008, contabilizadas as transferências da União, o padrão de gasto em saúde por habitante, pelo governo estadual, foi considerado médio ou baixo (R\$ 254,00). Já o gasto do conjunto dos municípios, quando contabilizadas as transferências da União e do estado, foi considerado elevado (R\$ 364,00).

Ainda assim, o financiamento do sistema de saúde pública dos 141 municípios do estado tem uma forte dependência das transferências federais e estaduais. Para o conjunto dos municípios, no período de 2002 a 2008, as transferências do SUS representaram praticamente metade dos recursos aplicados no setor (49%); para o estado, o percentual de transferências variou de 24% em 2002 a 32% em 2008 (Viana *et al.*, 2010a; Levi e Scatena, 2011).

O complexo de saúde da região de Tangará da Serra tem sido constituído desde a década de 1980. Os fatores determinantes na sua delimitação foram: a posição

geográfica, o acesso pavimentado entre os municípios e a força natural de atração do município de Tangará da Serra, cidade-polo e referência natural para o comércio e serviços, entre eles, o de saúde. A distância entre os municípios que a integram varia de 60 a 200 km.

A implantação da estrutura administrativa de coordenação na região seguiu os critérios da Secretaria de Estado da Saúde, que definiu os municípios e sua abrangência. Uma delimitação específica para o setor saúde, visto que o governo do estado utiliza, para as suas intervenções, doze regiões denominadas regiões de planejamento⁹, cuja configuração difere desta.

A região em estudo sofreu alterações¹⁰ na sua configuração, mas, na vigência do Pacto pela Saúde, mantiveram-se os dez municípios: Arenápolis, Barra do Bugres, Campo Novo do Parecis, Denise, Nova Marilândia, Nova Olímpia, Porto Estrela, Santo Afonso, Sapezal e Tangará da Serra (Tabela 1).

A região está localizada no Centro Norte do estado, tem uma população de 210.816 habitantes (2011), que corresponde a 6,85% da população de MT e sua área cobre 5,41% do território do estado. É a quarta maior região em número de habitantes, apresenta baixa densidade demográfica, 3,94 hab./km², variando de 1,33 (Sapezal) a 24,77 (Arenápolis). Sua taxa de crescimento, 2,91 para o período de 2000 a 2010, é superior à do Brasil (1,17) e da região Centro-Oeste (1,90).

⁹ No estudo do Zoneamento Sócio Econômico Ecológico de Mato Grosso – ZSEE foram definidas doze regiões de planejamento no estado. Os municípios integrantes desta região de saúde ficaram distribuídos em três regiões: região VII - Cáceres: Sapezal; região VIII – Oeste: Tangará da Serra, com os municípios de Tangará da Serra, Porto Estrela, Barra do Bugres, Nova Olímpia, Denise, Santo Afonso, Campo Novo do Parecis e Brasnorte; região IX - Diamantino: Arenápolis e Nova Marilândia.

¹⁰ Decreto estadual nº 7.442, de 12 de abril/2006 - Dispõe sobre a estrutura organizacional da Secretaria de Estado de Saúde - SES, define como *órgãos de administração regionalizada*, os Escritórios Regionais de Saúde-ERS, neste, a microrregião do Médio Norte (Tangará da Serra) fica composta por apenas oito municípios. Em outubro de 2006, a Resolução CIB/MT nº 062 – dispõe sobre o funcionamento das CIB Regionais, em consonância com o Pacto pela Saúde 2006. Esta resolução informa que tal região permanece com 10 municípios, e o município de Arenápolis, da regional de Diamantino, passa para a regional de Tangará da Serra, e o município de Brasnorte, desta, transfere-se para a regional de Juína.

Tabela 1 – Municípios de Mato Grosso, segundo variáveis demográficas da região de Saúde de Tangará da Serra

Municípios	População		Razão de Crescimento 2000-2010	% Pop. Região 2010	Densidade Demográfica 2010
	2000	2010			
Arenápolis	11.605	10.316	-1,17	4,99	24,77
Barra dos Bugres	27.460	31.793	1,47	15,37	5,31
Campo Novo do Parecis	17.638	27.577	4,57	13,33	2,92
Denise	7.463	8.523	1,33	4,12	6,52
Nova Marilândia	2.354	2.951	2,28	1,43	1,52
Nova Olímpia	14.186	17.515	2,13	8,47	11,30
Porto Estrela	4.707	3.649	-2,51	1,76	1,77
Santo Afonso	3.098	2.991	-0,35	1,44	2,55
Sapezal	7.866	18.094	8,68	8,75	1,33
Tangará da Serra	58.840	83.431	3,55	40,34	7,32
Região Tangara da Serra	155.217	206.840	2,91	100	3,94
Mato Grosso	2.504.353	3.033.991	1,94	-	3,36
Centro-Oeste	11.636.728	14.050.340	1,90	-	8,75
Brasil	169.799.170	190.755.799	1,17	-	22,40

FONTE: Scatena *et al.*, 2011.

Dos municípios que a compõem, apenas um tem população superior a 80.000 habitantes; a grande maioria (70%) tem menos de 20.000 habitantes; 40% menos de 10.000 habitantes e 30% menos de 5.000 habitantes (IBGE, 2010). Os municípios têm pouco mais de 25 anos de emancipação, apresentam diferenças na extensão e no poder econômico, que influenciam o desenvolvimento dos sistemas municipais de saúde.

A expansão do agronegócio pode ser evidenciada na razão de crescimento de vários municípios e reflete não apenas a distribuição de oportunidades de geração de renda, mas acompanha a dinâmica do mercado de trabalho e, ao mesmo tempo, guarda relação com a dinâmica econômica. A razão de crescimento é maior nos municípios com mais diversificação econômica: Campo Novo do Parecis, Sapezal e Tangará da Serra.

Demograficamente, a pirâmide etária da região, em 2010, também reflete esta dinâmica. É classificada como Tipo III, constituída por uma população menos envelhecida, taxa de natalidade elevada, baixa mortalidade infantil e elevado percentual de crianças e jovens, e idade média entre 25 e 30 anos (Scatena *et al.*, 2011). As usinas de álcool e açúcar, o frigorífico de abate de aves e bovinos e a intensa produção de

grãos, entre outros setores, podem estar estimulando o deslocamento das pessoas em busca de oportunidade de trabalho e têm repercutido no processo de redistribuição da população na região, refletindo a tendência da concentração urbana e de população jovem.

Observam-se desigualdades na região quando o PIB é analisado. Os maiores PIB per capita deram-se em Sapezal (R\$ 89.921,90) e Campo Novo do Parecis (R\$ 59.412,15), e o menor, em Arenápolis (R\$ 7.186,48). A região está entre as três do estado que apresentam maior PIB per capita (R\$ 23.474,3), mas este não é alcançado por 80% dos municípios e, que tampouco atingem o PIB estadual (Tabela 2).

Tabela 2 – Municípios de Mato Grosso, segundo PIB (em R\$ *per capita*) e seus componentes, da região de saúde de Tangará da Serra, 2008

Municípios	Componentes do PIB				TOTAL
	Agropecuária	Indústria	Serviços	Impostos	
Arenápolis	1 023,2	792,3	4.888,7	482,3	7.186,5
Barra dos Bugres	2 849,0	2.427,6	5.045,1	966,9	11.288,7
Campo Novo do Parecis	21 166,0	6.649,5	24.955,4	6.641,3	59.412,1
Denise	4 266,0	552,1	3.613,2	378,2	8.809,6
Nova Marilândia	8 603,7	1.039,0	4.638,9	672,8	14.954,1
Nova Olímpia	2 525,7	4.162,0	4.867,8	693,9	12.249,4
Porto Estrela	3 855,0	540,8	3.648,2	342,1	8.386,2
Santo Afonso	5 736,7	566,5	4.142,6	469,1	10.914,8
Sapezal	41 484,2	2.828,5	35.001,8	10.607,4	89.921,9
Tangará da Serra	2 497,6	2.206,1	7.824,1	1.531,8	14.059,6
Região Tangará da Serra	7 759,4	2.765,7	10.499,6	2.449,6	23.474,3
Mato Grosso	4 607,0	2.552,6	8.808,1	1.959,3	17.927,0
Centro Oeste	1 981,8	2.650,2	13.236,2	2.503,9	20.372,1
Brasil	803,1	3.797,1	9.007,0	2.382,5	15.989,8

FONTE: Elaboração própria a partir de dados do IBGE, Pesquisa Estadual da Regionalização da Saúde no MT. 2012.

O baixo dinamismo, associado ao baixo PIB de parte dos municípios, pode dificultar a aplicação de investimentos públicos e explica a insuficiente capacidade instalada nos municípios e região, visto que, em sua maioria, dependem tanto do governo federal como do estadual, no que se refere à capacidade técnica e financeira para a execução das ações da política de saúde (Albuquerque *et al.*, 2011).

Agropecuária e serviços (muitos ligados ao agronegócio) são os principais responsáveis pela riqueza da região, exceto em Nova Olímpia, onde a indústria tem maior participação que a agropecuária. Ainda que incipiente, o setor industrial destaca-se nos municípios de Campo Novo do Parecis, Nova Olímpia e Sapezal, onde estão instaladas usinas de álcool e empresas de descaroçamento de algodão e aproveitamento de resíduos de grãos para criação de bovinos. O município de Tangará da Serra, sede de região, tem o PIB concentrado na agropecuária e nos serviços.

A diversidade na origem da riqueza dos municípios reitera as desigualdades intrarregionais: os municípios de Sapezal, Campo Novo do Parecis e Tangará da Serra são responsáveis por 81,1% do PIB da região, e os municípios de Arenápolis, Denise, Nova Marilândia, Porto Estrela e Santo Afonso são os de menor poder econômico. Na produção da riqueza, a região responde por 9,0 % do PIB estadual e está na quarta posição.

Na classificação estadual do Índice de Desenvolvimento Humano-IDH/2000, os municípios desta região ocupam posições extremas, Campo Novo do Parecis (0,80) e Sapezal (0,80) estão, respectivamente, na sexta e na décima posição, enquanto Nova Marilândia (0,70) e Porto Estrela (0,65) encontram-se nas 106ª e 126ª posições. Apesar das desigualdades entre os municípios, a região está entre as cinco melhores do estado, em relação ao IDH (0,76).

No que se refere aos gastos com saúde, excetuando-se o ano de 2002, 100% dos municípios vêm aplicando recursos financeiros acima dos percentuais mínimos recomendados pela EC29. Os municípios com maior percentual de recursos próprios aplicados na composição das despesas totais, em 2009, foram: Sapezal (72,8%), Nova Marilândia (72,0%) e Barra do Bugres (69,9%).

Tabela 3 – Distribuição das despesas *per capita* sob responsabilidade municipal: (despesas totais) e despesas com recursos exclusivamente municipais. Região de Tangará da Serra, Mato Grosso, 2002, 2005 e 2009

Municípios	Despesas Totais			Despesas com R\$ municipais		
	2002	2005	2009	2002	2005	2009
Arenápolis	121,5	163,9	254,2	80,9	101,8	125,3
Barra dos Bugres	151,0	248,2	352,7	86,7	166,1	246,2
Campo Novo do Parecis	192,3	245,9	429,3	153,5	191,7	269,0
Denise	101,3	147,7	236,5	69,0	94,6	146,4
Nova Marilândia	226,8	496,4	562,6	142,5	370,4	405,1
Nova Olímpia	199,1	263,8	408,8	151,0	204,4	242,8
Porto Estrela	155,9	277,9	537,2	96,0	168,9	295,5
Santo Afonso	267,1	461,5	415,4	212,3	353,9	268,6
Sapezal	226,0	372,4	590,3	185,3	285,4	429,9
Tangará da Serra	108,8	148,0	332,9	75,0	100,3	215,4
Região Tangara da Serra	147,7	217,1	373,3	104,0	154,6	242,2
Mato Grosso	141,8	229,1	379,7	77,8	129,0	189,5

FONTE: Elaboração própria a partir de dados do SIOPS.

Quando são comparadas as despesas *per capita* totais com saúde e as despesas *per capita* com recursos exclusivamente municipais, estes últimos têm representado valores que variam de 73% a 49%. Em 2009, os maiores dispêndios *per capita* com saúde deram-se em Sapezal, Nova Marilândia e Porto Estrela, e os menores foram observados em Arenápolis, Denise e Tangará da Serra (Tabela 3).

Em maior ou menor nível, os municípios da região têm importante dependência das transferências financeiras intergovernamentais para a manutenção dos serviços de saúde e, embora todos os municípios estejam cumprindo o disposto na EC29, quatro deles não conseguiram atingir a média *per capita* da região no ano de 2009. Isto pode estar associado à diferença do PIB entre os municípios e ao lugar que o setor saúde ocupa na agenda da gestão municipal.

Das categorias profissionais analisadas neste estudo, em todos os municípios da região há a presença do profissional médico, mas, em alguns municípios de pequeno porte, este profissional não reside no local, vai atender na unidade de saúde da família e retorna à sua origem onde reside e atende no setor privado. Entre os municípios, no ano de 2010, a maior disponibilidade de médicos vinculados ao SUS (por 10.000 habitantes) está no município de Sapezal (9,5), e a menor, no município de Denise (2,7), ambas menores que o recomendado pelo MS.

Vinculados ao SUS, a região conta com 5,6 médicos por 10.000 habitantes, colocando-se na sétima posição entre as 16 regiões do estado; e está entre as três regiões com maior número de médicos não vinculados ao SUS (2,5 médicos por 10.000 habitantes). Muitos dos profissionais médicos que trabalham no SUS têm consultório particular, local onde atendem pacientes de convênios e do Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em Mato Grosso, esta é a região com a menor disponibilidade de enfermeiros vinculados ao SUS (3,8./10000 habitantes) e está entre as quatro regiões com menor disponibilidade para todos os demais profissionais de nível superior (7,4/10000 habitantes) vinculados ao SUS.

Nesta região, a maior disponibilidade de enfermeiros deu-se no município de Campo Novo do Parecis (5,5/10.000 habitantes) e pode estar relacionada ao número de equipes de saúde da família implantada no município. Os coeficientes relativos às demais categorias profissionais de nível superior foram mais elevados nos municípios de Nova Marilandia (21,3), Santo Afonso (13,6) e Campo Novo do Parecis (10,1). Nesta região é expressivo o número de profissionais com contratos temporários, seja pela falta de concursos para nível superior, seja por não dispor do profissional para pleitear a vaga devido a remuneração oferecida, em especial para os profissionais médicos.

Tangará da Serra é uma região que se destaca economicamente no estado, apresenta diversidade de profissionais, mas parte dos municípios não dispõe de infraestrutura e serviços públicos para inseri-los na rede de saúde e cobrir as necessidades da população (Tabela 4). Além disso, os serviços de maior complexidade estão concentrados geograficamente, e os encaminhamentos continuam centralizados no município sede de região e na capital do estado, e indicam a importância de estabelecer arranjos regionalizados, para suprir de forma equânime às necessidades e garantir o acesso da população à atenção à saúde (Lima *et al.*, 2012).

A rede de serviços públicos da região está constituída pela atenção primária, com unidades de saúde da família, postos e centros de saúde, CAPS, CTA/SAE, unidades de coleta e transfusão de sangue, laboratórios de exames de baixa complexidade, centros de reabilitação, unidades hospitalares que atendem às clínicas básicas e exames de média complexidade.

Tabela 4 - Número de estabelecimentos de saúde por categorias selecionadas e tipo de prestador, segundo municípios da Região de Saúde de Tangará da Serra, 2010

Municípios	UBS				Un. Especializadas				SADT				Hospital				Total			
	Púb.		Priv.		Púb.		Priv.		Púb.		Priv.		Púb.		Priv.		Púb.		Priv.	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Arenápolis	4	100	-	-	-	-	1	100	2	50,0	2	50,0	-	-	1	100	6	60,0	4	40,0
Barra dos Bugres	8	100	-	-	1	16,7	5	83,3	-	-	-	-	1	100	-	-	10	58,9	7	41,1
Campo N. do Parecis	7	100	-	-	2	28,6	5	71,4	-	-	3	100	1	50	1	50	10	52,7	9	47,3
Denise	5	100	-	-	-	-	2	100	-	-	1	100	-	-	1	100	5	55,6	4	44,4
Nova Marilândia	1	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	100	-	-
Nova Olimpia	5	100	-	-	1	33,4	2	66,6	-	-	2	100	-	-	1	100	6	16,7	5	83,3
Porto Estrela	5	100	-	-	-	-	-	-	1	100	-	-	-	-	-	-	6	100	-	-
Santo Afonso	2	100	-	-	1	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	100	-	-
Sapezal	4	100	-	-	1	16,7	5	83,3	1	20,0	4	80,0	1	100	-	-	7	43,8	9	56,2
Tangará da Serra	19	100	-	-	1	5,0	19	95,0	1	8,4	11	91,6	1	20,0	4	80,0	22	39,3	34	60,7
R. Médio Norte	60	100	-	-	7	15,2	39	84,8	5	16,7	25	83,3	4	33,4	8	66,6	76	51,3	72	48,7

FONTE: Elaboração própria com base no banco de dados do Ministério da Saúde - Cadastro de estabelecimentos de Saúde do Brasil - CNES

Há predomínio do número de estabelecimentos públicos na região, mas, em sua maioria, a capacidade instalada é constituída por unidades básicas de saúde (Tabela 4). No período de 2002 a 2010, esta região situou-se entre as nove do estado onde foi observado o menor incremento financeiro com a atenção básica, totalizando 121% (Mendonça, 2012).

No ano de 2010, todos os municípios da região dispunham de Unidades de Saúde com Equipes de Saúde da Família, e a cobertura do programa era 58,1% inferior à cobertura do estado (65,10%). Nesse ano, 100% dos municípios tinham equipes de saúde bucal. O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) teve sua cobertura reduzida quando os municípios implantaram as ESF, mas permaneceu nos municípios de Barra do Bugres, Campo Novo do Parecis, Porto Estrela, Sapezal e Tangará da Serra.

Observa-se ainda na tabela 4 que, apesar da importante oferta de serviços públicos na região, a rede de atenção de serviços privados é significativa. A maior disponibilidade de estabelecimentos públicos (por 10.000 hab.) é encontrada nos municípios de Porto Estrela (16,4) e Santo Afonso (10,0), e a menor, no município de Tangará da Serra (2,6). Do setor privado, a maior disponibilidade está nos municípios de Sapezal (4,97), Denise (4,69), Tangará da Serra (4,07), mas a diversidade e a complexidade dos serviços estão no município de Tangará da Serra. É o setor privado que tem predomínio de unidades especializadas, serviços de apoio diagnóstico e hospitais. Portanto, é uma região que necessita planejar e reorganizar a rede de atenção pública, contando para isso com o apoio financeiro dos entes federativos municipais, estadual e federal (Silva, 2011).

A região dispõe de doze hospitais, dos quais quatro são públicos, e está situada entre as doze regiões do estado com maior número de hospitais públicos e entre as três com maior número de hospitais privados. Os hospitais públicos da região são de pequeno porte e atendem, em sua maioria, apenas as clínicas básicas. Não há hospital público estadual na região.

Dos hospitais públicos existentes, um é gerido por Organização Social (Campo Novo do Parecis), e outro por entidade religiosa (Sapezal). Os demais são pelas respectivas secretarias municipais de saúde, um, no município de Barra do Bugres, e outro em Tangará da Serra, que não dispõe de centro cirúrgico, mas de leitos de estabilização.

O Hospital de Campo Novo do Parecis é mantido com recursos da prefeitura, tem centro cirúrgico, leitos de estabilização, mantém convênio com a Unimed e é referência para o município de Brasnorte, que pertence à regional de saúde de Juína. O hospital de Sapezal é mantido com recursos da prefeitura, tem convênio com a Unimed, conta com centro cirúrgico e não é referência para a região, apenas para sua própria população. Estes dois hospitais preservam as características dos estabelecimentos públicos.

O Hospital Municipal de Barra do Bugres, a partir do convênio estabelecido entre a SES e a prefeitura em 2001, passou a ser referência na região em cirurgia geral e ortopedia e continuou sendo referência nas clínicas básicas para municípios circunvizinhos que não dispõem de unidade hospitalar.

O município de Tangará da Serra é referência natural na região para os serviços de saúde do setor privado. A Unidade Mista de Tangará da Serra é também referência para o SAMU, mas, por não dispor de centro cirúrgico, faz o primeiro atendimento da urgência/emergência e encaminha para a rede privada conveniada no município, ou de outros municípios da região, ou Cuiabá.

Dos hospitais privados, os de maior complexidade estão no município de Tangará da Serra, e apenas um deles é conveniado ao SUS, para atender aos encaminhamentos do município. Este hospital também atende à demanda da região encaminhada pelo Consórcio Intermunicipal de Saúde, e para internação na UTI. O município dispõe de apenas de dez leitos de UTI (adulto), dos quais oito são públicos e estão instalados no hospital privado, e dois são da Unimed. Os leitos públicos são operacionalizados por meio de convênio¹¹ estabelecido com a SES. Os leitos de UTI neonatal são privados, e, quando necessário, o acesso ocorre por meio de contratos administrativos para aqueles casos que não conseguem vaga em Cuiabá.

Outros serviços do setor privado credenciados/contratados pelo SUS: nefrologia¹² (hemodiálise), Cito-patologia¹³, exames de imagem¹⁴, os exames de ressonância

¹¹ A operacionalização destes leitos públicos, ocorreu por meio do convênio nº 012, de 27/02/2004, estabelecido entre a SES e o Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Norte, responsável pelo pagamento do Hospital privado onde foram instaladas as UTI.

¹² Resolução CIB nº 054, de 25 de junho de 2009 - Dispõe sobre o credenciamento/habilitação no SIA/SUS da Clínica INEMAT – Instituto Nefrológico de Mato Grosso S/C LTDA de Tangará da Serra - MT, junto ao MS. A resolução CIB/MT n.º 106, de 06 de maio de 2010, o número de atendimento passa de 66 para 102 pacientes em hemodiálise.

¹³ Resolução CIB Nº. 009, de 15 de abril de 2005 - Dispõe sobre o credenciamento do “Laboratório Centro Clínica” do Município de Tangará da Serra, no Sistema de Informação Ambulatorial – SIA/SUS para realizar Exames de Cito-Patologia.

magnética e o serviço de anatomia patológica¹⁵. O serviço de hemodiálise é realizado pela INEMAT, empresa privada que funciona em estrutura pública com gerência privada e credenciada pelo Ministério da Saúde; os exames de densitometria, tomografia, ressonância magnética¹⁶ e os demais exames de imagem são viabilizados em clínica particular credenciada pela SES, com tabela complementar do CIS. Os exames anatomo-patológicos são realizados pelo Instituto Diagnóstico em Anatomia Patológica, credenciado pela SES. Outros exames desta clínica, não contemplados no credenciamento, são contratualizados pelo CIS por meio de tabela específica solicitada pelo prestador. O serviço de hemodiálise é credenciado, mas a consulta de avaliação não faz parte do credenciamento.

A participação do setor privado na rede pública do SUS também é significativa na assistência ambulatorial para clínicas especializadas, algumas destas são contratadas pelo CIS. As cirurgias de otorrino e algumas de ortopedia, neurologia, cirurgia vascular, oftalmológica e entre outras, não são realizadas pelo SUS na região. São encaminhadas via central de regulação para a rede de referência do estado em Cuiabá. Em Mato Grosso, todas as regiões, no período de 2002 a 2010, apresentaram aumento das despesas com assistência ambulatorial e na região em estudo o aumento foi de 164%. Em relação à assistência de média complexidade, o incremento foi de 125%, ficando entre as três regiões do estado que apresentaram mais incremento e entre as que tiveram uma menor variação nos gastos por internação (Mendonça, 2012).

A Tabela 5 mostra o número de leitos por município. Observa-se que existem municípios que não dispõem leitos públicos. Do total de leitos existentes, a maioria está concentrada no setor privado.

¹⁴ Resolução CIB nº 042, de 30 de Outubro de 2003, e Resoluções CIB nº 36, de 04/03/2010.

¹⁵ Resolução CIB/MT nº 026, de 11 de Março de 2011- Dispõe sobre o credenciamento do Instituto Diagnóstico em Anatomia Patológica S/S LTDA- INDAP, junto ao SUS, no município de Tangará da Serra, situado na microrregião Médio Norte Mato-grossense do Estado de Mato Grosso.

¹⁶ Resoluções CIB nº 36, de 04/03/2010 - Dispõe sobre o credenciamento junto ao Sistema Único de Saúde - SUS da Clínica Doyon para realizar serviço de Ressonância Magnética no município de Tangara da Serra-MT.

Tabela 5 – Distribuição de leitos por município, segundo tipo de prestador e disponibilidade para o SUS. Região de Saúde Médio Norte, MT, dezembro de 2010

Municípios	SUS				Não SUS		TOTAL
	Públicos		Privado/Contratado.		Privados		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Arenápolis	-	-	23	95,8	1	4,2	24
Barra do Bugres	78	100	-	-	-	-	78
Campo Novo do Parecis*	-	-	23	82,2	5	17,8	28
Denise	-	-	24	100	-	-	24
Nova Olímpia	-	-	20	46,5	23	53,5	43
Sapezal*	-	-	40	81,6	9	18,4	49
Tangará da Serra	39	22,3	82	46,9	54	30,8	175
TOTAL	117	27,8	212	50,4	92	21,8	421

FONTE: Elaboração própria com base nos dados CNES/DATASUS.

*Nesses dois municípios os hospitais são públicos, mas aparecem no CNES como leitos privados contratados por serem de direito privado e geridos por OSS (CNP) e irmãs de caridade(Sapezal).

A maioria dos leitos existentes (72,2%) é do setor privado; destes, quase 70% (212) são contratados/credenciados pelo SUS. Do total de leitos da região, 78,2% são utilizados pelo SUS. Apenas no município de Barra do Bugres os leitos públicos são a opção exclusiva de leitos. Nos demais, existe oferta privada, e parte dos leitos é contratada pelo SUS. Em Campo Novo do Parecis e Sapezal, os leitos existentes são filantrópicos, sendo uma parte utilizada pelo SUS, e outra, para atender ao convênio com operadoras de planos de saúde.

De 2007 a 2010, foram fechados dois hospitais privados na região e reduziram-se 17 leitos, mas aumentaram 18 leitos públicos. A maior capacidade de oferta de leitos pelo SUS está no município de Tangará da Serra, mas são apenas leitos públicos de observação, ficando a rede pública dependente da rede privada/filantrópica.

No ano de 2010¹⁷, os leitos hospitalares da região representaram disponibilidade (por 1000 habitantes) de: 0,55 leitos públicos, 1,00 leitos privados/filantrópicos, 1,55 leitos à disposição do SUS e 1,99 leitos existentes. Estas taxas são inferiores ao parâmetro estabelecido pelo Ministério da Saúde, de 2,5 a 3,0 leitos/1000 habitantes, e mostram insuficiência na capacidade instalada e desigualdades de oferta, quando a disponibilidade é calculada por municípios (MS, 2002b).

¹⁷ De acordo com o parâmetro de programação, segundo a Portaria 1101 GM/MS/2002, para essa população, a necessidade de leitos hospitalares na região para o ano de 2010 é de 527 leitos. Para esse total de leitos, a necessidade de leitos de UTI pode variar de 21 a 52.

Nova Olímpia é o único município da região onde o hospital privado tem a maior proporção de leitos exclusivos para o setor privado. Este município tem a maior cobertura populacional da saúde suplementar, 59,3% em 2010. A cobertura de saúde suplementar nos municípios tem relação com o mercado de trabalho, ou seja, é maior naqueles municípios que concentram grandes empresas e que oferecem planos de saúde empresarial aos trabalhadores.

Os três municípios da região que não dispõem de unidade hospitalar (Nova Marilândia, Porto Estrela e Santo Afonso) encaminham seus pacientes, respectivamente, para os municípios de Arenápolis, Barra do Bugres e Tangará da Serra.

As internações hospitalares (por 100 habitantes) oscilaram em alguns municípios e vêm reduzindo na região, acompanhando a tendência do estado e do país (Tabela 6). Nem todas as internações que acontecem na região estão no banco de dados do SIH, pois em muitas das que ocorrem pelo CIS não são utilizadas AIH. Além disso ocorrem internações acima do teto físico de AIH.

Tabela 6 – Percentual de internações em triênios, segundo município de residência e de internação, Região de Saúde de Tangará da Serra, Mato Grosso, 2001-2009

Municípios	Por município de residência			Por município de internação		
	2001-3	2004-6	2007-9	2001-3	2004-6	2007-9
Arenápolis	9,8	10,1	8,1	8,7	8,5	8,1
Barra dos Bugres	7,7	8,2	7,6	7,8	8,7	8,2
Campo Novo do Parecis	7,3	5,5	5,4	6,8	4,7	5,0
Denise	9,5	7,6	5,2	8,6	6,5	4,5
Nova Marilândia	5,5	5,7	6,8	-	-	-
Nova Olímpia	8,2	6,4	6,5	7,2	5,0	5,5
Porto Estrela	8,1	7,3	5,4	-	-	-
Santo Afonso	6,5	8,5	7,0	-	-	-
Sapezal	2,2	5,9	6,5	1,7	5,4	5,9
Tangará da Serra	8,1	7,6	6,6	7,2	7,3	6,2
Região Tangará da Serra	7,7	7,3	6,6	6,7	6,5	6,0
Mato Grosso	7,7	6,9	6,1	7,7	6,9	6,0
Centro- Oeste	7,8	7,4	6,5	7,9	7,5	6,6
Brasil	6,9	6,5	6,0	6,9	6,5	6,0

FONTE: Elaboração própria a partir de dados do SIH/DATASUS e da pesquisa estadual (Scatena, 2011).

No período de 2001 a 2009 o município de Barra do Bugres, que dispõe de hospital de referência na região, registrou maior número de AIH pagas por município de de internação, em relação a município de residência. Os demais apresentaram maior

número de internações por município de residência, mostrando que a região tem uma mobilidade de internações significativa. Os dados disponíveis não permitem identificar se tal mobilidade ocorre intra ou interregional.

Entre 2008 e 2011, a maior proporção de internações enquadra-se na categoria de média complexidade (98,5%); as de alta complexidade, em sua maioria, restringem-se àquelas que se deram na UTI. A oferta de serviço de média e alta complexidade na região também está concentrada no setor privado. Entre 2001 e 2009, houve aumento no atendimento da média e alta complexidade na região, e pode indicar que o acesso a esses serviços foi facilitado pela disponibilidade de profissionais especializados vinculados ao CIS e pelo acesso à UTI.

Em 2010 a cobertura do Sistema de Saúde Suplementar era significativa na região, 22,1% da população, mas desigual entre os municípios (Tabela 7). A cobertura regional é semelhante à do Brasil (22,5%), mas superior à do estado (11,6%) e da região Centro-Oeste (14,9%).

Tabela 7 – Cobertura populacional do setor de saúde suplementar por município. Região de Saúde de Tangará da Serra, Mato Grosso, 2000, 2005 e 2010

Municípios	Cobertura Saúde Suplementar		
	2000	2005	2010
Arenápolis	2,3	3,7	6,1
Barra dos Bugres	2,8	3,9	12,6
Campo Novo Parecis	2,7	6,0	19,2
Denise	0,9	1,8	7,2
Nova Marilândia	1,6	2,2	5,1
Nova Olímpia	2,6	4,3	59,3
Porto Estrela	1,2	1,5	3,8
Santo Afonso	0,2	1,6	1,9
Sapezal	4,0	13,8	39,2
Tangará da Serra	8,1	13,8	20,8
Região Tangará da Serra	4,6	8,3	22,1
Mato Grosso	5,3	10,2	11,6
Região Centro Oeste	10,8	12,8	14,9
Brasil	17,8	18,2	22,5

FONTE: Elaboração própria a partir de dados da ANS/DATASUS e da pesquisa estadual (Scatena, 2011).

A Unimed Vale do Sepotuba, com sede administrativa em Tangará da Serra, abrange a maioria dos municípios que pertencem a esta região de saúde. Com a sua implantação, elevou-se a cobertura da população com acesso a Planos de Saúde, em

especial na modalidade de planos coletivos empresariais. A cobertura da população por este sistema pode estar relacionada às dificuldades da gestão pública em oferecer serviços de qualidade e diversidade para as necessidades da população (Santos, 2010), pela insuficiência de serviços de saúde pública na região, ou por não dispor de recursos financeiros públicos proporcionais ao aumento populacional da região (Menicucci, 2007).

Nesta região, não é incomum que os beneficiários de Planos de Saúde empresarial recorram à rede SUS, quando a eles são solicitados procedimentos não cobertos pelos seus planos. Nestes casos, a mobilidade desses beneficiários para a rede SUS produz iniquidades, visto que se utilizam dos planos para o acesso mais rápido ao serviço, em especial para as consultas médicas especializadas, sem ter que ficar aguardando a liberação de vaga. Tal agilização facilita também o acesso mais rápido a medicamentos, exames e procedimentos da rede SUS, que, por ser um sistema universal, não apresenta barreiras para este tipo de demanda no sistema público. Estes beneficiários usam o dispositivo constitucional da universalidade para se beneficiar e satisfazer suas necessidades usufruindo o melhor dos dois sistemas (Castro, 2006).

A principal operadora na região é a Unimed, que, assim como o setor público, encontra dificuldades com a escassez de especialidades e de serviços de maior complexidade instalados nos municípios, visto que os que existem estão concentrados em alguns municípios da região e em quantidade insuficiente para a demanda populacional. A Unimed mantém convênio com dois hospitais públicos da região para atender seus beneficiários. Observa-se, nestes casos, uma interface público-privada, em que a Unimed manifesta o interesse em estabelecer parceria com unidades públicas, para manter a prestação de serviços médicos naqueles locais e, assim, possibilitar a expansão da sua cartela de planos empresariais.

A operadora não tem estrutura hospitalar própria, absorve os serviços e as especialidades médicas existentes na região que correspondam aos seus critérios de credenciamento. A instalação da cooperativa médica na região facilitou a expansão de adesões aos planos de saúde, além disso, o aumento da cobertura pode estar relacionada ao número de trabalhadores autônomos vinculados às empresas existentes, nos municípios de: Barra do Bugres, Campo Novo do Parecis, Nova Olímpia, Sapezal e Tangará da Serra, que, juntos, perfazem 96,5% dos beneficiários dos planos de saúde.

Nos municípios de Arenópolis, Denise, Nova Marilândia, Porto Estrela e Santo Afonso, o mercado de planos de saúde é incipiente, ficando a maior parte da população dependente dos serviços do SUS.

Até dezembro de 2010, os quase cinquenta mil beneficiários dos planos de saúde da região estavam assim vinculados à saúde suplementar: 72,1% - plano coletivo empresarial; 26,8% - plano coletivo por adesão; apenas 0,7% com plano individual ou familiar, e o restante não informado.

Além das modalidades tradicionais de saúde suplementar que existem no mercado, nesta região há uma denominada Univida, que não é um plano de saúde, mas oferece ao beneficiário a oportunidade de acesso a serviços de saúde da rede privada a um custo mais acessível. A Univida¹⁸ tem a ela vinculada a Associação Univida, que disponibiliza acesso aos serviços do prestador privado e oferece cobertura a sete municípios da região. Essa associação mantém contratos de atendimento com profissionais, laboratórios, clínicas e hospitais nos municípios de Tangará, Barra do Bugres, Nova Olímpia, e Cuiabá apenas para as especialidades não disponíveis na região.

As situações citadas são alternativas para o acesso das pessoas à rede de serviços de saúde pública e privada da região, mas caracterizam iniquidades no acesso. O acesso destes beneficiários aos serviços de saúde muitas vezes é viabilizado com a participação do setor público, que custeia as necessidades oriundas de consultas, exames ou procedimentos. Para outros, o acesso se viabiliza com recursos das famílias ou das empresas privadas, quando se refere aos planos e seguros de saúde; ou diretamente pelas famílias quando se trata de pagamento *out-of-pocket* (Castro, 2006). Direta ou indiretamente, são canalizados recursos financeiros do setor público para o sistema privado.

Tanto a Unimed como a Associação Univida são alternativas importantes e facilitam o acesso na região. Por meio da Univida, o usuário do SUS, a um menor custo e tempo de espera, tem o seu acesso sem precisar deslocar-se para fora da região. Além do acesso mais rápido aos serviços, há uma crença que atrai a população para a assistência privada: a de que ela tem mais qualidade do que os serviços oferecidos pelo Sistema de Saúde Pública (Bahia, 2010).

¹⁸ A Univida é um plano de assistência funeral que criou uma associação formada pelos beneficiários do plano que permite estabelecer convênio com prestadores de serviços de saúde.

Os dados aqui expostos são compatíveis com os indicadores apresentados no *Plano de Desenvolvimento de Mato Grosso MT+20*, (MT, 2007b), que descreve as características das doze regiões de planejamento. Neste plano, em que a região VIII-Oeste contempla oito dos dez municípios da região em estudo, são citados como pontos de estrangulamentos: a frágil integração entre os municípios da região, a pobreza e desigualdade intrarregional (baixos indicadores sociais principalmente em relação à mortalidade infantil e analfabetismo funcional), deficiente infraestrutura de serviços sociais urbanos /deficiência de saneamento básico e baixa capacidade de investimento dos setores público e privado locais (MT, 2007c). Os pontos citados reiteram as características da região já apresentadas, constituem fragilidades, influenciam a organização da rede de atenção pública e mostram as necessidades de intervenção do estado, para que esta região de saúde possa desenvolver-se e tornar-se de fato autônoma.

***5 As Estratégias de Regionalização
no Estado e na Região
de Saúde de Tangará da Serra***

5 AS ESTRATÉGIAS DE REGIONALIZAÇÃO NO ESTADO E NA REGIÃO DE SAÚDE DE TANGARÁ DA SERRA

As estruturas administrativas descentralizadas da SES de Mato Grosso foram organizadas por regiões desde a década de 1980, período em que essa secretaria constituiu cinco Polos Regionais de Saúde. A estes eram designadas as funções de supervisionar as unidades de saúde vinculadas e geridas pelo estado, nos municípios que conformavam as regiões cobertas pelos polos, abastecendo essas unidades com medicamentos, insumos e outros recursos necessários para seu funcionamento (Gonzaga, 2002).

Naquele período, os polos regionais de saúde foram implantados nas regiões que já tinham seu espaço naturalmente consolidado por questões geográficas, políticas e até mesmo por identidades econômicas; mas a política de saúde regionalizada somente se inicia neste estado em meados da década de 1990, quando as prioridades da política estadual de saúde são expressas no documento “Política de Saúde em Mato Grosso: diretrizes, estratégias e projetos, prioritários” (MT, 1995). Este documento define as estratégias de gestão regionalizada, direciona as atividades da SES para o fortalecimento do espaço regional e avança nas propostas de descentralização a partir da cooperação intergovernamental considerada necessária para o fortalecimento da região, para a organização das estruturas de regulação e governança regionalizada.

Até 1995, as atividades desenvolvidas pelos Polos Regionais de Saúde eram restritas e não estavam articuladas para o desenvolvimento e gestão regionalizada da saúde (Gonzaga, 2002). Foi a partir da definição da política de condução regionalizada da SES, que as Secretarias Municipais de Saúde passaram a receber cooperação técnica para o fortalecimento da gestão municipal, para o planejamento das ações, além de incentivo para a participação ativa dos gestores nas CIB regionais, então instituídas, criando, naquele período, meios para a governança regionalizada.

Para o avanço do processo de descentralização da saúde no estado e para a ampliação das relações intergovernamentais, a SES criou novas regiões de saúde e implantou em todas elas as bases institucionais da regionalização. Os polos foram transformados em Escritórios Regionais de Saúde (ERS), deu-se sua reestruturação

técnica e operacional, suas equipes foram ampliadas, e os profissionais, capacitados para o desenvolvimento das ações contempladas no Plano Estadual de Saúde (PES). A dinâmica de trabalho da SES e dos ERS foi alterada, e o foco passou a ser a regionalização da saúde (Guimarães, 2002).

De 1995 a 2002, como parte da Política Estadual de Saúde, foram criadas e ou fortalecidas outras instâncias de ação pública nos espaços regionais, com destaque para as CIB regionais, os CIS e as Câmaras de Compensação de AIH, que, posteriormente, passaram a ser centrais regionais de regulação (Muller Neto e Lotufo, 2002). A SES instituiu e incentivou o planejamento, elaborou o PDR, o PDI, viabilizou as pactuações da atenção básica com os pactos instituídos pelo Ministério da Saúde e criou meios para a negociação das referências secundárias, utilizando a PPI como instrumento de negociação intergestores.

Sob a vigência da NOAS/2002 todos os municípios do estado foram habilitados na Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada, exceto Cuiabá, habilitado na Gestão Plena do Sistema. Com os critérios previstos na NOAS foram estabelecidas as referências no estado. A capacidade instalada nos municípios foi considerada um dos critérios para definição dos módulos assistenciais e respectivos municípios de abrangência. Na região de saúde de Tangará da Serra, todos os municípios foram habilitados na Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada e foram definidos os municípios para sede de módulos assistenciais, considerando a estrutura pública e privada conveniada, com capacidade de oferecer o elenco mínimo de procedimentos de média complexidade para ser referência intermunicipal (MS, 2002a).

Nesta região ficaram como sede de módulos assistenciais: o município de Barra do Bugres, para Porto Estrela e Santo Afonso; o município de Tangará da Serra, para Denise e Nova Marilândia; os municípios de Nova Olímpia, Campo Novo do Parecis e Sapezal, ficaram como sede de módulo para sua própria população.

Com a edição do Pacto pela Saúde, pelo Ministério da Saúde, em 2006, a regionalização é proposta como estratégia para avançar na descentralização. Além disso, define uma nova dinâmica de relações intergovernamentais, orienta e propõe diretrizes para superar a fragmentação decisória, oferece meios para integrar os sistemas municipais de saúde sob a coordenação do gestor estadual e prevê a pactuação das

responsabilidades compartilhadas entre os três entes federativos, expressas nos termos de compromisso assinado entre os gestores (MS, 2006).

Os Termos de Compromisso de Gestão explicitam o processo gradual de descentralização a ser desenvolvido pelos distintos entes federativos e evidenciam a interdependência entre os governos municipais e entre esses e o estado, de modo que sejam contempladas as desigualdades intermunicipais e regionais. Neste sentido, a divisão daquelas responsabilidades compartilhadas requer arranjos que contemplem a realidade e as necessidades dos municípios. Esse processo não é fácil, visto que “envolve jogos de cooperação e competição, acordos, vetos e decisões conjuntas entre governos que possuem interesses e projetos frequentemente divergentes na disputa política” (Viana e Lima, 2011, p.15).

Na vigência do Pacto pela Saúde estavam instituídas em Mato Grosso 16 microrregiões de saúde, cada uma delas contando com um ERS (Figura 2). A microrregião de Tangará da Serra¹⁹ pertence à região Centro/Norte de Mato Grosso e, na vigência do Decreto nº 7.508/2011, assim como as demais microrregiões do estado foi transformada em região de saúde, denominação que se utilizará quando da referência a qualquer um desses territórios.

¹⁹ Oficialmente referida como região do Médio Norte. Com a Resolução CIB/MT 065/03/2012, todas as microrregiões do estado passaram a ser regiões de saúde.

ESCRITÓRIOS REGIONAIS DE SAÚDE



Figura 2 - Regiões de Saúde, Escritórios Regionais e respectivos municípios, Mato Grosso, 2012.

A região de saúde de Tangará da Serra e as demais regiões do estado, acompanhando as características do desenvolvimento econômico de cada município e seus indicadores econômico-sociais, apresentam desigualdades na capacidade instalada e nos investimentos públicos e privados, sobretudo naqueles de baixo dinamismo econômico e com forte dependência das transferências intergovernamentais (federal e

estadual) e da rede de serviços dos municípios-sede de região, em especial para a assistência de média e alta complexidade e assistência hospitalar.

Quando o Pacto pela Saúde foi implantado em MT e nesta região de saúde, ele não se constituiu em grande novidade para o gestor municipal. A regionalização do SUS já era reconhecida e institucionalizada e já se trabalhava com fóruns de discussões nas CIB regionais criadas a partir de 1995. No entanto, quando se iniciaram os debates para sua implantação, muitas ações regionalizadas estavam enfraquecidas, e tal normativa, naquele momento, representava a oportunidade de retomar as estratégias de fortalecimento da região.

Para a assinatura do Termo de Compromisso de Gestão Municipal (TCGM), a SES, através da Portaria nº 026, de 9/03/2006, formou um grupo técnico de condução, com o objetivo de “fortalecer o processo de regionalização da saúde no Estado de Mato Grosso, bem como divulgar e implementar as diretrizes operacionais do Pacto pela Saúde 2006, em consonância com a esfera federal”. Com a participação deste grupo, a SES realizou seis macros encontros regionais, para discutir o pacto, as diretrizes e as responsabilidades a serem assumidas. Além disso, no ano de 2007, o COSEMS, com o projeto *Rede SUS em Mato Grosso*, realizou vinte oficinas de planejamento e orçamento nas 16 regiões de saúde, com o objetivo de discutir os problemas regionais de saúde e subsidiar os gestores na elaboração do TCG (Ribeiro *et al.*, 2009). Essa mobilização resultou na adesão da maioria dos municípios ao Pacto pela Saúde entre 2007 e 2010. Nesta região, apesar das incertezas quanto às responsabilidades a serem assumidas, a adesão dos municípios ocorreu no ano de 2008.

Com o pacto, a CIB/MT²⁰ manteve-se, e as CIB regionais²¹ existentes foram habilitadas a funcionar de acordo com as diretrizes dessa normativa. Tais instâncias intergestores foram denominadas de Colegiados de Gestão Regional, mantendo-se como espaços de pactuação e cogestão solidária e cooperativa, contando com a mesma composição anterior, ou seja, com a participação de gestores de saúde dos municípios e

²⁰ A CIB estadual tem 32 membros e composição paritária entre SES e gestores municipais. A representação da SES contempla parcialmente as instâncias regionais. Os municípios são representados pelos 16 vice-presidentes regionais do COSEMS, indicados no processo de eleição da diretoria do COSEMS. A CIB é coordenada pelo Secretário de Estado de Saúde, e suas reuniões, embora nem sempre ocorram mensalmente, são programadas para serem mensais. As atas e resoluções são divulgadas no site da SES (<http://www.saude.mt.gov.br/portal/cib/>).

²¹ Resolução CIB/MT nº 062/2006 - dispõe sobre a habilitação do funcionamento das Comissões Intergestores Bipartites Regionais do Estado de Mato Grosso de acordo com o Pacto pela Saúde 2006.

da representação estadual regional. Os CGR contam com regimento que disciplina o seu funcionamento e recebem recursos do MS para sua manutenção. A CIB é uma unidade orçamentária, mantida com recursos do tesouro estadual (Viana *et al.*, 2010a).

Em 2008 foi criada a Câmara Bipartite Estadual²², composta pelo Secretário de Estado da Saúde, pelas secretarias adjuntas da SES e pelo COSEMS. Atendendo ao preconizado no Pacto pela Saúde, consta, no regimento aprovado pela Resolução CIB/MT 068/2008, que essa câmara foi criada com a finalidade de assessorar a secretaria executiva e o plenário da CIB “na formulação de políticas e estratégias específicas relativas à gestão dos serviços e ações inerentes ao setor saúde, desenvolvimento de estudos, intercâmbio de experiências e proposição de normas” (MT, 2008). Em 2009 foi criada, na região de saúde em estudo, a Câmara Técnica Regional.

A CIES²³ estadual surgiu em 2009, e as CIES regionais a partir de 2008²⁴, sendo a de Tangará da Serra, em 2009. A CIES estadual tem a função de discutir as necessidades e viabilizar a Política de Educação Permanente no estado e regiões de Mato Grosso. A comissão estadual está vinculada à CIB/MT, e as regionais, ao CGR. As atividades programadas nos respectivos planos de educação permanentes são desenvolvidas pela Escola de Saúde Pública de Mato Grosso, que conta com a parceria do COSEMS. Até 2010 havia no estado 14 CIES constituídas, mas nem todas funcionando regularmente (Viana *et al.*, 2010a).

Como parte do Pacto pela Saúde e da Política Nacional de Educação Permanente, oficializada pela Portaria GM nº 1996/2007, o estado passou a receber recursos do governo federal para qualificar os profissionais da rede de atenção à saúde, orientado pela integralidade da atenção. Parte destes recursos, o estado tem executado por intermédio da Escola de Saúde de Mato Grosso²⁵, e a outra parte é transferida para as CIES regionais. Em 2007, a Resolução CIB nº 051, de 15/08/2007, aprovou os projetos de educação permanente do SUS no estado, para serem executados pela Escola de

²² Resolução CIB nº 030, de 12 de junho de 2008- Dispõe sobre a criação da Câmara Bipartite Estadual e Câmaras temáticas no âmbito da Comissão Intergestores Bipartite do Estado de MT.

²³ Resolução CIB nº 071, de julho de 2009 - Dispõe sobre a criação da Comissão de Integração Ensino Serviço do Estado de Mato Grosso - CIES/MT.

²⁴ Resolução CIB nº 011, de 17 de abril de 2008 - Dispõe sobre a criação da Comissão de Integração Ensino Serviço – CIES Regional do Vale do Arinos no Estado de Mato Grosso.

²⁵ Esta escola foi implantada antes do pacto pela saúde e é o local onde funciona o Polo de Capacitação, Formação e Educação Permanente em Saúde de Mato Grosso.

Saúde Pública e pelas CIES regionais. Alguns destes projetos foram realizados em parceria com o COSEMS.

Em 2009 foi aprovado pela CIB o Plano de Ação de Educação Permanente e Educação Profissional do Estado de Mato Grosso²⁶. Este plano define que os recursos somente serão transferidos para as CIES regionais se estas apresentarem ao CGR e à CIES/estadual, o Plano Regional de Educação Pemanente - PAREPS. Para alocar os recursos foram considerados os critérios: cobertura de saúde da família (30%); número de profissionais do SUS na região (20%); população da região (20%); IDH dos municípios da região (20%) e distância da capital (10%). Em setembro de 2009²⁷, a Resolução 108/CIB/MT, além de disciplinar a distribuição de recursos e ações da política de educação permanente, alterou dois critérios da resolução anterior e definiu novos valores para que cada uma das CIES das regiões pudessem continuar com as ações de educação permanente em saúde e fortalecer o processo de regionalização do SUS em Mato Grosso. Em 2011 foi aprovado um novo plano de ação da educação permanente²⁸, e novos critérios foram definidos.

O quantitativo de recursos para cada uma das regiões, conforme já exposto, ocorre com base nos critérios definidos pela SES e nos planos regionais das respectivas CIES. O valor financeiro definido para cada CIES regional é publicado em resoluções da CIB e transferido para a conta do Fundo Municipal de Saúde do município indicado pelo CGR. Este município passa a ser o responsável pelo pagamento de todas as despesas da CIES referentes ao desenvolvimento dos projetos de fortalecimento da regionalização.

²⁶ Resolução CIB nº 004, de 12 de março de 2009 - Dispõe sobre o Plano de Ação para implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde no Estado de MT- foram definidos R\$ 1.436.667,54 para formação técnica, executados pela Escola de Saúde Pública da SES. Para educação permanente, R\$ 1.005.667,54, destes, 69,27% (R\$ 696.667,64) foram depositados na conta do fundo estadual de saúde para execução das ações de âmbito estadual, e 30,72% (R\$309.000,00) foram descentralizados para as CIES regionais atendendo às diretrizes do Pacto pela Saúde.

²⁷ Resolução CIB nº 108, de 02 de setembro de 2009 - dispõe sobre a distribuição e a definição das ações da Política de Educação Permanente em Saúde no Estado de MT, conforme Plano de Ação para Educação Permanente em Saúde - Portaria nº 2813/2008 - para execução, em 2009, dos recursos destinados aos fundos municipais de saúde.

²⁸ Resolução CIB/MT Nº 127, de 10 de novembro de 2011 - dispõe sobre o Plano de Ação para Implementação da Política Nacional de Educação Permanente no Estado de MT- define que parte dos recursos será executada pela Escola de Saúde Pública para educação profissional (R\$1.437.191,41), e a outra parte, administrada de forma descentralizada conforme os Planos Regionais de Educação Permanente em Saúde das CIES.

Os Consórcios Intermunicipais de Saúde²⁹, atualmente 15 em funcionamento no estado, atendem a 125 municípios e cobrem 62,5% da população mato-grossense (Botti *et al.*, 2013). Eles foram incentivados e apoiados técnica e financeiramente pela SES a partir de 1995, para fortalecer as referências nas regiões de saúde, na atenção de média complexidade, ambulatorial e hospitalar e apoio diagnóstico. Configuram cinco modelos diferentes de gestão de serviços e utilizam para a sua implantação estruturas públicas municipais e ou estadual, filantrópicas e privadas, conforme a realidade das respectivas regiões de saúde. Na região em estudo o CIS foi implantado em 1998, no modelo que prevê a parceria com o setor privado.

A participação financeira do estado nos consórcios ocorre mediante convênio estabelecido entre a SES e os municípios³⁰ consorciados (Botti, 2010), para viabilizar a oferta de consultas médicas especializadas, de internação hospitalar, exames e outros procedimentos pactuados, conforme as necessidades das respectivas regiões e modelo de gestão do consórcio.

Nesta região de saúde, a contrapartida do estado é de 50% sobre a cota total fixa por município³¹, depositada diretamente na conta do consórcio. A partir de 2008, a transferência dos recursos financeiros passou a ser diretamente na conta dos municípios, atendendo ao Decreto³² do Governo de Mato Grosso, que dispõe sobre o Sistema de Transferência Voluntária de Recursos Financeiros do Fundo Estadual de Saúde aos

²⁹ Duas leis estaduais regulamentam o funcionamento dos consórcios no Estado de Mato Grosso, Lei nº 8.189/2004 - que dispõe sobre o funcionamento em regime de cogestão de Hospitais Municipais que são referência dos Consórcios Intermunicipais de Saúde; e a Lei nº 8.190/2004 - que instituiu normas gerais de parceria entre o estado e os Consórcios Intermunicipais de Saúde. Os consórcios são fiscalizados pelo Tribunal de contas do Estado de MT, são formados pelos municípios da região de saúde, contam com estrutura administrativa, composta pelo Conselho Diretor-prefeitos; Conselho Fiscal – conselheiros de saúde; Conselho Intermunicipal de Saúde – secretários de saúde e Secretaria Executiva.

³⁰ Para o município fazer parte do CIS, necessita de lei municipal aprovada pela câmara de vereadores, autorizando a Secretaria Municipal de Saúde a transferir mensalmente para a conta do consórcio os recursos correspondentes à cota fixa mensal.

³¹ Para cada município integrante é calculado, de acordo com a sua população, um valor *per capita* para desembolso mensal fixo, tanto por parte do estado como dos municípios, que é variável de acordo com o tipo e complexidade do serviço oferecido. As cotas fixas são programadas para cobrir um percentual pactuado entre os gestores para cobertura das necessidades populacionais que nem sempre chegam a 100% das necessidades. Caso o município solicite cota extra, o estado não complementa o valor financeiro a ser transferido.

³² Decreto nº 1.328, de 14 de maio de 2008 - Dispõe sobre o Sistema de Transferência Voluntária de Recursos Financeiros do Fundo Estadual de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde e dá outras providências. Este decreto foi revogado posteriormente pelo Decreto nº 1.455, de 17 de julho de 2008.

Fundos Municipais de Saúde. Neste mesmo ano de 2008, o novo organograma da SES³³ retirou da sua estrutura administrativa a *Gerência dos consórcios*.

No que se refere à regulação da assistência à saúde, a implantação do Pacto pela Saúde demandou a reestruturação do complexo regulador no estado e na região, e novas regras foram estabelecidas. O sistema estadual e regional de regulação iniciou suas atividades em 1998, quando a resolução da CIB/MT n° 021/98 aprovou as bases institucionais de organização do fluxo de pacientes na rede de atenção SUS (Guimarães, 2002).

Com base na Lei estadual n° 7.990, de 2003, foi criado o cargo de médico regulador do SUS, com atribuições, entre outras, de regular a oferta de serviços de saúde e priorizar o atendimento, considerando o grau de complexidade das demandas eletivas e de urgência, e propiciar a interligação entre os diversos níveis assistenciais do sistema estadual e regional de saúde. Na vigência do Pacto pela Saúde, a Central Regional de Regulação (CRR) de Tangará da Serra contou com médico regulador, em sistema de plantão de 24 horas, para ser o contato dos municípios na regulação intra ou inter-regional.

As Secretarias Municipais de Saúde que não tinham centrais de regulação tiveram que organizá-la, para ordenar o fluxo municipal e intermunicipal, com o parecer do médico regulador municipal e com o apoio da Central Regional de Regulação. Nesta região, as internações intra ou intermunicipais são reguladas nos respectivos municípios e ou pela central regional, quando o caso requer encaminhamento. A regulação intra ou inter-regional ocorre com base na PPI, realizada entre gestores no CGR. Sua atualização segue as normas da SES.

Na vigência do Pacto pela Saúde, o Decreto n° 2.485, de 20/04/2010, muda a estrutura organizacional da SES e cria, nas cinco macrorregiões do estado, a *Gerência de Gestão Macrorregional*, com a finalidade de ser a responsável pelo gerenciamento e implementação do Complexo Regulador Regional, assim como das Centrais Municipais de Regulação, em consonância com as normas estabelecidas pela Coordenadoria de Regulação.

³³ Decreto n° 1431, de 28 de julho de 2008 - Dispõe sobre a estrutura organizacional da SES, a redistribuição de cargos em comissão e funções de confiança.

De acordo com o Decreto nº 2.916, de outubro de 2010, que aprova o regimento interno da SES, a *Coordenadoria de Regulação*, ligada à Superintendência de Regulação, Controle e Avaliação da SES, passa a ser a responsável por organizar o acesso aos serviços de atenção à saúde, no estado, competindo a ela entre outras medidas: propor estratégias de acesso; monitorar o processo de regulação e subsidiar o planejamento da gestão e assistência. Ligado à Central Estadual de Regulação, o Tratamento fora do Domicílio (TFD) está centralizado, e o acesso dos municípios ocorre mediante solicitação encaminhada pela CRR.

A partir de então, a região de Tangará da Serra passou a contar com a *Gerência de Gestão Macrorregional*, mas, em 2013, de acordo com o Decreto nº 1.855, de 12 de julho de 2013, que dispõe sobre a estruturação da SES, as *Gerências de Gestão Macrorregional* nas regiões de saúde foram extintas, as macrorregiões deixaram de existir e todas as microrregiões passaram a serem denominadas regiões de saúde.

Em relação aos incentivos para a regionalização da saúde, por parte do governo federal foram mantidas as transferências dos recursos alocados pela PPI, mas também foram criadas novas modalidades, como a transferência de recursos para a região desenvolver ações de educação permanente por meio da CIES estadual e das CIES regionais; para manter em funcionamento o CGR; e o incentivo de Compensação de Especificidades Regionais³⁴ como parte integrante do Componente Piso da Atenção Básica (PAB) variável.

Na vigência do pacto, o estado manteve a estratégia de criar incentivos financeiros para serem transferidos aos municípios fundo a fundo. É uma forma de fomentar o processo de regionalização, avançar na descentralização das ações e serviços de saúde, reorientar o modelo de atenção e fortalecer a gestão municipal. Entre os anos de 2006 a 2011, a SES referendou alguns incentivos criados a partir da década de 1990 e instituiu novos incentivos para municípios que cumprissem os critérios estabelecidos e publicados nas suas portarias e aprovados pela CIB. Foi com base no Decreto estadual nº 765, de 17/06/2003, que a SES continuou a transferir recursos da receita própria, do Fundo Estadual de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde. Em 2008 foram

³⁴ Em 2013, essa estratégia passa a incorporar a parte fixa do Componente Piso de Atenção Básica - PAB Fixo. Portaria GAB/MS, nº 1.408, de 10 de julho de 2013.

publicados novos decretos³⁵, que disciplinam novas regras para as transferências entre os fundos de saúde.

Os incentivos financeiros criados pelo estado contribuíram em parte para implementar a Atenção Primária de Saúde, como também a média e alta complexidade, demandadas pela atenção primária. Foram assegurados no PES recursos financeiros para o desenvolvimento das ações e ou programas: Programa de Apoio e Implementação dos Consórcios Intermunicipais de Saúde - PACIS; Microrregionalização - para as atividades do CAPS, Hemorrede e Reabilitação; Programa de Apoio à Saúde da Família - PASF; Programa Saúde Bucal na ESF; Programa Diabete Mellitus - Insumos Complementares; Programa de controle da malária; Programa de Apoio à Saúde Comunitária de Assentados Rurais - PASCAR; Programa de Incentivo ao Alcance de Metas da Atenção Básica; e Programa de apoio à organização estadual de urgência e emergência. Alguns desses incentivos não estão mais sendo implementados.

Editada anteriormente ao pacto, mas com vigência até 2008, a Portaria nº 141, de 14/08/2003/GAB/SES foi revogada. Esta Portaria disciplinou as transferências intergovernamentais, definiu critérios para que o município pudesse receber os incentivos do Programa de Incentivo à Microrregionalização da Saúde. Em 2008, a SES edita a Portaria nº 112, de 06/07/2008, que altera a modalidade de financiamento da média e alta complexidade e refere que os municípios somente terão direito a esta transferência se preencherem os critérios de: Cobertura de PSF, Cobertura de Saúde Bucal, unidades cadastradas no CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde; existência de Centro de Atenção Psicossocial – CAPS. Para estes critérios foram estabelecidos estratos 1, 2, 3, 4 e 5, conforme a assistência ofertada pelos municípios.

O valor a ser transferido para os diferentes estratos é diferenciado e considera coberturas de PSF; saúde bucal; pronto atendimento sob gestão municipal; laboratórios de análises clínicas de nível primário e outros conforme a classificação; assistência pré-natal; atendimento ambulatorial e hospitalar nas áreas clínica e pediátrica e assistência ao parto; atendimento ambulatorial e hospitalar em duas ou mais especialidades e atendimento ambulatorial ou hospitalar como referência macrorregional ou estadual.

³⁵ Decreto nº 1.328, de 14 de maio de 2008, Decreto nº 1.455, de 17 de julho de 2008, que revoga o anterior - Dispõe sobre o Sistema de Transferência Voluntária de Recursos Financeiros do Fundo Estadual de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde e dá outras providências.

Como parte integrante do Pacto pela Saúde, foi definido que 5% do valor mínimo do PAB-fixo multiplicado pela população do estado, deveria ser utilizado para as especificidades regionais (MS, 2006). Para o valor correspondente a cada região foi aprovado na CIB/MT³⁶ a Resolução 056/21/09/2007, que dispõe sobre a distribuição deste incentivo destinado à atenção básica, PAB Variável-Compensação de Especificidades Regionais. Os critérios para os municípios acessarem estes recursos foram os menores índices na composição dos seguintes indicadores: IDH, população rural maior que a urbana, coeficientes de mortalidade infantil, índice de Gini e renda *per capita* abaixo da média do estado.

Os municípios contemplados para receber este incentivo, elaboraram um plano de ação e o submeteram à aprovação dos respectivos CGR para posterior encaminhamento a CIB. Este plano detalha a aplicação exclusiva dos recursos para a melhoria da Atenção Primária à Saúde, as metas, as ações a serem desenvolvidas e os prazos de execução.

Para o programa de controle da Malária, a SES instituiu incentivo através da Portaria n° 135, de 11/06/2007, que permaneceu até o ano de 2008. Nesse ano foram também instituídos incentivos para Assistência Farmacêutica na Atenção Básica e para o Programa Diabetes Mellitus-insumos complementares (Portaria SES n° 132, de 09/09/2008). A transferência dos recursos do programa de Diabetes deve ser precedida de Termo de Compromisso entre Municípios e a SES/MT.

Em 2008, a SES instituiu o Programa de Incentivo ao Alcance de Metas da Atenção Básica (Portaria n° 113, de 08/08/2008), definindo que os recursos dos incentivos seriam liberados somente para os municípios que alcançassem o rol de dez indicadores³⁷ do Pacto pela Saúde, ou tivessem IDH inferior a 0,702. No ano de 2010, foi criado incentivo para o controle da dengue a municípios que participaram da sala de situação da dengue.

³⁶ Esta resolução foi revogada pela Resolução CIB n°. 075 de 08/11/2007, para a mesma finalidade.

³⁷ 1. Coeficiente de mortalidade neonatal ou Número absoluto de óbitos neonatal; 2. Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil investigados; 3. Proporção de nascidos vivos de mães com 4 ou mais consultas de pré-natal ou Proporção de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal; 4. Razão de exames citopatológico cervico-vaginal na faixa etária de 25 a 59 anos em relação à população-alvo, em determinado local por ano; 5. Cobertura de primeira consulta odontológica programática; 6. Proporção da população cadastrada pela Estratégia Saúde da Família; 7. Média anual de consultas médicas/habitante nas especialidades básicas; 8. Cobertura vacinal em tetravalente em menor de 1 ano de idade; 9. Proporção de cura dos casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera; 10. Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes.

Em 2012, a Portaria nº 109 GBSES (2012) revoga a Portaria nº 112 GBSES (2008) e altera a modalidade de incentivo financeiro, que passa a ser incentivo à Regionalização da Saúde, cujo mecanismo de financiamento é efetivado dentro do Sistema de Transferência Fundo a Fundo. Esta refere que os incentivos financeiros serão destinados apenas aos municípios que garantirem as ações e serviços nas áreas de Reabilitação, Hemoterapia e Centros de Atenção Psicossocial/CAPS – com valores diferenciados para nível I, II e III.

Em 2013, com a edição da Portaria nº 083 GBSES/2013, foram estabelecidas novas regras de distribuição de recursos aos fundos municipais de saúde. Esta refere que, para os municípios receberem incentivos financeiros, deverão dispor dos seguintes programas implantados: Programa de Saúde Família – PSF, Programa de Saúde Bucal – PSB; Programa de Apoio à Saúde Comunitária de Assentados Rurais – PASCAR; Farmácia Básica e Diabetes Mellitus; Programa de Incentivo ao Alcance de Metas da Atenção Básica – PIAMAB.

Na assistência hospitalar, além dos incentivos transferidos para os CIS, a SES estabeleceu convênios com hospitais municipais para se tornarem referência regional, credenciou serviços da média e alta complexidade, instalou UTI nas sedes de regiões por meio de convênios com unidades hospitalares própria, municipal ou com o setor privado. Nesta região de Tangará da Serra, foi estabelecido aditivo ao convênio com o Hospital Municipal de Barra do Bugres para ser referência regional, além disso credenciou serviços de apoio diagnóstico, unidade de hemodiálise e manteve os oito leitos de UTI instalados no hospital privado.

Ao firmar convênios com o setor privado, a SES estabeleceu novas relações entre o público e o privado no âmbito da prestação dos serviços no estado e nas regiões. Estas iniciativas estratégicas ampliam a oferta imediata de serviços e favorecem o acesso, em especial nas regiões onde não existe capacidade instalada que possa resolver os problemas internamente, mas são relações que requerem controle, monitoramento e regulação do setor público, para assegurar a qualidade dos serviços e o cumprimento das atividades privadas, na condição de complementaridade ao SUS.

Para realizar a contratualização dos serviços, a SES elaborou o Manual de Credenciamento e Habilitação dos Serviços Ambulatoriais e Hospitalares do Estado de Mato Grosso, que foram aprovados pela Resolução CIB/MT nº 076, de 23/07/2009.

Desde 2011, a SES tem realizado chamamento público por meio de edital³⁸, para selecionar instituições sem fins lucrativos, interessadas na celebração de contratos de gestão das estruturas públicas estaduais. As organizações sociais têm atendido a este chamamento, e vários convênios de gestão foram estabelecidos no âmbito do estado. Estas organizações têm sido definidas como o modelo de gestão viável para gerir o Hospital Metropolitano do estado com sede em Cuiabá; os Hospitais Regionais de Cáceres, Rondonópolis, Colíder e Sorriso; e a Farmácia Cidadã, com sede em Cuiabá. A parceria com as Organizações Sociais de Saúde tem repercutido de forma negativa no sistema público de saúde de Mato Grosso, visto que foram detectadas irregularidades na gestão conduzidas por essas OSS, que têm sido motivo de várias denúncias ao Ministério Público.

No que se refere às estratégias de superação das iniquidades regionais, não existe um fundo regional específico para este fim, apenas a programação financeira para manutenção do ERS, para atividades de cooperação técnica, e o incentivo para as especificidades regionais, que nesta região contempla apenas dois municípios.

No período de 2006 a 2010, entre as despesas com assistência hospitalar realizadas com recursos do estado para PACIS, hospitais regionais e convênios, as regiões que tiveram o maior *per capita* foram: Cáceres (de 0,36 a 252,75), Colíder (de 1,53 a 98,81) e Sinop (de 4,07 a 28,15). São regiões onde o estado construiu, equipou e mantém os seus hospitais regionais. Destas, a região de Rondonópolis, que também tem Hospital Regional do estado, teve um *per capita* menor (2,24 a 3,40). Na região de Tangará da Serra, o *per capita* foi de 2,22 a 5,24 (Mendonça, 2012), provavelmente devido aos leitos de UTI. Observa-se que o quantitativo de recursos transferidos pela SES por regiões difere muito e parece não seguir um critério técnico, mesmo entre as regiões com hospital regional do estado.

Na vigência do pacto, houve pequenos investimentos na capacidade instalada de regiões e municípios. Verifica-se que foram aprovados na CIB/MT projetos para construção e ou reforma de unidades de saúde. Esses recursos pleiteados junto ao Ministério da Saúde requerem a contrapartida dos municípios para a sua aprovação. No estado também foram alocados recursos federais e estaduais em algumas regiões de saúde, para ampliar e construir hospitais regionais, centros cirúrgicos, leitos de

³⁸ Edital de seleção nº 001/SES/MT/2011 e nº 003/SES/MT/2011.

estabilização e outros equipamentos hospitalares, aquisição de carros e ambulâncias, investimentos em infraestrutura de unidades não hospitalares e outros (Viana, *et al.*, 2010a). Nesta região de saúde não houve investimentos.

O Decreto nº 7508/2011 ainda está em processo de discussão no estado, mas o CGR foi renomeado como Comissão Intergestores Regional - CIR. Algumas redes, como a rede de urgência/emergência e a rede cegonha, por orientação do MS³⁹ e resolução CIB⁴⁰, começaram a ser organizadas no estado e na região. Para organizar a implantação de tais redes na região em estudo, foram enviados questionários para as SMS preencherem as informações solicitadas. A equipe do ERS de Tangará da Serra respondeu ao questionário, mas ainda não há rede em funcionamento, pois não foi consenso entre os gestores a sua implantação na região.

³⁹ A Portaria GM/MS nº 1.600, de 7 de julho de 2011, reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no SUS.

⁴⁰ Resolução CIB/MT nº 121, de 17 de maio de 2012, dispõe sobre o Plano Regional da Rede de Atenção às Urgências da Região de Saúde do Médio Norte do Estado de Mato Grosso.

***6 O Complexo Regional e a
Institucionalidade da Regionalização
na Região de Saúde de Tangará da
Serra***

6 O COMPLEXO REGIONAL E A INSTITUCIONALIDADE DA REGIONALIZAÇÃO NA REGIÃO DE SAÚDE DE TANGARÁ DA SERRA

6.1 O complexo regional

O complexo regional desta região de Tangará da Serra tem sido constituído desde a década de 1980. Conta com as seguintes estruturas: SMS, ERS, CGR, Consórcio Intermunicipal de Saúde, Central Regional de Regulação, Centrais Municipais de Regulação e Prestadores (públicos, privados lucrativos, privados filantrópicos e operadora de planos de saúde). O funcionamento deste complexo também abrange a atuação do segmento de representação dos gestores (COSEMS) e do controle social (CMS).

As Secretarias Municipais de Saúde (SMS), como já caracterizadas quanto à sua estrutura, contam com equipe mínima de profissionais que atuam na gestão. Dos gestores municipais, nem todos têm formação na área da saúde. A estrutura administrativo-organizacional contempla uma ou duas áreas técnicas para coordenação e condução dos trabalhos, e os cargos de coordenação são de indicação política e, em sua maioria, ocupados por pessoas sem formação na área da saúde. Contam com central municipal de regulação e um médico regulador.

Nas SMS, os cargos da equipe de condução são ocupados em sua maioria por profissionais que não têm formação técnica na saúde, seja pelo fato de serem cargos de confiança seja pela indisponibilidade de profissionais com este perfil no município. Além disso, são municípios de pequeno porte, que priorizam a contratação de técnicos para o atendimento na rede de atenção municipal. Portanto, a gestão municipal depende da cooperação técnica da SES/ERS para o desenvolvimento técnico-gerencial da SMS.

No ERS, instância de representação da SES, o cargo de diretor é de indicação política, mas, nesta região, na vigência do pacto, foi ocupado por técnicos do quadro de funcionários de carreira da SES. Na região em estudo o ERS conta com uma equipe de mais de 30 profissionais e tem a função de desenvolver ações de cooperação técnica nos municípios, acompanhar e monitorar a vigilância de atenção à saúde; realizar as ações da VISA; coordenar o complexo regulador e regular a assistência à saúde na região;

orientar a programação e prestação de contas dos programas e a elaboração do Plano SUS, e acompanhar seus indicadores; cooperar na elaboração do Relatório de Gestão Municipal e no monitoramento dos indicadores do Termo de Compromisso de Gestão; coordenar as pactuações, monitorar a execução da PPI, organizar e coordenar as reuniões do CGR.

Na vigência do pacto, no ERS da região em estudo foram criadas pelo Decreto nº 1431/07/2008 três gerências: de Atenção à Saúde, de Vigilância em Saúde e de Gestão Macrorregional. Estas facilitaram a organização interna para a cooperação técnica nos municípios. No entanto, nos últimos anos, as atividades de cooperação deixaram de acontecer, e o gestor refere que o ERS “*continua sempre meio que... esperando alguém dar uma ordem, não tem iniciativa... ele não está muito ativo nesta questão da regionalização*” (GM). Embora conte com profissionais em sua maioria de nível superior e que, segundo os gestores, são profissionais que colaboram e que exercem suas funções, o ERS não tem obtido o apoio institucional para exercer a função de cooperação, em especial aquelas que exigem deslocamento para os municípios.

O ERS não se constitui em unidade descentralizada, não tem autonomia, seu funcionamento é diretamente afetado pelas regras emanadas da SES, que libera ou não sua programação de atividades de cooperação técnica nos municípios.

Como parte do ERS e seguindo as bases organizacionais do Sistema de Referência Estadual⁴¹ (SER-SUS), a Central Regional de Regulação⁴² foi reestruturada, e foram definidas regras para o estabelecimento de relações entre prestadores públicos e privados. É coordenada por técnicos do ERS e atua com base no protocolo da Central Estadual de Regulação. Com o pacto, a Política Nacional de Regulação da Atenção à Saúde incentivou a implementação de Complexos Reguladores (CR), para funcionarem de forma articulada e integrada entre os entes federativos (Brasil, 2006).

As Centrais Municipais de Regulação, apoiadas pela Central Regional, readequaram sua organização para o fluxo de encaminhamentos de internações, consultas, exames especializados e outros procedimentos. Alguns municípios foram contemplados com recursos do Ministério da Saúde, para sua reorganização e reestruturação, mas até o momento “*ninguém recebeu*” (GM).

⁴¹ Implantado em 1998 - Resolução CIB/MT nº 21, de 1998.

⁴² Tem sua origem a partir da câmara de compensação de AIH, criada em 1996.

O processo de regulação inicia-se com o médico regulador municipal, que analisa as solicitações e ajusta o acesso do usuário de forma ordenada, utilizando, para isto, a Programação Pactuada e Integrada-PPI, as guias do Consórcio Intermunicipal de Saúde, as Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) sob a gestão municipal e outras guias resultantes das contratualizações municipais. Quando o paciente é regulado para fora do município, a SMS se responsabiliza pelo transporte.

O sistema de informação utilizado pela Central Regional de Regulação é o SISREG e está parcialmente implantado. A SES, pela Resolução CIB/MT nº 122/2010, definiu o prazo de doze meses para todos os municípios implantarem-no, mas, nesta região, nem todos os municípios têm centrais municipais informatizadas e com acesso à internet.

O setor privado faz parte dos fluxos assistenciais da rede de atenção e referência nos municípios e região. Os serviços que este setor disponibiliza são: internações; cirurgia geral; parto e UTI; consultas médicas ambulatoriais especializadas; exames de imagem e laboratoriais de média e alta complexidade e o serviço de hemodiálise. Alguns desses serviços privados atendem à região por meio do CIS ou de credenciamentos e convênios. O serviço de hemodiálise está instalado em estabelecimento público, gerenciado por empresa privada, não é regulado pelas centrais municipal e regional, atende a toda a região, e a consulta é paga à parte pelo gestor municipal.

Além da compra na região, algumas prefeituras compram serviços de Cuiabá, de especialistas em oftalmologia, cardiologia, neurologia e urologia. Estes profissionais ficam de três a quatro dias por mês no município e atendem duzentos ou mais pacientes. O município remunera pelos serviços e custeia todas as despesas de deslocamento, hospedagem e alimentação. São alternativas utilizadas para reduzir a demanda reprimida, mas individualizadas, que rompem com a lógica da regionalização.

Na região, os estabelecimentos privados, em sua maioria, estão localizados no município-sede. Dependendo da contratualização, estão submetidos às regras da regulação municipal, regional e ou estadual.

Os leitos de UTI são regulados pela Central Estadual, e os da clínica básica, pelas centrais municipais. As especialidades médicas, reguladas pela central regional, são encaminhadas para Cuiabá, que marca o atendimento conforme disponibilidade da

agenda do médico. As internações de referência regional são reguladas para o Hospital Municipal de Barra Bugres e reguladas entre as centrais municipais. As solicitações de outros procedimentos e ou exames são encaminhadas para a central regional, que analisa e, se necessário, envia para a central de regulação estadual. Toda regulação ocorre com base no protocolo da regulação do estado.

Nesta região, foram contratados, desde 2005, três médicos reguladores e um médico supervisor, que ficam à disposição dos municípios na central de regulação regional, regulam a urgência-emergência e demais solicitações eletivas e cirúrgicas dos municípios.

As solicitações são avaliadas pelos médicos reguladores, com base no protocolo da regulação e PPI. As solicitações cirúrgicas são encaminhadas para avaliação por cirurgião em Cuiabá ou em Barra do Bugres. As especialidades reguladas para fora da região geralmente são aquelas: não vinculadas ao consórcio ou porque a cota do consórcio já foi preenchida; que não existem na região ou que não atendem à complexidade solicitada. Entre elas: cirurgia geral, cardiologia, dermatologia, hepatologia, oftalmologia, urologia e outras.

O fluxo, a referência e contrarreferência na região foram se definindo naturalmente, a *“oferta de serviço definiu a logística”* (GE). Estes serviços, em sua maioria, estão no município-sede de região, Tangará da Serra, sendo providos pelo setor privado, e o acesso das demandas ocorre a um custo diferenciado da tabela SUS, financiado em maior proporção pelo gestor municipal e negociado pelo CIS. Mesmo com a existência do Consórcio Intermunicipal de Saúde, a região não tem a autonomia e a resolutividade prescrita no Pacto pela Saúde. Dessa forma, os encaminhamentos para a capital não são escolhas, mas a alternativa do gestor, cujo cotidiano é permeado por tensões e depende da rede de atenção inter-regional para acessar os serviços.

Ao encaminhar para a capital, o gestor se depara com problemas da falta de estrutura da rede pública de referência estadual, *“quando entra Cuiabá, aí é que vem o problema”* (GE), não tem a vaga que foi pactuada na PPI, e a região, que não dispõe de estrutura pública, *“depende das vagas existentes no município de Cuiabá”* (GM).

Estes problemas se agravam quando relacionados às internações de UTI, pois, desde que tal serviço foi implantado em 2004, *“não aumentou nenhum leito nessa região”* (GE). Além da falta de leitos de UTI, os gestores com frequência, pagam à parte

alguns dos exames de pacientes internados na UTI desta região, pois não estão contemplados no convênio.

Os médicos reguladores da região em estudo, julgando que o estado não prioriza a regionalização e por se sentirem incapazes para resolver os problemas da regulação inter-regional, solicitaram exoneração do cargo. Desta forma, a regulação da urgência/emergência foi recentralizada na SES, e esta região perdeu o cargo de médico regulador. Desde então, a central regional passou a não ter informações nem mesmo da regulação interna da região.

Os serviços não disponibilizados nos municípios e nesta região são inseridos na PPI para pactuação com o gestor de Cuiabá. Estes serviços são pactuados, mas os gestores dos municípios desta região sabem que a rede de Cuiabá não dispõe de capacidade para o atendimento, mas o faz por falta de opções na região e no estado.

Não há segurança por parte do gestor municipal quanto ao fluxo dos encaminhamentos, refere que ainda não se tem clareza, *“fica truncado, a gente percebe que nem a região entende o que está acontecendo”* (GM). Às vezes, não se consegue vaga via central de regulação, mas sim ligando diretamente para o prestador de serviços em Cuiabá ou solicitando ajuda a políticos. A ação regulatória tem um papel importante, pode facilitar o acesso, otimizar os recursos disponíveis, mas não vai resolver os problemas de acesso, se não houver gestão eficiente e capacidade instalada suficiente para responder às necessidades da população no estado e região (Vilarins, *et al.*, 2012).

Nesta região, a insuficiência da capacidade instalada pública torna imprescindível a relação com o setor privado, por meio da contratualização do serviço. Alguns dos gestores privados desta região, por vezes já romperam parcialmente o atendimento e escolhem os procedimentos a ofertar ao SUS. Não rompem totalmente a oferta, mas não demonstram interesse em aceitar novos credenciamentos e solicitam tabela complementar para continuar atendendo aos serviços já credenciados e ou contratados.

Nesta região, a ausência de investimentos públicos tem fortalecido a presença do setor privado na rede pública de saúde e enfraquecido o sistema público, que mantém uma relação de dependência. Esta situação gera fragilidades, aumenta o custo dos serviços e resulta em iniquidades de acesso pelas desigualdades sociais e econômicas dos municípios, que pagam tabelas complementares.

O Hospital Municipal de Barra do Bugres mantém convênio com a SES para ser referência na região, mas a SES tem realizado as transferências financeiras com meses de atraso, e a gestora relata dificuldades para manter este atendimento. Afirmar que os recursos da PPI não cobrem as despesas e também *“não se consegue fazer todo esse atendimento só com o valor AIH”* (GM), tem que recorrer à receita municipal, para manter o hospital em funcionamento e cumprir com o compromisso que o gestor estadual assumiu na região.

Diante das dificuldades, a gestora procurou resolver o problema na região, levou para discussão no CGR, propôs o pagamento da mesma tabela complementar que os hospitais privados recebem para os atendimentos do Consórcio Intermunicipal de Saúde. Seu pedido foi negado, sob o argumento de que, independentemente do convênio estadual, os recursos da PPI estavam sendo transferidos regularmente e, portanto, era obrigação realizar este atendimento.

Além da falta de recursos financeiros, a gestora deste hospital refere outros problemas, entre eles, o encaminhamento de pacientes por parte dos municípios, *“sem soro, sem nenhum atendimento, sem carteira, sem documentação, sem nada”* (GM); problemas internos com os profissionais do hospital, que são resistentes em aceitar a referência regional, alegam *“não é paciente daqui, nós não temos a obrigação em relação a isso”* (GM). Procurou resolver estes problemas, mas refere que não contou com o apoio da SES/ERS. Com sua equipe orientou os municípios, mas com pouco sucesso. Observa-se nos relatos que, embora seja de referência, não se verifica nas entrevistas reconhecimento deste hospital como regional, o comportamento dos entes federativos não é cooperativo. O repasse dos custos a outros entes (Abrucio, 2002) é comum entre os gestores desta região na medida em que enviam pacientes sem nenhum atendimento e entendem que o outro município tem que atender em função de uma pactuação, mesmo sabendo que os valores recebidos não cobrem as despesas.

Quanto ao encaminhamento do paciente sem o primeiro atendimento, o gestor regulador informa que a região precisa se qualificar em práticas clínicas, *“o estado precisa investir em capacitação, para nós diminuirmos as sequelas e o mau atendimento nos diferentes municípios. Nós ainda recebemos complicações que não deveriam existir”* (GE).

Os prefeitos da região foram até a SES para resolver o atraso na transferência dos recursos a este hospital, mas, na reunião, um assessor da SES alegou “o *repasso é voluntário, se tem dinheiro eu passo, se não tenho eu não passo*” (GM). Observa-se pelo exposto que não há comprometimento com a regionalização. Esta não se constitui em prioridade por parte desse assessor da SES em manter o compromisso assumido no convênio. Estas questões influenciam a regionalização, dificultam a integração entre os entes federativos e resultam em ações isoladas, onde cada um vai procurar resolver o seu problema, já que não conta com ações coordenadas e de apoio à gestão regionalizada. Além disso, geram questionamentos por parte do gestor: “*eu não sei que regionalização é essa*” (GM).

Observa-se, por meio do relato dos gestores, que os serviços estão desarticulados. Além disso os fluxos não são respeitados, a realidade dos municípios não é considerada na comunicação do agendamento pela Central de Regulação de Cuiabá, que comunica a liberação do agendamento de um dia para o outro. Nesta região existem municípios que distam 500 quilômetros da capital do estado, e não é possível deslocar o paciente a fim de chegar a tempo para o atendimento liberado, gerando perda de vagas aguardadas há meses. Além disso, os gestores não conseguem ter o controle do que foi solicitado e liberado, e, assim, não conseguem controlar a demanda reprimida, que é significativa na região.

Tais problemas, associados à: falta de leitos em geral e de UTI; baixa capacidade instalada e oferta de serviços públicos; falta de sistema de informação interligado entre os complexos reguladores; dificuldade e demora em conseguir vagas da urgência/emergência e eletivas; comunicação da liberação do serviço diretamente para o paciente, têm implicações na gestão. Contribuem para aumentar as iniquidades no acesso, mostram que o planejamento, o controle e a avaliação das ações em todos os níveis de complexidade não estão acontecendo. Estas questões podem interferir no fluxo e no acesso à assistência integral (Nascimento *et al.*, 2009), nesta região.

As lacunas retro referidas comprometem a regionalização e no entendimento do gestor, ocorrem devido à “*omissão do estado*” (GE), e iniquidades da SES na condução da política. Sem a estruturação do sistema de regulação e cooperação do estado, os municípios não conseguem cumprir os compromissos compartilhados no Termo de Compromisso de Gestão e efetivar os direitos da população, resolver os problemas na

região, reorganizar e manter os serviços existentes para evitar deslocamentos, diminuir os gastos e as iniquidades no acesso.

O apoio do estado na coordenação e condução da política deve ser contínuo e é determinante para reduzir as desigualdades territoriais e sociais, facilitar o acesso às ações e serviços de saúde, garantir a integralidade na atenção, potencializar a descentralização, fortalecer municípios para exercerem o papel de gestores, racionalizar os gastos e otimizar os recursos (MS, 2006).

Neste sentido é fundamental a existência e o funcionamento do Colegiado de Gestão Regional - CGR⁴³, instância deliberativa e restrita à área de abrangência regional. Na região em estudo, é composto pelos gestores com titularidade de secretário de saúde (10 titulares e 10 suplentes) e pelo diretor e técnicos do ERS (9 titulares e 9 suplentes mais o diretor). Neste colegiado, a legislação não prevê a participação de prestadores privados conveniados, de conselheiros municipais de saúde, profissionais de saúde e do secretário executivo do Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Com a sua implantação, mantém-se na região o espaço colegiado para agregar saberes e inovar a política de saúde. Incrementa-se a possibilidade de: negociação e decisão intergovernamental permanente na região; construir arranjos e objetivos compartilhados; retomar o planejamento regional e integrar os serviços (Viana *et al.*, 2010a), ações estas que tinham perdido força entre os anos 2003 e 2005.

O coordenador do CGR é o diretor do ERS, conforme determina o regimento enviado pela SES. Os profissionais do ERS participam representando as áreas técnicas da atenção básica, da regulação, da vigilância e da assistência farmacêutica, exercem a função de subsidiar as discussões. A secretaria funciona na sede do ERS, e tem computador específico para suas atividades.

A secretária executiva é funcionária do ERS, confere a existência de pautas pré-agendadas, faz contato com membros do CGR, verifica necessidade de inclusões, prepara e encaminha a pauta aos integrantes, informa o local das reuniões, monitora a gestão dos recursos, faz a prestação de contas e apoia o vice-presidente regional do COSEMS nas demandas solicitadas.

A composição da pauta é flexível às solicitações, os temas solicitados para inclusão devem sê-lo com cinco dias de antecedência, são avaliados pelo coordenador

⁴³ Este colegiado já estava em funcionamento como CIB regional, foi recomposto e renomeado a partir da proposição da CIB/Regional de Tangará da Serra, nº 001, de 03 de fevereiro de 2009.

do CGR, que confere a documentação e a pertinência e, na dúvida, entra em contato com o solicitante, discute o assunto e decide se o mantém na pauta. A convocação e o material da pauta são enviados com antecedência *on line*.

A equipe técnica do ERS realiza reunião pré-CGR, discute os temas e analisa se a documentação enviada pelo gestor está completa. Os secretários municipais também realizavam reuniões pré-colegiado e manifestam a vontade de retomar estas discussões.

As reuniões do CGR ocorrem em salas alugadas, nem sempre são mensais, seguem protocolo formal e são iniciadas se houver *quorum*. São abertas, consultivas, deliberativas e informativas. O coordenador controla o tempo programado da pauta e informa o que foi ou não consensuado. Os temas não consensuados podem voltar à pauta, após esclarecimentos sobre o assunto. Todas as reuniões são gravadas, digitalizadas e lidas no início da próxima reunião

Os gestores, em sua maioria, são assíduos, mas, as faltas não são incomuns. A ausência frequente de gestores nos CGR ainda constitui problemas para a gestão (Delziovo, 2012; Vianna Pestana, 2012), pois, mesmo que enviem seus representantes, dificulta o processo, visto que o colegiado é um espaço de esclarecimento e repasse de informações que subsidia os gestores para a tomada de decisão na condução da política municipal e regional.

As deliberações são por consenso, formalizadas por resoluções ou proposições. No início era frequente a utilização *ad referendum* para situações especiais, hoje já não é utilizado. O encaminhamento das deliberações para o gestor municipal ocorre apenas quando se referem a projetos que exigem sua anexação. As resoluções são enviadas para a CIB homologar, e o vice-regional do COSEMS, que participa das reuniões do COSEMS e da CIB, leva as demandas da região.

É comum nas reuniões do CGR a participação de técnicos das SMS, prestadores do setor privado e outros atores. São participações, que a semelhança de outros colegiados tem por objetivo esclarecer e ou expor assuntos de seu interesse e congruentes com o tema em pauta (Vianna, 2012), mas somente gestores com titularidade e de forma obrigatória podem participar do CGR, com voz a favor dos interesses do seu território.

Como parte do CGR, a Câmara Técnica Temática Regional foi criada pela Resolução do CGR nº 005, de 17/03/2009, composta paritariamente por técnicos das

Secretarias Municipais de Saúde e do ERS. Esta câmara não funciona, seu papel tem sido assumido pelas coordenadorias do ERS. Na CIB, também são as áreas técnicas da SES que realizam suas funções (Viana *et al.*, 2010a).

Foi criada também na região a Comissão Interinstitucional de Ensino e Serviço-CIES⁴⁴, pela Resolução do CGR nº 006, de 15/09/2009, como parte das estratégias de implementação da regionalização. Houve dificuldades no início do seu funcionamento, mas hoje, há maior clareza por parte dos gestores quanto ao seu papel, “*temos que nos reportar a nós mesmos (...) às nossas necessidades*” (GM). A CIES regional é composta por Secretários de Saúde e técnicos das Secretarias Municipais de Saúde, técnicos do ERSTS e da SECITEC, professores representantes do SENAC, da UNEMAT e da UNIC. Os membros, reúnem-se no mesmo dia do CGR, e a cada 6 meses, por representação, participam das reuniões da CIES/estadual.

Os registros documentais mostram que a sua criação foi positiva, tem contribuído e instituído a educação permanente na região. O planejamento atende às necessidades, e, para realizar as capacitações programadas, tem recebido recursos financeiros geridos pelo município-sede da região. Destacam-se entre os problemas enfrentados pela CIES: rotatividade entre os membros; falta de instrutor capacitado pela ESP/SES na região; dificuldades para realizar os cursos na região; inexperiência da SMS responsável pela execução orçamentária e prestação de contas, recusa dos municípios selecionados para ser o executor financeiro da região, entre outros (Viana *et al.*, 2010a).

O gestor cita dificuldade para custear o deslocamento dos profissionais para os cursos “*os municípios já estão com sobrecarga de mais de 30% de investimentos de recursos próprios na saúde*” (GM). Além disso, a Lei de Responsabilidade Fiscal nº 101/2000 impõe limites à contratação de pessoal (Santos, 2010). Desta forma o gestor municipal entende que a CIES deveria cobrir o custo total das despesas, com as capacitações, pois muitas vezes reduz a disponibilidade de dotação orçamentária para capacitação, por canalizar seus recursos para outras áreas. Neste sentido, sem apoio financeiro para este fim, seus profissionais não são liberados.

⁴⁴ A CIES desta região foi instituída em 2009, alterado pela Resolução do CGR nº 008, de 24/11/2009, e pela Resolução nº 010/11/2010.

O Consórcio Intermunicipal de Saúde-CIS⁴⁵, por indução do governo estadual, foi criado estrategicamente, em 1998, para suprir deficiências e facilitar o acesso à assistência especializada de média complexidade na região (Motta, 2002). Nesta região é constituído por 100% dos municípios, além de Brasnorte, que pertence à região de Juína. Antes do pacto, este município fazia parte desta região.

O CIS é regido pelas normas públicas com regras de funcionamento e financiamento e conta com recursos do estado e dos municípios, cuja participação é regulamentada por lei municipal. Nesta região, o Consórcio Intermunicipal de Saúde, à semelhança de outros casos no Brasil, tem se consolidado como importante oferta de serviços e acesso da população (Ribeiro e Costa, 2000). Além disso, constitui-se em alternativa de organização e acesso a serviços de saúde para municípios de pequeno porte, que ampliam sua capacidade de governo na oferta daqueles serviços que, sozinhos, não conseguiriam prover (Neves e Ribeiro, 2006).

A pauta das reuniões do Conselho Diretor do consórcio é demandada pelos gestores municipais e pelo secretário executivo, que a prepara. É flexível à solicitação dos membros do Conselho Intermunicipal e do Conselho Fiscal. As reuniões do Conselho Diretor e do Conselho Intermunicipal ocorriam no mesmo dia, mas o Conselho Intermunicipal tem sido convocado para reunir-se depois da reunião do CGR. O Conselho Fiscal não se tem reunido com a frequência que consta no estatuto. As reuniões são convocadas com cinco dias de antecedência, antes de iniciar verifica-se *quorum*, e as discussões e deliberações são registradas em atas.

Por não dispor de estrutura pública, o consórcio foi viabilizado em parceria com o setor privado, e o atendimento ocorre nas clínicas particulares e/ou nas unidades hospitalares contratualizadas para internações e cirurgias geradas pelo atendimento das especialidades. Com base na população de cada município consorciado, foi pactuado que, nesta região, a cobertura mínima para o município consorciar seria de 30% das

⁴⁵ Criado nesta região em 1998, rege-se pelas normas da Constituição da República Federativa do Brasil, pelas Leis nº 8.080/90, nº 8.142/90 e demais normas correlatas. Tem, entre outras, as finalidades estatutárias de promover formas articuladas de planejamento e execução de ações e serviços de saúde, representar os interesses dos municípios perante quaisquer outras entidades de direito público e privado e desenvolver serviços e atividades de interesse dos municípios consorciados regidas pelas normas públicas (Estatuto do Consórcio). O cargo de presidente do Conselho Diretor ocorre por eleição entre os prefeitos, em escrutínio secreto para o mandato de um ano. O Conselho Fiscal é formado por representantes do Conselho Municipal de Saúde de cada município consorciado, e, segundo o estatuto, deve reunir-se no mínimo quatro vezes por ano. O Conselho Intermunicipal de Saúde é formado pelos Secretários Municipais de Saúde e deve reunir-se no mínimo seis vezes ao ano.

necessidades por especialidade disponível no consórcio. O cálculo das necessidades por especialidade dos municípios ocorre com base nos parâmetros de programação da SES ou na Portaria nº 1101/2002 do Ministério da Saúde.

Estabeleceu-se o *per capita* financeiro da região com base no custo para funcionamento do consórcio mais a cobertura pactuada para a compra dos serviços. Este *per capita* gera o valor a ser pago por município⁴⁶. Parte dos recursos do consórcio é utilizada para o custeio das despesas fixas administrativas e parte para a compra dos serviços referentes à cota fixa de cada município, ou seja, o quantitativo de consultas especializadas, exames, cirurgias, internações e outros procedimentos.

A contrapartida mensal do estado é de 50% sobre o valor da cota fixa mensal do município, que pode pactuar cota fixa acima de 30% das suas necessidades e ou solicitar cotas extras.

Nesta região, mensalmente, os gestores municipais solicitam cota extra, que dobra ou triplica os valores definidos como cota fixa⁴⁷. Nestes casos, o custo para o município aumenta, já que não recebe a contrapartida do estado. A manutenção da cota fixa reduzida é equivocada, aumenta ainda mais as despesas e representa, para a maioria dos municípios, custos superiores à sua capacidade financeira para estas ações. Este aumento impacta de forma negativa a gestão municipal, que também requer melhorias na infraestrutura, contratação de profissionais, capacitações, aquisição de equipamentos e outros, para oferecer serviços de saúde de qualidade em todos os níveis de atenção (Abrucio, 2002).

Das especialidades médicas existentes na região, o Consórcio Intermunicipal de Saúde contratou aquelas que, em sua maioria, estão concentradas no município de Tangará da Serra, entre elas: otorrinolaringologia, dermatologia, cardiologia, endocrinologia, ginecologia, ortopedia, obstetrícia, psiquiatria, neurologia, geriatria, reabilitação, psicologia, fisioterapia e nutrição. A programação dos serviços oferecidos pelo CIS não se baseia apenas no critério técnico das necessidades, é influenciada pela oferta do serviço disponível na região e pelo profissional que manifesta interesse em ser

⁴⁶ O valor a ser pago por cada município é transformado em guia, denominada cota fixa e encaminhada mensalmente para a gestão municipal. No final, de mês, a equipe administrativa do consórcio, recolhe as guias utilizadas em todos os estabelecimentos para verificar a produtividade e gerar o pagamento para os prestadores do fixo mais o excedente. Para os municípios informa o valor total ser pago.

⁴⁷ Ver por exemplo uma das portarias da SES que aprova a planilha de pagamentos do PAICI, Portaria GBSES nº 076 de 19 de maio de 2009.

contratualizado. Também contratualizou serviço no município de Cuiabá: consultas de neurologia e cirurgias de otorrinolaringologia.

A vinculação de alguns especialistas ao consórcio contribuí para fixá-los na região. A remuneração e a regularidade no pagamento da produtividade pré-estabelecida pelo consórcio, e a possibilidade de o paciente ser atendido na clínica particular do profissional, motiva e desperta nos profissionais o interesse pelo contrato.

Segundo um gestor, *“todo serviço que tem no consórcio é anterior a 2006, com exceção de algumas especialidades que vieram depois, especialidades que nós não tínhamos na região, que vieram aqui por espontaneidade dos profissionais, não que houve assim um trabalho no público para que viessem esses profissionais”* (GM). A seleção dos profissionais ocorre por meio do chamamento público, sendo eles contratualizados sob a forma de pessoa jurídica.

Quando o profissional não opta por firmar contrato com o consórcio ou com a prefeitura, como os da especialidade de neurocirurgia e psiquiatria existentes na região, resta a opção de encaminhar a solicitação, via Central de Regulação, para a rede SUS em Cuiabá, o que pode levar meses. Se for urgência, em alguns casos a prefeitura custeia o atendimento particular, em outros, o paciente procura os serviços, e o pagamento é feito pelo seu desembolso direto.

A *Gerência do Consórcio*, criada pelo Decreto nº 270, de 17/09/2007, foi retirada do organograma da SES, e, a partir da edição da Portaria nº 087/2008, em que a SES Institui o Programa de Apoio ao Desenvolvimento e Implementação dos Consórcios Intermunicipais de Saúde (PAICI), parte dos incentivos municipais que eram depositados na conta do consórcio passaram a ser transferidos diretamente na conta dos municípios consorciados e geraram rupturas no modo de funcionamento do consórcio. O CIS deixou de receber parte dos recursos do estado para a sua manutenção.

Com essas mudanças, a SES rompeu não apenas o repasse dos recursos na conta do consórcio, mas *“nós ficamos totalmente alheio, o contato nosso com o estado hoje, é mandar relatório... a relação está fragilizada”* (GM). Além disso, o consórcio, nos últimos anos, passou a não participar do planejamento da região de saúde, das reuniões de condução e planejamento da SES e das reuniões do CGR (Scatena *et al.*, 2014).

A contrapartida⁴⁸ do estado, mantida até o início de 2009 e transferida diretamente aos Fundos Municipais de Saúde, era de 50% sobre a cota fixa dos municípios. Essa contrapartida foi calculada a partir da população do ano de 2007/IBGE e no *per capita* da região, de R\$ 0,40. O gestor assenta que a SES continuou a publicar as planilhas de transferências financeiras para o ano de 2008 com base na população de 2005. Em maio de 2009, a SES editou a Portaria nº 076, de 19/05/2009, com planilha referente ao mês de março de 2009 e a sua respectiva contrapartida.

Por se basear na cota fixa, a contrapartida do estado está muito aquém do valor pago mensalmente pelos municípios, além disso, suas transferências têm ocorrido com meses de atraso. Os gestores municipais citam que as cotas extras têm sido solicitadas devido à dificuldade de acesso à rede pública de referência no estado, *“os municípios acabam desistindo, bancando e arcando com esse custo. Hoje, meu município gasta quase 60% dos recursos com média e alta”* (GM).

Os atrasos nas transferências dos recursos financeiros do estado para os municípios repercutem em inadimplências municipais com o CIS. Quando o município está inadimplente, a SES transfere os recursos financeiros deste município para o município-sede de consórcio. Isso tem gerado complicações orçamentárias para o município-sede, visto que *“está recebendo um recurso que ele nem sabe de onde vem e pra que vem, e por que vem”* (GM).

Outra questão que influenciou no funcionamento do consórcio nesta região foi a entrada das OSS na gestão de alguns estabelecimentos de saúde do estado. Os gestores referem que *“dificultou para nós, porque os hospitais começaram a querer o mesmo valor que era praticado em outras regiões, e hoje, por exemplo, não temos onde fazer cirurgia de otorrino”* (GM). O CIS teve que contratualizar o serviço de otorrinolaringologia em Cuiabá.

Com o funcionamento do CIS, esta região conseguiu ampliar os serviços e o acesso, mas não houve por parte da SES conduções estratégicas no sentido de fortalecê-lo. Sua manutenção se deu por interesse dos gestores municipais que alegam *“hoje o consórcio acho que é a nossa solução (...) na verdade é ele que resolve”* (GM). Apesar do custeio quase integral dos serviços do consórcio, pelos municípios, devido ao atraso

⁴⁸ Portaria nº 052/2009/GBSES - Planilha de pagamentos do Programa de Apoio e Implementação dos Consórcios Intermunicipais de Saúde – PAICI - referente à competência de janeiro/2009, e autoriza a aplicação dos valores nela indicados, para os efeitos financeiros a que se destinam.

da SES nas transferências dos incentivos do estado, o consórcio é valorizado pelos gestores, que o consideram como uma instância que “*tem ouvido os gestores*” (GE), que sabe das necessidades da região, que viabiliza a complementação dos serviços.

Segundo os gestores, o consórcio é “*positivo na medida em que ele está conseguindo atender os municípios em determinados serviços que a rede pública não consegue*”, mas, ao mesmo tempo, é negativo, pois acaba gerando “*recusa da rede privada em aceitar um convênio público, tabela SUS, porque conseguem via consórcio tabela diferenciada*” (GE).

Pelas dificuldades de acesso à rede pública, pela pressão que sofre da população, que exige o seu direito à saúde, e pela possibilidade de resolver alguns problemas através do consórcio, os gestores municipais passaram a assumir responsabilidades que competem à esfera estadual. Parte dos problemas é resolvido e o atendimento é viabilizado, mas, para garantir os custos destes atendimentos, o gestor racionaliza os recursos e deixa de aplicar em outras atividades (Ribeiro e Costa, 2000). A falta de recursos para a manutenção dos serviços ou para investimentos pode indicar que regionalização da saúde não é prioridade por parte do governo estadual, além pode inviabilizar o sistema público (Menicucci, 2007).

No entendimento do gestor, o funcionamento do consórcio está ameaçado, em especial pelas dificuldades financeiras “*teve repasse do estado, que ficou nove meses sem transferir, um deles é o consórcio*” (GM). Essa situação, associada ao aumento nos custos da atenção médica, influencia o seu equilíbrio financeiro, que, dentro dos seus limites, tem procurado manter o seu funcionamento.

A criação do consórcio criou um *modus operandi* cooperativo, que contribuiu para o acesso, fortaleceu a região, e, até certo ponto, otimizou o custo e o uso de recursos (Viana e Lima, 2011). A oferta de serviços foi ampliada, mas há sinais de esgotamento do modelo vigente, os custos estão elevados e têm gerado tensão no âmbito da gestão municipal, que envolve o gestor, os profissionais e a população usuária dos serviços e refletem no posicionamento do gestor. Seu funcionamento foi modificado, enfrenta crises financeiras, e ainda continua sendo a viabilidade de acesso na região, mas com desigualdades, visto que os municípios apresentam diferenças sociais e econômicas que determinam sua maior ou menor compra de serviços através do consórcio.

O gestor afirma que a forma como a rede de atenção está organizada nesta região *“passa uma imagem, que a gente tem o serviço bem organizado, e então não precisa ter investimento... e isso gerou falta de investimento”* (GM), e complementa *“o consórcio acabou ficando é... um setor privado, maquiado dentro do SUS, porque o município compra com recursos próprios consultas, exames, a diferença entre o consórcio e o particular é muito pouca, então eu falo, que é um setor privado dentro da prefeitura”* (GM).

Observa-se, pelo relato do gestor, que o consórcio já não foca a regionalização, não se constitui como equipamento da regionalização, e a tendência é seguir com gestores em busca apenas da resolução do seu problema, a defesa própria de cada ente federativo. A falta de coordenação do estado se constituiu na principal dificuldade da sua condução regionalizada.

Nesta região foi criado o Consórcio Intermunicipal de Desenvolvimento Econômico e Social do Alto do Rio Paraguai⁴⁹, uma instância regionalizada, que não faz parte do complexo regional da saúde, mas que por vezes, o CIS utiliza suas reuniões ordinárias, para deliberar questões pendentes.

Observa-se nesta região uma multiplicidade de formas de acesso a estabelecimentos públicos e privados, tanto internamente quanto externamente à região. Muitas ocorrem através de articulações individualizadas do gestor, que refere: *a “nossa região não existe, a nossa ponte é Cuiabá. A região existe se você pagar... média complexidade nem o consórcio mais eles estão atendendo, só faz ambulatório”* (GM).

Ao longo dos anos foi configurado nesta região um mix público-privado que foi fortalecido pelas características histórico-estruturais e políticas da região. As desigualdades sociais e econômicas entre os municípios e a falta de investimentos na região resultaram em vazios assistenciais, não apenas nos municípios, mas na região e têm influenciado o modelo de atenção na região.

⁴⁹ A Resolução nº 004/2006, de 07 de julho de 2006/ Consórcio Intermunicipal de Desenvolvimento Econômico e Social do Alto do Rio Paraguai, dispõe sobre sua estrutura administrativa. É formado pelos municípios de Alto Paraguai, Arenápolis, Barra do Bugres, Campo Novo dos Parecis, Denise, Diamantino, Nortelândia, Nova Marilândia, Nova Maringá, Nova Olímpia, Porto Estrela, Sapezal, Santo Afonso, São José do Rio Claro e Tangará da Serra. É composto por prefeitos de municípios desta região e de outras regiões de saúde circunvizinhas. Foi criado para resolver os problemas referentes a questões de transporte e de produção agrícola, delibera para o desenvolvimento de ações regionalizadas, mas não discute os problemas de saúde (MT, 2012).

Observa-se pelos relatos que a região precisa reconhecer-se enquanto tal. Os gestores precisam se posicionar, buscar as lideranças técnicas e políticas para implementar o complexo regional. Os gestores da região aduzem: *“nós temos que lutar para a gente conseguir este hospital público aqui na região... pela falta desse serviço a gente perde muito recurso”* (GE). Afirmam que a região não tem laços fortes, mas tem representação política, e que as várias tentativas de articulação para instalar o hospital regional sofreram interferências político-partidárias, que foram fortes e decisivas, e o hospital não foi implantado, interferiu e fortaleceu as relações público-privadas da região.

No entendimento do gestor, se tivesse hospital regional, *“hoje eu acho que teríamos mais tranquilidade, teríamos avançado muito mais, porque teríamos mais facilidade para fixar os profissionais, nós teríamos, de certa maneira, feito com que o privado buscasse a parceria... O privado ia procurar o público e não o público o privado. Então, como ele se sentiu sozinho e se sentiu o dono da situação, dificultou tudo”* (GM).

6.2 Institucionalidade da região

Com o Pacto pela Saúde, as responsabilidades de cada ente federativo ficaram mais explícitas. A regulação do sistema de saúde passou a ser uma ferramenta de gestão, composta por um conjunto de ações que orienta, ajusta, facilita ou limita determinados processos e pode potencializar a capacidade de gestão conforme o Termo de Compromisso de Gestão. Os principais instrumentos de planejamento da Regionalização, contemplados no Pacto pela Saúde, nesta região são: o Plano Diretor de Regionalização (PDR), o Plano Diretor de Investimento (PDI) e a Programação Pactuada e Integrada da Atenção em Saúde (PPI) e outros relacionados à implementação do pacto.

Em Mato Grosso, o planejamento do governo, PPA 2004-2007⁵⁰, foi elaborado com base nos resultados dos fóruns regionais, realizados nas doze regiões de

⁵⁰ Esse documento refere que todas as ações do governo devem convergir para a construção de um futuro, onde Mato Grosso possa *“Constituir-se em um Estado social e economicamente equilibrado,*

planejamento⁵¹ do estado (MT/SEFAZ, 2007). Já o PPA 2008-2011 contempla ações programáticas por regiões⁵² para algumas Secretarias de Estado. Neste PPA, na Ação 2972, consta para a SES – ações de *Fortalecimento da Gestão Regionalizada do SUS*, e, entre os objetivos, “*Viabilizar a microrregionalização da saúde com base nas prioridades regionais pactuadas*” (MT, 2010).

Em 2006, a SES apresentou ao Ministério da Saúde o “Projeto de Fortalecimento e Qualificação da Gestão Regionalizada e Solidária do SUS em Mato Grosso” (Fernandes, 2014). Foi elaborado com base na Política Nacional de Saúde, que enfatiza a regionalização como eixo central da condução, contempla a governança e o compromisso compartilhado entre os gestores (MS, 2006). Este princípio orienta a descentralização das ações e serviços de saúde, e cabe à SES a macrofunção de coordenar, articular e regular o sistema de saúde (CONASS, 2011).

Como parte deste projeto estadual, nesta região, o “GT do Pacto” e o COSEMS realizaram o fórum de “Discussões Integradas Regionalizadas” (Fernandes, 2014), que contou com a participação de gestores desta região e de outras duas regiões circunvizinhas, de Juara e de Juína, que integravam a macrorregião de saúde. Nesse fórum discutiram-se os problemas do sistema de saúde, a elaboração e a importância da assinatura do Termo de Compromisso de Gestão, a qualificação da região e o processo de condução regionalizada. Como resultado deste trabalho, em 2008, todos os gestores desta região assinaram o Termo de Compromisso de Gestão (TCG).

A elaboração e a assinatura do Termo de Compromisso de Gestão permitiram ao gestor planejar o compartilhamento de responsabilidades, e, oficialmente, implicaram em mudanças na distribuição de poder e nas relações entre os atores da região, e, entre esses, com os atores do estado. Apesar dos compromissos assumidos de forma compartilhada, o gestor afirma “*é difícil... ele {o estado} foi se retirando, foi se retirando e foi deixando praticamente para os municípios*” (GM). A regionalização

estimulando as potencialidades regionais e consolidando-se como o maior polo de desenvolvimento do agronegócio da América Latina” (MT/RP, 2004 a 2006).

⁵¹ Estas doze regiões descritas no *Plano de Desenvolvimento de Mato Grosso MT+20* têm como objetivo promover a reorganização territorial e contribuir para a desconcentração regional da economia, da riqueza e da qualidade de vida. O Plano de ação elaborado para cada região explicita as respectivas prioridades, refere que representam a regionalização no estado, e, em certa medida, a distribuição no território de todos os programas e projetos contidos no Plano Estadual.

⁵² Para as secretarias: Segurança Pública, Saúde, Educação, Casa Civil, Planejamento e Coordenação Geral e Desenvolvimento do Turismo (MT/SEPLAN, 2010). Não verificamos se nestas secretarias foram realizadas ações estratégicas de forma regionalizada e nem mesmo se ocorreram ações intersetorializadas.

contemplada no Pacto pela Saúde é um processo complexo, que requer a “criação de novos instrumentos de planejamento, integração, gestão, regulação e financiamento de uma rede de ações e serviços de saúde no território” (Viana, *et al.*, 2010b), com coordenação do estado.

Quando parte dos municípios assinou o TCG, já estava em vigência o Plano Estadual de Saúde-PES 2008-2011, aprovado pelo Conselho Estadual de Saúde, Resolução nº 022, de 09/09/2009, que contempla na Atenção à Saúde (Eixo I) “*Estruturar a rede de atenção à saúde de forma regionalizada*” e prevê a articulação da SES com as macrorregiões do estado, com os hospitais regionais e o fortalecimento do papel dos CIS. Além disso, na Gestão do SUS (Eixo III) contempla “*Aprimorar a gestão do SUS*”, e o “*Fortalecimento da regionalização solidária e cooperativa*”, ambos considerados estruturantes no Pacto pela Saúde. Este PES cita que o PDR será o instrumento de planejamento regional (MT, 2010b).

De 2006 a 2012, vários decretos foram publicados alterando a estrutura organizacional da SES. Em 2006, o Decreto governamental nº 7.442 publica sua nova estrutura e formaliza os 16 ERS. Em 2008, ano da implantação do pacto no estado, o Decreto governamental nº 1.431, de 03/07/2008, regulamenta nova alteração na sua estrutura organizacional e cria nos ERS as gerências: de Atenção à Saúde, Vigilância em Saúde e a Gerência de Gestão Macrorregional.

Para adequar o funcionamento da SES à nova estrutura oficializada pelo Decreto nº 1.431/2008, é elaborado novo regimento regulamentado pelo Decreto governamental nº 1.832, de 06/03/2009, a asseverar que a missão da Superintendência de Articulação Regional é “orientar e apoiar os Escritórios Regionais de Saúde, na implementação da Política de Descentralização da Saúde, em consonância com as Diretrizes do Sistema Único de Saúde”, definindo para tal superintendência, entre outras competências, assessorar e acompanhar os Escritórios Regionais de Saúde na efetivação da Política de Descentralização da Saúde Pública; apoiar a gestão da saúde nos municípios, articulando a cooperação entre os entes federados, observando os aspectos técnicos e operacionais; e coordenar, monitorar e avaliar as atividades e ações de gestão em âmbito regional.

Esse regimento também aduz que os ERS têm como missão “viabilizar o processo de descentralização da saúde, em consonância com as diretrizes do SUS”, competindo-

lhes, entre outras funções: efetivar a gestão regionalizada da Política Estadual de Saúde, assessorando e monitorando os municípios no planejamento e execução das ações; promover as pactuações regionalizadas; e coordenar os Colegiados de Gestão Regional.

No ano de 2011, a estrutura organizativa da SES foi alterada⁵³ três vezes, mas não foram encontradas publicações de regimentos atualizados. Desta forma, considera-se em vigência a última atualização do regimento publicado por intermédio do Decreto nº 2.916, de 19/10/2010, a assentar que a Gerência de Regionalização da Saúde tem a missão de “fomentar a implementação de instrumentos de gestão, garantindo a operacionalização dos princípios do SUS, no âmbito estadual”, competindo-lhe conduzir e acompanhar a implementação dos instrumentos de gestão estratégicos e operacionais da regionalização e apoiar o fortalecimento da gestão municipal de saúde. Em relação aos ERS, mantém a missão descrita naquele de 2009. A última modificação da estrutura administrativa da SES deu-se em julho de 2013 pelo Decreto nº 1.855, sendo retiradas dos ERS as gerências de Atenção à Saúde, de Vigilância em Saúde e de Gestão da Macrorregional, ao tempo que se institui uma Gerência Técnica por ERS.

Observa-se nesses documentos que as estruturas responsáveis pela condução do planejamento e da gestão regionalizada estavam instituídas na vigência do Pacto pela Saúde e poderiam facilitar para que o estado exercesse seu papel regulador sobre o sistema de saúde e da atenção à saúde, com os recursos necessários para implementar a política regionalizada.

O planejamento regionalizado faz parte das estratégias do pacto para promover a descentralização com equidade no acesso. Nesta região, não tem sido efetivo, apresenta limitações e não se tem constituído em instrumento integrador do fluxo intermunicipal e inter-regional. Os gestores salientam que a gestão técnica-operacional e financeira da SES têm sofrido influências da troca sucessiva de gestores, tem passado por “*momentos políticos de fragilização*” (GE), julgam que as interferências político-partidárias contribuíram para que as questões técnicas fossem deixadas de lado, “*a gente sente assim, (...) a coisa foi mais tocada politicamente (...) perdeu muito força*” (GM). Essas questões refletiram na condução da política no estado e na região, e o gestor afirma “*as regionais não tinham muito poder para argumentar, para orientar*” (GM).

⁵³ Decreto governamental nº 157, 259 e 669, de 2011.

Embora a SES tenha contribuído a fim de mobilizar os gestores para assinar o Termo de Compromisso de Gestão, sua atuação no processo de execução das ações foi “*muito apática ficou muito a desejar*” (GM). Os gestores aderiram, no entanto julgam que tais adesões ocorreram sem o devido conhecimento das implicações do termo “*até hoje tem muito secretário que não sabe o que é o termo, o que é o pacto. Não tem estrutura física e equipe técnica para assumir isso*” (GE). Referem que receberam capacitações, no início de 2007, antes da assinatura do pacto, “*nós sentimos confiança, teve um grupo de pessoas da SES e do ERS e nós conseguimos avançar. Só que ficou nisso*” (GM).

O PDR e o PDI vigentes, instrumentos de planejamento contemplados no Pacto pela Saúde, explicitam a configuração das cinco macrorregiões de saúde e as respectivas microrregiões de saúde que perfazem um total de 14. Eles descrevem as características, a rede de assistência à saúde das regiões e os módulos assistenciais; a organização das redes de serviços de alta complexidade do estado e as referências das DST/HIV e AIDS; a organização da rede estadual e as referências para assistência em nefrologia na alta complexidade; a rede estadual e referência para assistência cardiovascular; a rede estadual e referência para assistência traumato-ortopédica.

Os desenhos dos fluxos da rede de atenção são aqueles que foram elaborados no PDR de 2001 e atualizados através da Resolução CIB/MT nº 055, de 15/09/2005. O PDI foi atualizado, mas não se encontraram documentos que registrem que ele foi homologado na CIB/MT. Tais planos estão desatualizados, e o gestor refere “*nós ainda trabalhamos com projetos e propostas de 12 anos atrás e o PDI não existe mais, não houve planejamento*” (GM). Estes documentos não contemplam a dinamicidade da região, não favorecem a organização da rede de atenção na região e não mostram as referências atualizadas. Esses instrumentos precisam ser revistos, sofrer ajustes, visto que estão intrinsecamente relacionados ao PPA e suas respectivas leis: Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e Lei Orçamentária Anual (LOA) dos entes federativos (Ferreira, *et al.*, 2011).

O planejamento apresenta limitações, e o fato de não se atualizar tais instrumentos aumenta os riscos de atomização dos sistemas municipais de saúde, e gera consequências indesejáveis ao sistema (Souza, 2001). Aumenta também as iniquidades regionais, visto que permite com mais facilidade atender a demandas políticas,

favorecer determinadas regiões em detrimento de outras, já que não estão formalizadas as necessidades das regiões. Além disso, os recursos liberados pelo Ministério da Saúde têm por base o PDR e o PDI vigentes, que, desatualizados, não consideram a dinâmica e as necessidades atuais, que são mutáveis.

Se o PDR e o PDI não expressam a realidade da região, comprometem a descentralização, influenciam na configuração da rede de atenção e alteram a direcionalidade: *“a região hoje é outra, quando o PDR foi feito, a região acho que não tinha 100 mil habitantes e hoje têm mais de 200 mil habitantes”* (GM).

Ao assinar o Termo de Compromisso de Gestão, foram pactuadas metas, prazos para serem cumpridos, com o apoio do estado. No entanto, o gestor assevera: *“não existe uma discussão profunda... pactua as metas, mas não são pactuadas as estratégias regionais para cumprir as metas. Isso não acontece (...) não existe uma política, um plano regional, uma política regional para intervenção, para atuação, não existe (...) é difícil ... ele{estado} foi se retirando, foi se retirando e foi deixando praticamente para os municípios”* (GM). Se o estado não coordena para dotar os municípios com capacidade de gestão e planejamento, *“sozinho ele {município} não consegue fazer nada”* (GM), e a regionalização deixa de acontecer.

A pactuação das metas do Termo de Compromisso de Gestão não se limita a cada um definir a sua parte, requer negociações, planejamento, pactos, coalizões e induções, da esfera superior de governo, seu sucesso associa-se, sobretudo a processos de coordenação intergovernamental (Abrucio, 2005). Demanda equacionamento e coordenação por parte do estado, para o desenvolvimento do planejamento/ programação: da regulação, do controle e avaliação, incluindo o monitoramento dos instrumentos que estabelecem compromissos entre os gestores. O planejamento não atualizado interfere na regulação e na construção de redes assistenciais adequadas para o atendimento da população (Souza, 2001).

Em 2006, o MS instituiu o PlanejaSUS, instrumento oficial do processo de planejamento do SUS, que orienta e contribui com a descentralização e auxilia a gestão no âmbito dos municípios e região para efetivar o acesso à equidade, à integralidade, à qualificação do processo e à otimização dos recursos. Nesta região, o ERS capacitou os gestores municipais para realizarem o Plano Municipal de Saúde com base nesse instrumento, mas a prática do seu uso como ferramenta para a tomada de decisão,

alocação de recursos e monitoramento das ações é incipiente. Desta forma não fortalece a capacidade de gestão municipal (Ferreira, *et al.*, 2011).

O ERS, estrutura regionalizada da SES e instância condutora do processo de planejamento e gestão na região de saúde, não dispõe de plano que registre as demandas da região e não acompanha o planejamento municipal. Teve seus papéis enfraquecidos perante os municípios, não se constitui em unidade descentralizada, não faz a gestão própria dos recursos financeiros, e o seu planejamento ocorre quando a SES convoca reunião específica para este fim.

O Plano de Trabalho Anual (PTA) do ERS é definido com base nas diretrizes do Plano Estadual de Saúde, e é o documento que valida apenas a programação mensal dos técnicos para realizar a cooperação técnica nos municípios e as ações referentes ao seu funcionamento interno. Para as suas atividades, a SES “*definiu uma cota de R\$ 4.000,00, igual para todos os ERS para a compra de materiais de expediente, água, conserto e outros*” (GE). A cooperação técnica junto aos municípios não está sendo realizada, “*desde 2010, não está sendo liberado diárias para este tipo de atividade*” (GE).

Observa-se que a prática de planejamento não é realizada conforme prevê o Pacto pela Saúde, e isto contribui para aumentar os problemas na região. O gestor atribui a esta falta de planejamento na região a manutenção do convênio estabelecido entre a SES e o Hospital Municipal de Barra do Bugres, de referência regional. Esse convênio não contempla investimentos, e o hospital tem dificuldades financeiras para manter o funcionamento e o atendimento, por não dispor de capacidade instalada para as demandas da região. Desta forma, continua tendo que regular os pacientes para Cuiabá.

Para o gestor, esse arranjo por parte da SES, “*sem planejar*”, foi um “*equivoco, atrapalhou*” (GM) a instalação do hospital regional e contribuiu a fim de que não houvesse investimentos para ampliar a rede pública regionalizada. Essa maneira de conduzir compromete a descentralização e sua adequação às diferentes realidades existentes entre os municípios (Viana *et al.*, 2008).

Nesta região, os investimentos que ocorreram deram-se na rede básica de saúde daqueles municípios que elaboraram projetos para construção e ou reforma de unidades de atenção primária de saúde e pleitearam recursos junto ao Ministério da Saúde. De forma pontual, foram distribuídos, para os municípios desta região, ambulâncias e

equipamentos para centros cirúrgicos, mas não vieram os recursos para construir o hospital regional. Não houve investimentos para dotar a região resolutive e autônoma conforme preconiza o Pacto pela Saúde, e o gestor pontua: *“o estado precisa olhar e entender as nossas limitações: de exames, de bons cursos de capacitação, de recursos”*(GE).

Nesta região, segundo o gestor, *“não dá para se dizer que existe uma pauta, planejamento regional”* (GM). A programação é feita com base na PPI, documento que espelha a disponibilidade de vagas e o fluxo oficial da assistência, intra e inter-regional. Oferece a cada gestor a oportunidade de informar na reunião do CGR as atividades que realiza ou não no seu município e fazer as pactuações conforme suas necessidades. Esta pactuação é coordenada pelo ERS e pautada nas diretrizes da descentralização e regionalização e expressa: os limites do teto físico da média e alta complexidade por município e a parcela financeira a receber referente ao atendimento da população própria e da que será referenciada. Esse teto físico e financeiro, depois de aprovado no CGR e na CIB, é encaminhado ao Ministério da Saúde.

A programação municipal é realizada com base na sua capacidade instalada e nas informações lançadas no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Nesta região, todos os gestores utilizam o Sistema Informatizado para Programação Assistencial de Estados e Municípios (SISPPI)⁵⁴. Os tetos estabelecidos seguem os parâmetros de programação definidos pelo MS, mas o gestor afirma não serem compatíveis com a produtividade do município. O cálculo das necessidades de procedimentos e ou especialidades não parametrizados neste sistema ocorre com base na série histórica do município, mas, com frequência, há glosas no sistema, que gera perda de recursos já escassos ao município.

Com a SISPPI, os gestores desta região oficializam a programação municipal e pactuam no Colegiado de Gestão Regional as necessidades a serem supridas com as referências intermunicipais e inter-regionais. Com a PPI, a conformação e o fluxo da rede de atenção da região ficaram mais explícitos. Tanto a programação municipal como a regional, realizadas com base na oferta de serviços, mostra as deficiências da rede de atenção regional que necessita do setor privado, que dispõe da maior capacidade

⁵⁴ Programa desenvolvido pelo Departamento de Regulação, Avaliação e Controle - DRAC e Datasus de uso opcional.

instalada e que é acessada principalmente através do CIS. Nesta região, a pactuação não revela coerência com as referências do PDR, por estar desatualizado.

As especialidades, procedimentos e outros serviços ofertados na rede SUS, através do CIS, continuam sendo pactuados na PPI com referência para Cuiabá e Várzea Grande. A pactuação com estes municípios é realizada com a intenção de assegurar serviços, especialmente para aqueles tratamentos que são realizados na capital, e que, dependendo da avaliação médica redonda em novos exames e ou procedimentos. Nesses casos, o paciente não precisa retornar ao seu município de origem, visto que, muitas vezes, a região não disponibiliza tais serviços.

No ano de 2009, houve mudanças na PPI, através das resoluções CIB/MT nº 084 e nº 085, ambas de 13/08/2009. Foram aprovados, respectivamente, parâmetros para cálculo das necessidades da alta complexidade da assistência ambulatorial e para definição do Teto Físico do Sistema de Informação Hospitalar do SUS/MT.

Com base nesses parâmetros e na resolução CIB/MT nº 086/2009, os recursos financeiros federais da PPI foram macroalocados. Em 2010, pela resolução CIB/MT nº 122, de 18/05/2010, foi definido o limite dos recursos financeiros federais destinados à assistência ambulatorial especializada e hospitalar do estado. Esse limite da assistência à saúde transferido aos municípios foi modificado⁵⁵.

A PPI deveria constituir-se em instrumento de análise por parte do estado para definir investimentos, ampliar a rede de atenção na região e torná-la, na medida do possível, autônoma, para além dos limites municipais, conforme preconiza o Pacto pela Saúde. No entanto se observa que não é utilizada para monitoramento e avaliação quanto ao acesso e à adequação das necessidades da população a todos os níveis de assistência; limita-se apenas à pactuação de referências e adequação dos recursos financeiros conforme teto estabelecido.

O serviço de Tratamento Fora do Domicílio - TFD está centralizado na capital do estado e é coordenado pela central estadual de regulação. Para acessar este serviço, as SMS montam processo, enviam para a central regional de regulação, que analisa e encaminha para a central estadual. Quando o procedimento solicitado não é realizado

⁵⁵ Esse teto sofre alterações em decorrência de um novo remanejamento de recursos que estavam sob a gestão estadual - Resolução CIB nº 332, de 09 de dezembro de 2010 – dispõe sobre o remanejamento/repactuação de recursos financeiros destinados à Assistência de Média e Alta complexidade do Estado de Mato Grosso.

dentro do estado, é autorizado e encaminhado para outro estado. Nestes casos, a equipe da central estadual articula a vaga, os recursos para a viagem e comunica ao paciente. Geralmente são encaminhados para especialidades de oncologia, neurologia e ortopedia, em especial, casos de paraplégicos, para a rede Hospital Sarah Kubitschek.

Como parte do pacto de gestão, a habilitação de novos serviços e a sua contratualização faz parte da regulação da atenção à saúde, sendo responsabilidade do ente federativo regular os serviços que complementam a rede SUS. Nesta região, os contratos com os prestadores ainda são aqueles antigos, e muitos gestores não tiveram acesso a tais contratos, sabendo apenas o número de leitos à disposição do SUS. Alguns são realizados pela SES, e os novos foram estabelecidos entre a SMS e o prestador, mas o gestor afirma: *“a gente não consegue fazer, (...) não houve aquele treinamento da contratualização”* (GM).

A formalização contratual entre o setor público e o privado deve ser planejada e realizada com base no Plano Municipal de Saúde e Plano Regional, que expressam as necessidades de saúde da população. O instrumento da contratualização oferece clareza quanto aos direitos e deveres entre as partes, legitima a transferência de recursos públicos e a subordinação do processo de contratação às diretrizes das Políticas de Saúde do SUS. Além disso, constitui importante instrumento de gestão, regulação e avaliação da prestação de serviços (MS, 2006). Nesta região, a falta de acesso aos contratos já formalizados e de capacitação dos gestores interferiu na lógica da contratualização, na regulação, no controle e na avaliação dos serviços que passaram a ser estabelecidos apenas com base na oferta dos serviços do estabelecimento, não oferecendo elementos para subsidiar o controle e a avaliação.

A contratualização pelo gestor municipal é realizada com base na Lei nº 8.666/93⁵⁶, tem como referência a Tabela Nacional de valores do SUS, e a produção dos serviços. Muitos dos serviços contratualizados nesta região recebem tabela complementar. Os contratos realizados não contêm metas qualitativas, apenas o quantitativo de procedimentos por tipo de serviço que o prestador oferece, e os limites financeiros do gestor municipal para a compra de serviços.

⁵⁶ Lei 8.666/93 da Presidência da República, de 27 de junho de 1993 - Regulamenta o art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal - institui as normas para licitação e contratos da administração pública e traz, no seu artigo 55, as cláusulas necessárias para compor qualquer contrato firmado entre o gestor público da saúde e os prestadores de serviços de saúde.

A regularização desses contratos formaliza as relações entre o gestor do SUS e o prestador privado, oficializa o fluxo operacional e a rede de atenção na região. Além disso, objetiva garantir o acesso às necessidades da população, a qualidade do atendimento aos pacientes e a alocação dos recursos médico-hospitalares (Vilarins *et al.*, 2012).

Embora traga benefícios, a contratualização dos serviços ainda é incipiente nesta região. No caso dos hospitais por exemplo, depois de contratualizados, a equipe municipal apenas controla as internações, verificando se ocorreram ou não, se tem ou não a vaga. O controle adotado não oferece ao gestor mecanismos efetivos de monitoramento e avaliação dos serviços, e, sendo assim, são insuficientes para gerar mudanças na gestão e organização do SUS (Solla e Paim, 2014).

Há necessidade de se aprimorar tais instrumentos e capacitar as equipes. A contratualização não se limita apenas à assinatura de um contrato formal de prestação de serviços, mas explicita a pactuação entre gestor e prestador, define as metas quantitativas e qualitativas em consonância com as necessidades de saúde da população e do tipo de serviço oferecido pelo prestador. Além disso, especificam regras claras de responsabilidade de ambas as partes e estabelece os critérios a serem considerados nas atividades de avaliação e monitoramento do desempenho (MS, 2006).

O CIS faz a contratualização dos serviços, realiza o chamamento público e utiliza instrumento próprio de prestação de serviços para pessoa jurídica. Os contratos e as tabelas complementares do consórcio, desde 2009, são reajustados anualmente, com base no percentual da inflação do respectivo ano. A contratualização ocorre com base na produtividade fixa e, para as unidades hospitalares, utiliza a tabela SUS acrescida de 25% para alguns procedimentos, para outros, o valor oscila “3 {tabelas} para um {procedimento} ou 3 AIH por um procedimento”. Ao ser questionado quanto à tabela complementar, o prestador refere que o estado paga “para as Organizações Sociais 4, 5 {vezes a tabela SUS}” (GM). Esta tabela de pagamento diferenciado para as OS repercutiu de forma negativa na região: “está sufocando a saúde pública” (GM).

As consultas ambulatoriais especializadas e os serviços de apoio diagnóstico imagem e laboratoriais são contratualizados pelo consórcio, mas realizados por empresas privadas que recebem tabela complementar. Alguns desses serviços de apoio

diagnóstico credenciados pela SES também recebem tabela complementar por meio do consórcio.

O serviço de UTI da região é contratualizado pela SES. O primeiro contrato foi realizado entre a SES e o CIS, ficando o CIS responsável apenas pelo pagamento ao hospital contratualizado. Os recursos financeiros do convênio são transferidos pelo estado, conforme as especificações contidas no Plano Operacional. Os medicamentos de alto custo utilizados na UTI não estão contemplados no convênio.

Este convênio recebeu vários aditivos e, no ano de 2010, foi estabelecido diretamente entre a SES⁵⁷ e o Hospital. A contratualização da SES também é realizada com base na Lei 8.666/93, e define que o médico regulador do ERS deve elaborar relatório mensal dos serviços prestados, certificar a nota fiscal e encaminhar para a SES.

Os contratos realizados antes e durante o pacto foram para os serviços de UTI, hemodiálise, Cito-patologia, anatomia patológica e exames de imagem dentre estes de ressonância magnética. Estes ampliaram a oferta de serviços e as referências nesta região, mas, segundo os gestores, tanto os médicos reguladores como os gestores não possuem governabilidade sobre estes, *“é o estado que acompanha, isso não passa no CGR, é um contrato direto com o estado. Não sabemos se as vagas estão sendo preenchidas, se está faltando vagas”* (GM). Em relação às UTI, os técnicos da região fazem o controle e a avaliação do realizado, ou seja, acompanha apenas o físico.

A alternativa para contratualizar serviços privados, por meio do consórcio, tem fortalecido os profissionais e as instituições privadas prestadoras de serviços na região. Com o consórcio, a oferta de serviços é imediata e atende às demandas de usuários, mas tem gerado elevados custos para o gestor municipal, que afirma: *“a regionalização trouxe um ônus muito grande para os municípios”* (GM).

A instalação dos leitos de UTI no hospital privado foi negociada pela SES. Essa parceria público-privada, ao mesmo tempo em que criou o acesso na região, oficializou a continuidade da assistência privada que já pressionava o setor público com escolhas para atendimento e pagamento diferenciado: *“a resolução vem no tempo deles, da forma que eles querem fazer, dos valores que eles querem cobrar”* (GM). A falta de capacidade instalada pública, associada à baixa capacidade regulatória, impede o

⁵⁷ Convênio 006/2010 - entre as obrigações do prestador cita que deve atender a todas as constantes na Lei 8.666/93, Decreto Governo Estado 7.217/06, modificado pelos 7.218/06; 8.199/06 e 8.426/06.

cumprimento da função pública na condução do SUS (Fleury et al., 2006), que, por vezes, se submete aos interesses privados, que nesta região, são bem organizados.

Ao longo dos anos, essa parceria foi definindo o comportamento dos atores públicos e privados na região. Motivados pelo acesso e pela resolução dos problemas a um menor tempo, os gestores desta região, continuaram pactuando com o prestador privado, os serviços foram ampliados, mas com tabelas de pagamento complementar.

A expansão da rede privada não foi um processo paralelo e independente da política pública de saúde, ou seja, as decisões governamentais do passado, de parceria com o setor privado, contribuíram para aumentar a sua demanda. O mix público-privado na rede de serviços da região foi instituído, fortaleceu e legitimou a opção privada. Essas decisões, associadas às fragilidades de planejamento regionalizado, facilitam para que sejam canalizados recursos públicos para o setor privado (Menicucci, 2007), em detrimento da constituição de uma rede de atenção pública regionalizada.

A atenção à saúde nesta região seria diferente se contasse com o apoio do estado: *“é muito pouco a participação do estado para o município, eu acho que ele teria que participar mais, estar mais atuante”* (GE). Para o gestor a instalação dos leitos de UTI no serviço privado foi *“tendenciosa (...) é um serviço que poderia ser prestado dentro de uma estrutura totalmente pública”* (GE). A legislação permite a participação do setor privado de forma complementar ao SUS, mas, se os entes federativos não atuam de forma ativa para o cumprimento das regras públicas, os resultados podem ser comprometidos. Garantir o acesso, a qualidade da assistência e a organização dos serviços implica em maior participação e articulação entre entes federativos na condução, no planejamento e na distribuição de poder (Viana e Lima, 2011).

No entendimento do gestor, os instrumentos da regionalização estão apenas no papel. A falta de planejamento e investimentos na região, associada à falta de apoio aos municípios, contribui para não efetivar a regionalização: *“ainda hoje, o tipo de saúde que a gente faz, é... apagar incêndio”*. Além disso, *“os municípios estão cansados, porque na hora que a gente precisa de dinheiro, a gente não tem. Você não tem funcionário suficiente, você não tem uma equipe treinada. A regionalização era para ter o quê? Quem é o suporte técnico? A equipe regional não tem diária para vir no seu município, eu mando buscar, pago o almoço, a diária, e ele não pode vir (...) não se tem mais aquela coisa de vir a equipe regional no município fazer monitoramento e*

avaliação, e a gente não consegue parar para fazer isso, o município é muito pequeno, gasta muito para ter profissionais no interior, então não tem como você ter uma equipe aqui” (GM).

O gestor tem encontrado dificuldades para gerir o Sistema Municipal de Saúde, cita insuficiências na quantidade e capacidade técnica de profissionais e de recursos financeiros para operacionalizar o SUS e não tem contado com a cooperação técnica do estado *“a equipe da regional conseguia fazer isso em 2006, 2005, 2004 e... e ai eu vejo assim, cadê essa regionalização (...) como eu posso pensar numa política que é desfinanciada”*(GM).

A falta de cooperação técnica compromete a descentralização e o desenvolvimento da regionalização. Neste processo, cabe aos entes federativos o duplo papel de executores e articuladores, já que as responsabilidades foram compartilhadas para a busca da eficiência dos serviços, para o financiamento, para a participação e condução. Se um dos entes deixa de exercer a sua parte, não se criam as condições para a implementação da política.

Na vigência do pacto, a SES criou vários incentivos, como já citados, no entanto, desde 2008, as transferências financeiras estão sendo realizadas com meses de atraso, e isto tem repercutido no financiamento da gestão municipal, cuja receita depende das transferências federais e estaduais para operacionalizar os serviços.

Nesta região, o setor privado lidera a oferta diversificada de serviços e o setor público depende do setor privado para o acesso. O sistema de saúde pública não é suficientemente regulado; o planejamento não é atualizado de forma sistematizada; não há financiamento para ampliar a oferta de serviços públicos; e as ações de auditoria, controle e avaliação são frágeis. O Pacto pela Saúde reforça a importância da regulação do sistema, não apenas como um instrumento para garantir o acesso, mas como uma ferramenta de gestão. Neste sentido, é preciso implementar o processo de planejamento nesta região. Se atualizados, o PDR e PDI podem explicitar: as necessidades de saúde da região, as responsabilidades de cada ente federativo, as bases para a PPI, o formato do processo regulatório, as estratégias de controle social, as linhas de investimento, entre outros (MS, 2006).

Observa-se por meio dos relatos uma situação de corresponsabilidade, uma acomodação tanto por parte do ente federativo estadual como municipal. Cada

município da região busca a solução do seu problema. Se o estado não coordena o processo pode configurar uma relação mercantil (Santos e Merhy, 2006), um mix público-privado na rede de atenção da região, que interfere na organização e oferta dos serviços.

As referências e o fluxo na região foram configurados e influenciados pela oferta de serviços de média e alta complexidade que estão no setor privado. O fortalecimento deste mix público-privado foi facilitado pela: baixa capacidade instalada pública; liderança na capacidade instalada e oferta de serviços de maior complexidade na rede privada; falta de planejamento, gestão e regulação do sistema público, o que repercutiu negativamente na região. O CIS idealizado provisoriamente em parceria com o setor privado, devido à falta de estrutura pública no período, manteve-se, fortaleceu essa relação e não se observam por parte da SES e dos gestores municipais iniciativas no sentido de mudar este modelo de gestão na região.

Essa maneira de organizar os serviços tem interferido na regulação da assistência à saúde, que, na maioria das vezes, não consegue resolver o problema na rede de atenção pública da região. É *“o setor privado que demanda. Se eles querem atender eles atendem, se eles não querem atender eles não atendem (...) todo o nosso sistema é demandado pelo privado (...) se o privado oferecer o serviço tem o serviço, se não oferecer o serviço não tem. E nós não conseguimos brigar por preço, por vaga, porque tudo está lá no setor privado”*(GM). Além disso, o pagamento é por procedimentos e estimula o prestador privado a fazer escolhas para a oferta daqueles mais remunerados, mais próximos do valor do mercado, o que interfere na regulação. Essa dinâmica secundariza a integralidade e contribui para produzir distorções nas práticas de saúde (Solla e Paim, 2014).

Na regulação da assistência *“aparentemente não há conflitos”*, mas sempre existem problemas na região, que surgem no momento em que se solicita a vaga para internação, tanto na região como quando *“entra Cuiabá, aí é que vem o problema”* (GE). Além disso, depois de regulado para fora da região, o regulador não consegue acompanhar o paciente, tanto na urgência/emergência como nos casos eletivos. Os reguladores municipais e regionais perdem o contato e as informações. Nos casos eletivos, *“encaminhamos para a primeira consulta, depois o agendamento é feito direto*

com o paciente e você não consegue mais ter o feedback (...)a gente liga, se identifica, mas às vezes ele foi transferido para outro local” (GE).

Na regulação da urgência/emergência, o gestor refere que é comum ouvir do regulador da capital, *“eu sei que você tem a necessidade de regular o paciente, mas eu estou com uns cinco pacientes na mesma situação que a sua, ou pior. A rede está lotada, então..., assim que surgir a vaga...” (GE).* Além disso, às vezes é liberada a vaga, mas ao chegar ao local, é informado que não existe vaga, e o paciente tem que retornar ao município de origem, *“a equipe está levando de 8 a 12 hs em Cuiabá (...) e ela só volta quando o paciente realmente foi recebido por um outro profissional médico”(GM).*

É também relatado pelo gestor que, muitas vezes, pacientes em estado grave ficam no município aguardando a vaga, mas os municípios não dispõem de capacidade instalada para monitorar o paciente, e a situação se agrava, *“chegando a ficar de 5 a 10 dias, acaba perdendo o paciente”.* Então *“que lugar ocupa a regionalização? (...) aqui a gente não tem hemodiálise, não tem uma nutrição parenteral a gente não tem uma forma de dar vida para ele, é muito difícil (...) eu percebo que o estado dorme nesse sentido” (GE).* Estas situações, com frequência, geram insatisfações dos reguladores, gestores e usuários do SUS (Cordeiro *et al.*,2010).

Nesta região, a regulação da urgência/emergência foi recentralizada pela SES. Com essa modificação, a Central Regional perdeu parte de suas funções, e as relações com os médicos reguladores dos municípios já não acontecem, visto que o contato é diretamente com a Central Estadual. Isso tem gerado muitas dificuldades para os reguladores municipais encaminharem suas demandas de urgência/emergência, além da demora no acesso à vaga.

Com a recentralização da regulação, os problemas continuaram, o gestor relata um caso de traumatismo craniano, que *“foi regulado por Cuiabá”* e encaminhado para a unidade mista de Tangará da Serra, que não tem centro cirúrgico. Assim como este caso, outros ocorreram mais de uma vez, geraram conflitos e questionamentos quanto à prioridade da SES com a regionalização. Para o gestor, a SES não investe recursos e não atende à região, como foi o caso do SAMU debatido no CGR. Os gestores questionaram a centralização da regulação e pediram que a regulação do SAMU ficasse na região, mas não foram atendidos.

Tanto a regulação da urgência/emergência como a dos demais procedimentos apresenta problemas. Foi relatado que, em reunião do Conselho Estadual de Saúde, a equipe de auditoria da SES apresentou “*lista de espera de 1500 pessoas*” para colonoscopia, ao mesmo tempo, o prestador conveniado afirmou “*ter cumprido 7% de colonoscopia porque não havia paciente*”, e uma participante dessa reunião relatou que sua irmã, com câncer, estava “*há 6 meses na fila de espera para realizar este exame*” (GM).

Esses casos mostram a fragilidade da regulação no estado, “*não existe regulação. Existem papéis que correm para lá e para cá e se perdem e se acham e a demanda não encontra a oferta*” (GM). Não há como negar que essas citações se referem aos problemas da gestão pública do sistema de saúde e requerem a atenção e intervenção por parte dos atores institucionais e não institucionais. A regulação no estado e nesta região é frágil apresenta conflitos, problemas na organização, na gestão e nos fluxos. As gestões do sistema nas regiões necessitam de iniciativas no sentido de formar redes integradas, regionalizadas e resolutivas conforme as necessidades para de fato tornarem-se autônomas (Viana, *et al.*, 2010b). Os sistemas de regulação da assistência no estado e na região precisam de uma gestão mais efetiva.

Os serviços contratualizados pelo CIS não estão submetidos às regras da regulação, como os demais serviços conveniados ao SUS. A equipe do CIS apenas confere as guias liberadas, as utilizadas, e as cotas extras solicitadas pelos municípios. A regulação destas guias é realizada pelas Centrais Municipais. Embora o Pacto pela Saúde contemple como responsabilidades do estado “monitorar e avaliar o funcionamento dos Consórcios Intermunicipais de Saúde” (MS, 2006), não se verifica por parte da Central de Regulação Regional nem da Central Estadual, a utilização de instrumentos que disciplinem as relações de controle, regulação e avaliação em relação aos serviços ofertados pelo CIS. É baixa a regulação institucional em relação aos serviços privados vinculados ao consórcio.

Tais problemas mostram que, à semelhança de outros estados (Lima *et. al*, 2012), a regulação da assistência também é frágil em Mato Grosso. A regulação nesta região e nos municípios requer cooperação do estado para sua organização e funcionamento.

O controle e a avaliação da central regional de regulação não têm sido realizados, a equipe alega ter perdido o controle desde que as atividades foram recentralizadas. A

Central de Cuiabá comunica as solicitações de serviços enviados pela Central Regional, diretamente ao paciente ou município, “*a gente tinha até certo ponto um controle (...) agora a gente não consegue (...) sabe que o município conseguiu (...) foi uma negociação direta do município com o prestador*” (GE). Agrava esta questão a ausência de um sistema de informação da regulação interligado, de forma a facilitar ao gestor o acesso ao sistema para identificar o desfecho da sua solicitação.

De forma não estruturada, o controle e a avaliação das ações e serviços de saúde são parcialmente realizadas pelos gestores municipais do SUS, que, em geral, exercem tais atividades no cotidiano da gestão, que realiza atividades de compra e contratualização de serviços, acompanha as atividades financeiras, realiza cadastramento dos serviços, e alimenta os sistemas de informação entre outros. Na região, os principais instrumentos que servem de base para o acompanhamento e monitoramento das ações são: o Plano Municipal de Saúde, o Relatório de Gestão, a PPI, o PDR, o PDI, Termo de Compromisso de Gestão e o Pacto dos indicadores. Como já ressaltados o PDR e o PDI estão desatualizados e não são monitorados.

Com o Pacto pela Saúde, os insumos dos sistemas de informação, que eram monitorados pelo ERS, passaram a ser enviados *on line* diretamente para o MS, “*alguns programas é só entre o município e o Ministério*”. Desta forma, o contato do município é direto com o MS, e os técnicos do ERS julgam que este fato contribuiu para afastar os municípios do ERS, e afirmam “*nós monitoramos, avaliamos, acompanhamos o serviço pelo sistema nacional de informação*” (GE), ou por *e-mail*, telefone, ou na sede, mas o espaço físico é inadequado, pois o ERS não tem estrutura própria, funciona nos fundos do prédio do INSS.

As atividades de controle e avaliação, que eram realizadas pela equipe do ERS, ficaram prejudicadas, os técnicos do ERS só acessam “*aquilo que é público para todos*”. Gestores municipais também atribuem ao distanciamento dos municípios do ERS o fato de a SES ter mudado a sua condução e recentralizado muitas ações que antes eram desenvolvidas pelo ERS. Então “*o município trata direto com a SES, que também pula o ERS e passa informações*”(GM). No que se refere ao ERS, “*as coisas são decididas de cima, vem para nós, nós temos que passar para o município (...), muitos trabalhos foram descentralizados para nós, mas (...) falta capacitação*” (GE). O ERS

vem perdendo sua função e já não há clareza quanto ao seu papel, “*a gente ainda não conseguiu enxergar o que é que a SES quer do ERS, esse é o ponto*” (GE).

Monitoramento, controle e avaliação fazem parte das atividades da SES, de forma estruturada, mas o gestor afirma que aquela condução da SES/ERS, de monitorar os indicadores do Termo de Compromisso de Gestão para levantar as dificuldades, cooperar para intervir, já não é realizada. No âmbito dos municípios, esse monitoramento também não é realizado e justificado pelo gestor, pelo despreparo dos profissionais para tais atividades.

Observa-se incipiência da regulação no estado e na região. As bases da regulação foram instituídas ainda antes do pacto, mas na vigência do pacto os instrumentos regulatórios não foram suficientes para inserir mudanças na gestão, e cabe aos entes federativos a intransferível macrofunção de prover ações e serviços, de regular o setor saúde em seus vários aspectos da gestão, da prestação da assistência, do financiamento e da administração, para equilibrar os vazios assistenciais da oferta e da demanda (CONASS, 2011).

As competências e atribuições da regulação são amplas, referem-se não somente à fiscalização e ao controle, mas também ao estabelecimento de regras e mecanismos para a orientação deste sistema de saúde, compreendendo os meios e os fins que possam melhorar o acesso, aumentar a cobertura e, além disso, na perspectiva da equidade, atender às necessidades e direitos do cidadão (Nascimento, 2009).

Nesta região não há clareza desta importante função; além disso, muitos gestores, pela falta de conhecimento, não são comprometidos o suficiente para, de fato, exercer o seu papel, que se agrava pela falta de cooperação técnica do estado. Essas práticas limitam a oferta de serviços públicos e geram demandas reprimidas.

No entendimento do gestor, foram “*os municípios que assumiram a regionalização e pagam financeiramente, um preço muito alto*”(GM). Passaram a ter maior autonomia em gerir os seus recursos, mas também a “*ver que é difícil planejar a saúde (...) que o recurso que vem nem sempre eles conseguem gastar naquilo que é prioridade, então essa também é uma dificuldade e muitas vezes o recurso acaba sendo mal gasto*” (GE).

O PDR, o PDI e a PPI, que poderiam ser instrumentos de direcionamento da regionalização, não se constituem em instrumentos de integração intermunicipal. Além disso, a condução da SES/ERS está muito mais voltada para as suas funções internas.

Sua maneira de executar a política não corresponde àquilo que está contemplado no PPA, o que tem enfraquecido suas funções.

As funções desenvolvidas pelo ERS não têm correspondido à sua missão, que é justificada pela falta de recursos financeiros. Suas atividades correspondem muito mais ao repasse das demandas provenientes da SES e do MS do que ao fortalecimento da região. Esse tipo de condução contribui com o posicionamento individual do gestor municipal, cujos problemas não são percebidos como da região, buscando-a apenas quando se vêem diante de dificuldades frente as quais ele não consegue ser autossuficiente *“se eu estou bem no meu município, com o meu prefeito, se eu consigo me resolver, isso é problema meu”* (GM).

Nesta região, a rede de atenção deixa a desejar, não há capacidade instalada que a torne autônoma e resolutiva, os recursos financeiros são escassos e resultam em iniquidades no acesso ao ciclo completo de atenção. Além disso, o gestor destaca que nesta região, *“falta aquilo que está na lei, aquela solidariedade né, porque a região é feita por solidariedade e eu sinto a ausência disto na região, solidariedade”* (GM).

A falta de solidariedade ocorre em especial pela falta de clareza quanto às regras nas relações interfederativas e tornam-se mais explícitas nas propostas de regionalização, que requerem o fortalecimento de tais relações. Essa falta de compartilhamento de responsabilidades entre os entes federativos tende a ser superada quando há um planejamento intergovernamental, quando as ações são coordenadas e reguladas para organizar os fluxos assistenciais (Silva, 2013).

As limitações do planejamento na região podem ser evidenciadas quando o gestor relata: *“a gente não senta, não discute, não levanta dados, não trabalha com dados. Trabalha no conhecimento do achismo, isso é uma deficiência muito grande, porque eu penso... se nós tivéssemos sentado e feito o levantamento das necessidades, das nossas potencialidades e saber aonde é que queríamos chegar, nós já conseguiríamos caminhar. Quando fala (...) vai sentar para negociar, é... toda vez, (...) toda vez passamos um pouco de vergonha, porque não temos dados, não temos números, a gente não consegue levantar nem a demanda e nem a oferta. Assim uma das maiores dificuldades que eu acho que é isso. A região não se reconhece, não se percebe, é isso, se conhecer, se perceber, saber onde está e para onde tem que ir”* (GM).

Estes relatos permitem afirmar que a política de regionalização do Pacto pela Saúde não está sendo trabalhada nesta região. A regionalização em pauta se limita à delimitação do território, e não se considera o seu processo que está permeado por conflitos e tensões. A região não é reconhecida pelos seus integrantes, não há um sentido de pertencimento, não há coordenação regionalizada, não há motivação pelo coletivo, e o ERS segue conduzindo a região com as demandas oriundas da SES e do MS.

É preciso recriar as condições para implementar a política regionalizada nesta região. Isto requer arranjos, ajustes, organização, planejamento regionalizado compartilhado, para a construção de uma rede de serviços que seja capaz de responder às necessidades da população, considerando as diversidades, econômica, social, político-administrativa e cultural.

A participação do estado na implementação da regionalização é fundamental, *“o estado é o grande articulador, ou pelo menos deveria ser”*(GM). Sem a participação do estado, a regionalização não acontece. Muitos dos gestores ainda estão despreparados quanto à política de saúde. Se não há clareza por parte dos entes federativos municipais, a regionalização fica comprometida *“eles vão ter que entender, para decidir de que forma a região vai se organizar, ir atrás de investimentos, e a gente precisa de influência política para trazer algum recurso para a região, porque do jeito que está, a gente está perdendo recurso”*(GE).

O pacto trouxe maior autonomia para os municípios e possibilidades de realizar pactuações com flexibilidade entre os gestores, mas é um processo que requer participação, conhecimento, entendimento sobre o sistema de saúde e, sobretudo, capacidade para desenvolver o planejamento e articulação regional, com regras claras quanto às relações interfederativas e a responsabilidade compartilhada (Lavras, 2011).

Além da mobilização e liderança técnica, o processo de regionalização nesta região precisa da liderança política. A região tem potencialidades, atores não institucionais a serem considerados e articulados: *“nós temos um suplente de senador na região, temos um deputado na região”* (GM), e precisam ser mobilizados para os investimentos regionais.

Os relatos aqui explicitados mostram as dificuldades enfrentadas pelos gestores desta região na gestão municipal e na governança regionalizada prevista no Pacto pela

Saúde. Além disso, evidenciam também a necessidade de investir em educação permanente que fortaleça: a capacidade de gestão, o planejamento, o controle, a avaliação e o monitoramento das ações, de forma a adequá-las às necessidades. É fundamental capacitar para entender que o processo regulatório de forma planejada redimensiona a oferta e qualifica a utilização dos recursos assistenciais e financeiros, é um salto para a melhoria e eficiência do sistema e pode garantir o direito constitucional à saúde.

***7 Governança do Processo
de Regionalização na Região de Saúde
de Tangará da Serra***

7 GOVERNANÇA DO PROCESSO DE REGIONALIZAÇÃO NA REGIÃO DE SAÚDE DE TANGARÁ DA SERRA

Com a assinatura do Termo de Compromisso de Gestão, legalmente o gestor local e as instâncias regionalizadas passaram a ter maior importância na condução da política, assumiram responsabilidades compartilhadas na gestão, na contratualização, no planejamento, no controle e na regulação dos serviços da rede de atenção da região. Responsabilidades que requerem novas relações entre os diferentes atores envolvidos no processo, aperfeiçoamento técnico e gerencial (Arretche, 2010), e articulação para a gestão colegiada.

O Pacto pela Saúde contempla um novo ciclo da descentralização e regionalização. Sua efetivação depende da cooperação e de pactos interfederativos de forma solidária e compartilhada (Machado *et al.*, 2010). O papel a ser desempenhado pela SES como condutora deste processo é determinante para o desenvolvimento de competências e busca de soluções intersetoriais (Junqueira, 2000) para interesses coletivos.

Na vigência do pacto, a gestão estadual passou por trocas sucessivas, que refletiram na sua maneira de gerir e conduzir a Política Estadual. A gestão tem-se modificado, tem sido permeada por *“interesses pessoal e partidário (...) tendenciosos a práticas pessoais”* (GM), e *“não existe uma linha da política de saúde”*, tem gerado *“conflitos de interesses”* (GM).

Nesta região de saúde, o papel desempenhado pela SES tem sido *“muito fragmentado, aquele projeto da regionalização que era feito a várias mãos, hoje não existe mais (...) nós não somos ouvidos”* (GM). O gestor julga que deve haver *“algum interesse”*, que faz com que uma região com mais de 200 mil habitantes não tenha *“o investimento na saúde pública, numa linha continuada... são sempre pontuais e ocorrem quando os gestores se levantam, vão lá, apagam o fogo e pronto acabou”* (GM). Cita, como exemplo, as tentativas de transformar a Unidade Mista de Tangará da Serra em hospital regional, mas *“não era interesse dele {gestor estadual} em fazer o hospital regional, em abrir nenhum hospital regional (...) ele queria terceirizar o serviço”* (GE).

Com a implantação do Pacto pela Saúde, “o estado descentralizou, mas não descentralizou o recurso, não quer descentralizar a parte técnica,... são muitos conflitos... talvez por medo de perder o poder, que queira ou não, ainda emana este poder no estado, (...) ele é o maior, ele é o rei, e nós, como somos todos os feudos, temos que ficar pedindo sempre (...) ele continua da mesma forma (...) é uma relação muito autoritária do governo estadual, muito alheia ao problema da assistência” (GM).

Oficialmente, as responsabilidades foram compartilhadas, houve a assinatura do Termo de Compromisso de Gestão, mas o estado não tem cumprido com a sua parte na cooperação técnica, no financiamento, na regulação, e tem repercutido na governança da região. Os Sistemas Municipais de Saúde não são autossuficientes, dependem da cooperação técnica do estado, para fortalecer a sua capacidade institucional e da região. Esta função implica mudanças no papel do Estado e dos municípios, em dividir, desenvolver competências e cumprir com as responsabilidades compartilhadas. O processo de regionalização tem sido permeado por tensões interfederativas (Noronha, *et al.*, 2012), nesta região não tem sido pautado pelo planejamento integrado, regionalizado, com base nas necessidades da rede de serviços do território, com financiamento, regulação e cooperação técnica.

Entre as dificuldades citadas pelo gestor, a principal “é o financiamento” (GM) e também tem refletido na atuação do ERS junto aos municípios: “a gente percebe que quando um ERS não consegue mais dar suporte para o município, que não vai mais ao município, isso é um enfraquecimento do SUS de uma forma geral”, e acrescenta: quando “o estado não encampa a educação, ensino em serviço, a formação continuada do gestor, a gente percebe também, que não quer que aconteça o fortalecimento do SUS” (GM).

O gestor municipal e a equipe do ERS não têm recebido capacitações com suficiência para influenciar positivamente o processo de descentralização, “os municípios estão se capacitando sozinhos, (...) os técnicos {do ERS} não se entendem, eles não se percebem enquanto atores (...) nós percebemos limitações, falta de prioridade do estado, em capacitar os profissionais” (GM). Segundo o gestor municipal, as informações são repassadas pelo COSEMS, e é comum a equipe do ERS expressar: “mas o estado não nos repassou isso” (GM).

No ERS e na SES ainda existem técnicos que participaram do processo de regionalização implantado no período anterior ao pacto. Segundo o gestor, “*sabem o que tem que fazer e não conseguem fazer*” e isso “*é velado, as pessoas não se sentem confortáveis para falar o que tem que falar, para falar o que pensam para dizer o que precisa ser dito*” (GM) e reitera: “*a gente sabe que está muito difícil para o escritório... porque é corte em cima de corte, há três anos eles {ERS} têm dificuldade de vir nos municípios (...) hoje nós percebemos, há um esfacelamento*” (GM).

As relações da SES com a região e os técnicos do ERS estão distantes e enfraquecidas: “*eu acho que falta um pouco deles {SES} conhecer a nossa realidade aqui, enquanto ERS, das atividades da região, de conhecer a região, (...) que se está falando de interior (...) a gente tem sentido a falta desse elo da SES com o ERS*” (GE).

As relações dos técnicos do ERS com os gestores municipais são formais e técnicas, ocorrem *in loco*, na sede do ERS, ou no CGR, mas “*a gente percebe que existe um enfraquecimento*” (GM). Com o pacto, muitos dos sistemas de informações foram modificados, e os técnicos não estão preparados para “*dar este suporte*” (GM) e, nesse caso, os gestores municipais procuram a SES, MS ou COSEMS.

As relações entre os técnicos do ERS e SMS são importantes, em especial pelo conhecimento que eles têm sobre a região. São relações de cooperação, divergentes e conflitantes, sobretudo “*quando nós colocamos a omissão do estado na política*”, e os membros do ERS defendem o estado. Além disso, o gestor afirma que, “*às vezes, o ERS não se percebe enquanto região, mas como estado, e aí dentro disto percebemos que existem discordâncias. Nós fazemos cobrança, principalmente de acesso, de recurso e às vezes são conflitantes*” (GM).

São comportamentos influenciados pela falta de clareza dos papéis das instâncias em relação ao processo de regionalização. No entendimento do gestor, os técnicos do ERS representam “*a interface entre o gestor do nível central com o municipal... e a gente segue a política de saúde conforme eles {SES} colocam (...) principalmente aquilo que chega do Ministério*” (GE), mas, às vezes, as ações propostas não se adequam ao porte dos municípios e às características da região, e ocorrem conflitos, resistências e, nestes casos, a gestora refere ter que “*trabalhar essas adequações para que se chegue a um acordo*” (GE).

Entre os gestores municipais, no geral, as relações são solidárias, cooperativas e também conflitivas. É comum cada um defender a sua realidade, o seu próprio benefício, não havendo preocupações em “*beneficiar a região*” (GM). Segundo o gestor, estas posições ocorrem nas reuniões da CIB estadual e nas do colegiado e, “*dependendo da época em que você está, tem influência das questões partidárias, e se houver recurso no meio, existem sim interesses particulares*” (GE).

Os conflitos estão presentes também devido às transferências irregulares dos recursos financeiros por parte do estado aos municípios, “*a partir do momento que você não tem o repasse fidedigno dos incentivos a relação que mais predomina... é de conflito, de descrédito (...) é uma relação de desconfiança, (...) não pode confiar e dizer: eu assinei um convênio e isso vai sair, não, não tem segurança*” (GM). A insuficiência de recursos financeiros locais e regionais, associada à complexidade e diversidade do modelo de atenção, mantém as desigualdades entre os entes federativos (Viana *et al.*, 2002), geram tensões, desconfiança, intensificam as relações competidoras e predatórias e fragilizam a política regionalizada.

Os conflitos intergovernamentais e as relações de desconfiança foram construídos, “*antes a pactuação, era cumprida, os acordos eram cumpridos, hoje se faz um acordo e você não vê assim... empenho do estado em cumprir esse acordo (...) os prefeitos já não acreditam na administração*” (GM). Além de não cumprir o pactuado, a SES vem “*descuidando do público e privilegiando o privado*” (GM). Estas relações de desconfiança têm resultado em conflitos e comportamentos individualizados, cada um busca resolver apenas os seus problemas municipais de acesso aos serviços.

Embora instituída e contemplada no PES, não se observa que a regionalização da saúde seja prioridade na agenda do gestor estadual e da região. O gestor julga que a regionalização está apenas no papel, “*nós não somos ouvidos, isso tudo está ficando distante da realidade, o paciente necessita de consulta, de exame, de atendimento de urgência e nós temos uma carência imensa na região de tudo aquilo que foi planejado*” (GM), e afirma: “*não se observa modificações no comportamento da gestão estadual*” (GE) para cumprir suas responsabilidades assumidas no Termo de Compromisso de Gestão.

Desprovida de ações coordenadas e de uma rede de atenção que atenda aos diversos interesses do território (Noronha, *et al.*, 2012), os relatos mostram que esta

região está desarticulada. O equilíbrio pode ser obtido, mas requer articulação, coordenação e iniciativas entre os atores de representação técnica e política do estado e região, para planejar a rede regionalizada de atenção à saúde (Viana e Lima, 2011).

A falta de uma rede de atenção estruturada nesta região mantém sérios problemas, que produzem iniquidades, as relações estabelecidas e as deliberações expressam os interesses de cada gestor de forma a atender antes de tudo aos seus objetivos (Abrucio, 2002). São comportamentos que geram fragmentação, descontinuidade do cuidado à saúde, e ameaçam a governança, indicativos que comprometem e alertam para as condições desfavoráveis ao processo de regionalização da saúde nesta região.

As relações entre o gestor público e o privado nesta região são institucionalizadas e formais e ocorrem por meio de convênios estabelecidos entre o estado, o município e o Consórcio Intermunicipal de Saúde com as empresas prestadoras de serviços, com o profissional liberal de saúde e/ou por meio de medidas administrativas demandadas pela regulação. As relações também ocorrem informalmente quando o gestor municipal faz o pagamento pelo serviço prestado direto para o profissional que não aceita atender as demandas do SUS.

As relações entre os gestores e os prestadores por meio do CIS são permeadas por tensão, têm um custo elevado, geram dificuldades financeiras, mas “*tem sido a nossa saída principalmente frente à omissão do estado*” (GM). O CIS, ainda hoje, não conta com estrutura pública para instalar seus serviços, e não há previsão de investimentos públicos para expansão da rede de atenção.

As relações com o setor privado são importantes e significativas, ampliam a oferta imediata dos serviços, geram benefícios, contribuem para a resolução dos problemas na região, complementam a rede de atenção, e o acesso é mais rápido, “*tira de riscos, da viagem para Cuiabá*” (GM). Para o gestor, esta parceria oferece atendimento especializado. Sem o estabelecimento de pacto com outros gestores, dificilmente um gestor municipal conseguiria trazer para a rede pública tal especialidade devido ao custo do serviço, que é elevado.

O gestor privado considera que as relações entre o público e o privado podem contribuir para a vinda de novas especialidades e serviços, fixar profissionais no município e região, desenvolver socioeconomicamente o município e a região, diversificar a oferta e melhorar a complexidade dos serviços oferecidos. Uma das

dificuldades de adesão das empresas ao plano de saúde é a falta de profissionais nos municípios. As existentes estão concentradas em Tangará da Serra, que dista de 120 a 225 km dos demais municípios. No entendimento do gestor público, quanto mais o setor privado diversificar os serviços ofertados mais a região vai se beneficiar “*o privado consegue trazer muito mais profissionais para a região*” (GM).

Por meio das entrevistas, pode-se constatar que as diferentes especialidades concentradas e estruturadas no setor privado permitem ao prestador impor as condições para atender, propor acordos para aumento dos valores da tabela complementar ou tabela específica para atendimento. A tabela SUS é a referência para a contratualização dos serviços, “*a gente sempre paga uma tabela e meia, a duas tabelas (...) é uma tabela de referência, mas a maior parte dos procedimentos eles são co-financiados*” (GM).

Embora os gestores valorizem esta parceria como alternativa da região e com muitos benefícios, pontuam que o negativo é o fato de o setor privado escolher os serviços que vai colocar à disposição do SUS, “*eles {prestadores privado} têm sufocado... vivemos sob ameaça*” (GM), e influenciam para que não ocorram investimentos públicos.

Muitas vezes, não há consenso entre os gestores quanto aos valores propostos pelo prestador privado, e têm ocorrido punições. Um dos prestadores privado suspendeu o atendimento aos partos e as cirurgias (geral e eletiva), e o gestor municipal teve que encaminhar sua demanda para hospitais de outros municípios; outro gestor cita que “*ele {prestador privado} fechou as portas..., nós tivemos que encaminhar para Cuiabá (...) isso prejudicou e até que chega o resultado, o paciente às vezes já foi a óbito*” (GE). Outro exemplo refere-se à contratualização de um serviço especializado. Os especialistas não aceitavam serem contratados pelo CIS, mas quando um terceiro especialista chegou à região e aceitou a tabela, os demais exigiram que também fossem contratados, “*nós estamos à mercê do privado*” (GM), e estes problemas ocorrem “*pela falta de outras opções*” (GM). O gestor afirma que, ou os municípios direcionam tudo para determinado estabelecimento, ou “*corre o risco de não atender ninguém*” (GE).

O negativo é a “*falta de infraestrutura na região, tanto no setor público como no privado (...) cateterismo, tem que ser feito em Cuiabá*” (GP), faltam especialidades médicas no setor público e no privado; e diz: “*a gente vê cada vez mais um número reduzido de pessoas conseguindo executar serviços pela tabela federal do SUS*” (GP).

Este gestor julga que a tabela SUS está defasada e influencia de forma negativa essa relação.

As relações público-privadas são consideradas positivas para o acesso na região, mas ao mesmo tempo que representam facilidades, são também as dificuldades da região. O gestor refere que somente agora percebe que a *“presença deles {prestadores privados}... de uma forma em geral não permitiu ao longo do tempo o crescimento estrutural público”*; julgam que são *“influências negativas com certeza (...) ele {prestador privado} dificulta a inserção do serviço público”* (GM).

Segundo a gestora municipal, manter essa parceria é a alternativa do momento, mas refere que o custo desta parceria parece não ser percebida pelo estado e por gestores de outras regiões, que por vezes citam nas reuniões da CIB e COSEMS, que esta região tem *“resolutividade”* (GM).

Essa *“resolutividade”* somente ocorre porque *“nós compramos esse serviço e muito caro (...) a meu ver esta é a regional que mais gasta com a iniciativa privada, e ela é vista como a mais resolutiva sabia? Só que ninguém sabe o preço que a gente paga por isso”* (GM). Para esta gestora, a *“resolutividade”* resultou em certa acomodação por parte do estado, que não tem investido em obras públicas na região. A participação do setor privado já deveria ter sido substituída, *“existe certo marasmo, por ter o serviço privado, é mais fácil comprar do que propor”* (GE). Este tipo de parceria, aparentemente traz resolutividade, mas fortalece o subsistema privado de saúde (Ocké-Reis e Sophia, 2009). Nesta região, esta parceria tem influenciado o sistema público de saúde na medida em que produz efeitos sobre sua regulação sobre o financiamento público e sobre a incorporação tecnológica, entre outros.

O ente estadual tem participado timidamente do financiamento dos serviços, através dos incentivos da atenção básica e do CIS, e, enquanto os municípios continuarem resolvendo os problemas sozinhos, não buscando alternativas e comprometimento do estado para fortalecer a rede pública da região, o setor privado vai se fortalecer, vai continuar ampliando sua rede, influenciando a demanda da região, impondo suas regras e contribuindo para o enfraquecimento e mau desempenho do setor público. Se não houver planejamento e investimentos para ampliar a capacidade instalada pública, se o governo estadual não coordenar e investir na gestão pública, na

regulação da assistência à saúde, a assistência privada vai continuar influenciando e fortalecendo-se com a forte transferência de recursos públicos (Menicucci, 2007).

Na região, a governabilidade da rede de saúde, conta com vários atores, as parcerias se “*bem negociada e contratualizada*”(GE), podem facilitar para disponibilizar vários serviços na região e contribuir para a integralidade da atenção. No entanto, as fragilidades já apontadas têm invertido os papéis, e o prestador privado tem definido a demanda do setor público, “*o que eles concedem, nós fazemos o que eles não concedem nós não fazemos*” (GM). Observa-se uma estrutura regional fragilizada, desarticulada, sem liderança técnica e política na condução do sistema (Viana, *et al.*, 2008).

As imposições sempre vão acontecer se não houver a ruptura com o poder do gestor privado. Essa situação requer a intermediação do estado, entre os gestores, e entre os diversos atores presentes no território. Mesmo que o público demonstre vontade de romper, a falta de previsão de recursos para investimentos públicos aponta para um cenário, cuja configuração vai perpetuar a tendência a manter o jogo de quem está com o poder nas mãos.

Com este cenário, é difícil para o gestor municipal e regional/estadual, estabelecer parceria que corresponda aos princípios do SUS, além disso, “*o estado influencia o processo de regionalização a favor do setor privado*”. Nesta região, recentemente, a SES manifestou interesse em “*colocar uma OS na região... nós tínhamos uma referência hospitalar privada que até certo ponto, nos atendia muito bem*”(GM). Esta possibilidade que não foi implementada resultou em rompimento parcial de convênio com o prestador privado que alegou querer receber a mesma tabela diferenciada com que o estado remunera as OS.

Neste caso o gestor estadual, além de não levar tal proposta para a deliberação do CGR, fez uma interferência que prejudicou a região “*nós perdemos o contrato com o hospital, regredimos, já tínhamos avançado, brigado por preço, por tabela,... e isso retrocedeu totalmente... e o município sede que é Tangará da Serra, ficou refém até na ginecologia. Então assim a influência foi extremamente negativa nesse sentido (...) o estado foi lá e fez isso*” (GM). Posteriormente, o gestor estadual retrocedeu na sua proposta, mas a região e os municípios ficaram sem o serviço.

Nesta região, o que deveria ser complementar “*atualmente acaba sendo substitutivo né*” (GE), esta parceria “*extrapola todos os limites do suportável, o custo é alto, (...) extrapola o que a nossa constituição colocou, e extrapola, o que o SUS acreditava que seria o limite*” (GM).

Observa-se que a complementação da rede de saúde pública pelo setor privado, nesta região, foi-se institucionalizando e tem resultado em “externalidades negativas”, que, segundo Figueiredo (2012) são as “consequências do processo de produção ou consumo de um bem ou serviço qualquer que causam dano à sociedade de maneira geral”(p.137). Nesse caso entendemos como um dano a demanda reprimida, pelo fato de restringir o acesso aos serviços apenas a uma pequena parcela da população, devido aos valores de tais atendimentos que são custeados pelo gestor público municipal, cujas despesas efetuadas com recursos próprios municipais têm aumentado progressivamente no período de 2002 a 2010 (Mendonça, 2012).

As parcerias estabelecidas com o setor privado no âmbito da região mostram e requerem reorganização, sistematização e revisão das regras de contratualização, é preciso repensar a governança na região. As estruturas foram criadas a partir de uma base institucional pré-existente ainda antes do pacto, com regras e princípios públicos instituídos. No entanto, observa-se que estas foram se perdendo, e nas relações públicas e privadas predominam comportamentos de conflitos e temor, onde as regras estão sendo definidas pelos atores privados. Cada ator defende os seus objetivos e interesses, e as relações de complementaridade não estão submetidas às regras do direito público, mas às do direito privado (Figueiredo, 2012). Nesta região a maneira de conduzir os diferentes objetivos e interesses tem determinado o desenvolvimento do sistema de saúde e não tem efetivado os objetivos do SUS.

São conflitos não coordenados que dificultam o compartilhamento, há uma busca para resolver os problemas, mas por não serem mediados, não constroem competências para a gestão regionalizada e conduzem a busca de alternativas individualizadas de pactuação com serviços de prestadores privados dentro e fora da região. Além disso, as desigualdades econômicas dos municípios fazem com que aqueles, mesmo de pequeno porte populacional, mas de elevado desenvolvimento econômico, façam investimentos públicos e atuem na lógica do municipalismo autárquico, onde cada um procura resolver

as suas dificuldades como uma unidade separada dos demais, não considerando os problemas em termos de região (Abrucio, 2002).

As relações e influências do setor privado na direcionalidade da regionalização fazem parte da conformação do sistema de saúde nesta região *“nós tivemos diferentes gestores no passado que faziam parte dos serviços privados. Então parte desses serviços que até hoje são oferecidos foram amarrados lá atrás”* (GE). Essas parcerias são *“injustas, não correspondem”* (GM) aos objetivos do SUS.

Em um quadro de carência de profissionais e de estrutura pública, o formato institucional da assistência à saúde nesta região foi adquirindo padrões de comportamento do setor privado; ao mesmo tempo, este setor tem se fortalecido como prestador de serviços na região e influenciado o processo decisório. Se não houver intervenções, a política de saúde pública vai seguir com tendências a se modelar aos interesses do setor privado, não desenvolvendo capacidades próprias de regulação e de busca por alternativas (Menicucci, 2007) para fortalecer a rede pública na região.

As parcerias podem e devem acontecer mediante a insuficiência dos serviços públicos, mas estabelecidas sob as regras e princípios públicos e de forma complementar (Lenir, 2010). Nesta região, dificilmente ter-se-á uma administração puramente pública no setor saúde sem o estabelecimento de parcerias com o setor privado, mas a grande questão é o cuidado para que não haja uma inversão, onde, em nome do direito à saúde, o SUS torne-se o complementar.

Nesta região, os conselheiros não estão contemplados para participar do CGR, mas fazem parte do Conselho Fiscal do Consórcio Intermunicipal de Saúde. A relação com os conselheiros municipais ocorre quando as demandas municipais precisam ser aprovadas pelo CGR e exigem resolução da aprovação do Conselho Municipal de Saúde.

***8 Decisão e Intersetorialidade na
Região de Saúde de Tangará da Serra***

8 DECISÃO E INTERSETORIALIDADE NA REGIÃO DE SAÚDE DE TANGARÁ DA SERRA

Nesta região, as decisões tomadas pelos entes federativos e demais atores que compõem o complexo regional ocorrem no CGR. As relações estabelecidas entre os diversos atores da região que fazem parte do sistema de saúde, no geral são formais, distantes, técnicas e administrativas. Geralmente ocorrem através de *e-mail*, portarias e outros documentos oficiais, ou com a participação de membros da região em reuniões que ocorrem na SES ou no COSEMS.

É com estas características relacionais entre os atores da região que as decisões são tomadas entre entes federativos no CGR. É neste espaço que o poder tende a ser compartilhado para a busca de estratégias de intervenções (Figueiredo, 2012), mas também é o local onde se alternam conflitos e cooperações que direcionam a condução da política de saúde regionalizada.

Quando o CGR foi reestruturado, muitos Secretários Municipais de Saúde desta região ocupavam o cargo há pouco tempo e já participavam das reuniões da CIB regional, mas ainda não detinham conhecimentos suficientes sobre o processo de regionalização. Pelo despreparo e troca constante de gestores, as discussões ficavam centradas em alguns, e foi consenso entre eles que, para ampliar a discussão, deveriam ser realizadas reuniões pré-colegiado, para facilitar a interação e instrumentalizá-los para as deliberações.

As reuniões pré-colegiado entre gestores municipais foram adotadas tanto para as reuniões do CGR como da CIB estadual, coordenadas pela equipe do COSEMS no âmbito do estado e pelo seu representante no CGR, com o objetivo de discutir de forma antecipada temas da pauta e, assim, facilitar e pré-consensuar as decisões.

Apenas o representante do COSEMS da região e o diretor do ERS participam da reunião da CIB. Os demais membros do CGR mantêm relação com a CIB/estadual por meio dos documentos da CIB, enviados por *e-mail* para o ERS, ou pelas informações que estão disponíveis no *site* da SES. As relações entre a CIB/estadual e o CGR são distantes e formais.

As relações estabelecidas entre a CIB/estadual com outras instâncias regionais são formais, técnicas e administrativas. Ainda que nem todos os gestores da região possam participar de todas as reuniões e ou eventos realizados pela CIB e COSEMS, julgam que são importantes, interferem no processo de regionalização e afirmam que a maior discussão *“do processo de regionalização acaba acontecendo mais aqui no CGR, porque lá o que acontece mais, é a discussão em nível de portarias (...) a descentralização, a municipalização (...) a discussão maior é aqui em nível de CGR”* (GE).

Para a gestora municipal, *“quem nos mantém informado é o COSEMS..., a CIB em si vira resoluções se você quiser acompanhar tem que estar entrando no site. Então é bem distante”* (GM). A relação do COSEMS com as SMS é forte. O COSEMS se posiciona com frequência, nas reuniões da CIB, a favor dos municípios, e tem buscado criar redes de discussão quanto às questões do Pacto pela Saúde. Tem discutido com os gestores municipais o repasse irregular dos recursos financeiros por parte do estado aos municípios, *“mas ele também fica muito barrado, pelo estado”* (GM), e seu posicionamento muitas vezes tensiona suas relações com o estado.

Os gestores confiam na orientação do COSEMS, julgam *“tecnicamente é muito forte”* e que os debates por ele promovidos têm contribuído para a tomada de decisões dos gestores municipais, mas referem que *“politicamente é muito fraco, não tem poder nenhum, não tem uma força política”* (GM).

As relações do CGR com o COSEMS ocorrem por intermédio do vice-regional do COSEMS. São relações formais, técnicas e representam o canal de comunicação entre o COSEMS e demais gestores da região. Para o gestor, a equipe técnica do COSEMS representa a *“CIES, para os gestores”* (GM), referem sentir-se amparados e capacitados pelo COSEMS e afirma *“na nossa região, nós somos afinados (...) hoje nós fazemos uma conversa frente a frente, o COSEMS é forte neste sentido, sempre nós conseguimos colocar na mesa, sentar e fazer discussões”* (GM).

O gestor reconhece que o COSEMS tem desenvolvido um papel importante na condução da política de saúde, por ser questionador julgam que *“quem mais luta pela região é o COSEMS (...) sabe muito mais que a SES, tem um retrato das regiões, da sua população, das suas necessidades (...) a gente percebe que o COSEMS está muito mais próximo da região, muito mais atuante do que o próprio estado”* (GM).

Os entrevistados reconhecem a importância do COSEMS no processo de regionalização, exemplificam sua atuação na reunião da CIB quando a SES tentou modificar a maneira de transferir os recursos financeiros aos municípios. Os membros e sua equipe técnica se posicionaram contrários em juntar as transferências fundo a fundo dos recursos ambulatoriais e hospitalares, como proposto pelo estado, *“eu nunca vi um COSEMS tão firme e tão forte. Ele é frágil, ele não consegue mudar a linha do estado, mas ele tem conseguido muitas vitórias”* (GM).

Na reunião do CGR, o vice-presidente regional do COSEMS tem um tempo assegurado para informes gerais, oriundos da reunião pré-CGR e CIB. Muitas vezes, o aprendizado destas reuniões fica individualizado, pois o gestor tem dificuldades para repassar tais informações, visto que os temas são complexos e exigem conhecimento para transmissão aos demais.

O CGR, assim como a CIB, são espaços considerados pelos gestores como importantes, as reuniões são instrutivas e geram aprendizado, mas entende-se que o gestor precisa *“se colocar, colocar suas necessidades, o que a região realmente precisa levar para CIB”* (GM). Também refere que, como entes federativos estão em processo de descoberta, *“ainda não somos vistos e respeitados como entes federativos”* (GM). Para que isso aconteça, há necessidade de investir em capacitações para o gestor e equipe, inclusive prepará-los para a gestão regionalizada.

No âmbito da região, embora valorizadas, as pré-reuniões do CGR deixaram de acontecer, e, recentemente, os gestores expressaram a necessidade de retomá-las, justificando que a formalidade das reuniões do CGR não permite que as discussões sejam ampliadas para os problemas locais, *“a gente não consegue ter temas transversais dentro da reunião de colegiado... é informe... muitas resoluções, proposições, e portarias”* (GM), além disso, referem ser uma das alternativas para prepará-los para a gestão. O avanço da regionalização também depende do posicionamento do gestor municipal, do exercício do seu papel de ente federativo, e o CGR é o espaço que cria as condições para as discussões e o aprendizado, oportuniza que o gestor se coloque, facilita o estabelecimento de pactos interfederativos e contribui com o processo de descentralização do SUS.

A coordenadora do CGR reconhece a importância da pré-reunião, justifica que nas reuniões mensais segue o protocolo para cumprir a agenda *“não tem tempo para*

socializar” como os gestores municipais querem, e *“eu no papel de coordenadora acabo falando, não pode demorar, tem a pauta a ser cumprida”* (GE). Essas formalidades podem engessar a gestão e não permitir que a abordagem da discussão flua para os problemas reais, vividos pelos gestores. Interferem na condução da política e não permitem a governabilidade sobre a macropolítica da região. Estudos mostram que, naqueles locais onde *“a implantação dos CGR foi conduzida de forma burocrática e cartorial, sem que tenha havido a necessária disposição para o debate por parte dos gestores”*, houve baixa ou nenhuma repercussão nas práticas institucionais vigentes (Lima *et al.*, 2012).

De acordo com o registro das atas de 2006 a 2011, entre as temáticas abordadas no CGR, as principais estão relacionadas à aprovação dos Termos de Compromisso de Gestão, CIES-capacitações, adesão a programas do Ministério da Saúde; projetos para construir ou continuar recebendo parcelas de recursos financeiros para reformas em andamento; prestações de contas municipais de recursos recebidos; campanhas de vacinação; alteração da PPI e tetos financeiros; informes diversos do COSEMS; portarias ministeriais; informes do estado; criação de novos serviços pelo MS; rede de urgência; rede cegonha; projetos de cirurgias eletivas; qualificação aos programas federais; falta de acesso; necessidades de recursos financeiros; oferta de serviços; demanda reprimida; sistemas de informação; credenciamentos; transferência de profissionais.

As temáticas que mais aparecem nas pautas são as que envolvem os programas federais, informes do Ministério da Saúde, *“prevalecem mais aquelas que o estado precisa da informação, do que resolver o problema da região”* (GE). As temáticas locais estão relacionadas com necessidades de capacitações, dificuldade de acesso à rede, falta de estrutura pública e relação público-privada. O ERS insere mais pauta que os municípios, cumprem as demandadas da SES, que nem sempre é a demanda do município.

As discussões são pontuais e relacionadas com aquilo que é demandado, *“não se tem mais aquela coisa do inovar, do agir pelas próprias idéias, de uma coisa que surgiu da região”* (GM). A diversidade dos temas e a participação dos gestores nas reuniões repercutem de forma positiva, *“nós já avançamos muito no sentido de ter os gestores como realmente atores nesse colegiado. A gente percebe que às vezes os gestores não*

se percebem como gestores, ficam esperando serem demandados pelo ERS, pelo estado. Eu percebo que tem avançado muito, os gestores hoje, demandam muito mais, se contrapõem mais ao estado nas suas necessidades. A gente percebe que está mais politizada, menos a política partidária e mais a política pública” (GM).

A sobrecarga de emissão de Portarias do MS e da SES induzem à política no âmbito da gestão local (Arretche, 2008). Os gestores são atraídos pelos incentivos financeiros, que podem aumentar suas receitas, e deixam de propor projetos e ações específicos para a sua realidade. São adesões que ocorrem sobretudo naqueles de pequeno porte, que é o caso dos municípios desta região.

São temas de consenso nas reuniões do CGR: a dificuldade financeira; o atraso nas transferências financeiras pelo estado, *“a falta de respeito do estado para com os municípios (...) toda reunião nosso foco é falar do financiamento, que não vem repasse, você não pode contar com aquele dinheiro, ele vem a cada oito ou nove meses”* (GM). Este atraso tem afetado significativamente o exercício das competências municipais, que, nesta região, têm implicado em despesas adicionais por parte dos municípios e contribuído para aumentar as iniquidades de acesso aos serviços, devido às diferenças socioeconômicas entre os municípios (Arretche, 2010). Além disso, deixam de priorizar a atenção primária pelos gastos excessivos com a atenção especializada.

A transferência irregular dos recursos aos Fundos Municipais de Saúde por parte da SES tem: influenciado o seu papel de condutora da política estadual de saúde e gerado conflitos nas relações; além disso, tem tensionado as relações entre os municípios e entre o gestor e a população. Neste caso, a população sabendo da existência do consórcio, o pressiona para acesso ao serviço com menor tempo de espera. As pressões forçam os governantes a melhorar seu desempenho administrativo (Abrucio, 2002), como também geram gastos progressivos à gestão municipal, e acesso com iniquidades, pelas condições econômicas de cada município (Queiroz, 2012).

Os conflitos do CGR desgastam as relações e ameaçam a governança no colegiado de gestão, visto que *“cada um defende o seu... e isso acaba com tudo, com qualquer relacionamento”* (GM) e com a política regionalizada.

O gestor não se sente motivado a participar das reuniões, refere não ter que cumprir com esta obrigação já que o estado não tem cumprido seu papel, e afirma: *“ninguém quer ir mais às reuniões, reunião... reunião e você não concretiza nada, não*

sai com planejamento executável, não adianta fazer plano para nós executarmos (...) eu não quero saber de ouvir o estado, o estado não cumpre a parte dele, perdeu a moral” (GM). Além do estado não estar transferindo mensalmente os recursos para os municípios, a série histórica de 2002 a 2010 mostra que também não está cumprindo o percentual preconizado pela EC29, exceto no ano de 2010, que atingiu 12,28% (Mendonça, 2012).

Essas irregularidades geram descredibilidade dos gestores em relação à regionalização, dificultam a gestão e as relações. O gestor afirma: *“eu não quero mais saber de alto custo eu quero que o estado pegue tudo, ele que monte o processo, e ele que entregue o medicamento”* (GM). São posicionamentos incongruentes com as responsabilidades assumidas pelo gestor municipal, mas expressam o conflito nas relações.

Embora os governos locais sejam os executores da política, a responsabilidade para viabilizá-la é compartilhada com o estado, que, neste caso, não tem cumprido com a sua parte, no financiamento, na cooperação, na coordenação e na regulação do sistema. No SUS, a função pública não é exclusiva de um dos entes, implica em responsabilidades compartilhadas e requer cooperação e integração para garantir e efetivar o direito à saúde (Dourado e Elias, 2011).

Houve situações em que o processo decisório do CGR não foi consenso, como a proposta de aumento dos valores da tabela complementar de apoio diagnóstico. Um dos gestores não concordou e sofreu ameaças do prestador durante a reunião. Ainda assim, a complementação solicitada foi aprovada e justificada pelos gestores: *“nós tínhamos que negociar, porque ele {prestador} ia prejudicar a região, e que meu município estava prejudicando a região”* (GM). O gestor que não concordou procurou alternativas fora da região, *“ele [o prestador] nos ameaçou e falou que se meu município não deixasse o que era de SUS lá, ele simplesmente fecharia as portas para as minhas urgências e realmente eles fecharam,”* (GM). O acesso a esse estabelecimento foi negado até para os exames pactuados via consórcio.

No entendimento da gestora, este tipo de prestador deveria ser *“descredenciado, ele ameaçou, a pressão dele foi essa, se você não pactuar, nós não vamos fazer para vocês nem particular”* (GM). Os demais gestores justificaram que a proposta foi aceita, pois sentiram temor diante da expressão *“fechar as portas”*. O consenso e o dissenso

nestes espaços considerados democráticos são possibilidades que podem ocorrer naturalmente, visto que envolvem relações, concepções e interesses de diferentes entes federativos. A aceitação das diferenças deve ser o princípio básico da gestão, e o consenso ou o dissenso não devem ser pautados pelo temor da coerção (Dourado e Elias, 2011).

As ameaças e os consensos demonstram que “os consensos dos CGR podem se transformar numa forma velada (ou não) de concentração de autoridade” (Dourado e Elias, 2011). O poder estava com o prestador de serviços, detentor da oferta na região, e os municípios, por não disporem de capacidade instalada, nem mesmo outra opção de oferta, indiretamente também foram ameaçados e não se sentiram seguros para divergir, cederam, pelo temor do rompimento da oferta dos serviços para o seu município.

Estes impasses mostram que o CGR não está desempenhando seu papel, que as deliberações não estão sendo motivadas para resolver os problemas da região, “*cada um resolve o seu problema (...) não trabalha para a região*” (GM). Embora os gestores tenham argumentado que a defesa era em prol da região, observa-se que os interesses divergem, e não se verificam iniciativas no sentido de constituir a rede de atenção regionalizada e ampliar o acesso, mas comportamentos de defesa do seu próprio governo, utilizando para isso sua autoridade política e soberana de ente federativo. São situações que mostram a necessidade da coordenação federativa (Abrucio, 2005) para avançar na descentralização.

O caso retro citado expõe a fragilidade do processo, a governança foi ameaçada pela preponderância do gestor do setor privado sobre o público e levou um colegiado deliberativo a julgar que a ameaça está com o gestor público. São situações que evidenciam a pouca ou nenhuma atuação regulatória do estado sobre o privado para a complementaridade do sistema. Além disso, mostra a necessidade de construir processos de articulação e de mediação de conflitos, de atuação dos atores para a construção de agendas permanentes de compartilhamento de percepções e ajustes de interesses, e, assim, facilitar a construção de competências (Fleury, 2010) para o desenvolvimento do sistema de saúde nesta região.

A situação relatada gerou desgastes, conflitos, que interferem nas relações entre os gestores e “subverte a própria concepção desses colegiados” (Dourado e Elias, 2011), fragilizam a região, que, diante de tais situações, cada gestor começa a buscar

alternativas individualizadas, pactuar e procurar serviços fora da região. Geram situações constrangedoras, sentimentos que desmotivam o gestor, *“eu falei, a região não precisa do meu município, a PPI é viva, é livre... eu não sou obrigada a pactuar com Tangará”* (GM), e pactuou os serviços com o gestor de Cuiabá e afirma que, antes *“gastava 178 mil a mais”* (GM). No seu entendimento, nessa situação quem tinha que receber as represálias era o prestador.

A regionalização não se limita a cada um definir a sua parte. É necessário desenvolver capacidades administrativas, mobilizar recursos financeiros, ter clareza do peso e da necessidade de cooperação entre os entes federativos, para que a descentralização ajude a melhorar o desempenho da gestão pública (Abrucio, 2002).

Essas situações denotam que o processo de regionalização precisa ser coordenado e ter liderança técnica e política na região. Os colegiados são espaços de consenso e dissenso, mas a autonomia entre os entes federativos deve ser respeitada, para que os consensos possam ser verdadeiramente construídos, respeitados e pautados pelos objetivos da política (Dourado e Elias, 2011) e pelas especificidades da região.

Em fevereiro de 2012, a CIB/MT, por meio da Resolução nº 09, instituiu o Grupo Condutor Estadual da Rede Cegonha no âmbito do SUS/MT e, em 15 de março de 2012, a resolução CIB/MT nº 056 definiu as propostas metodológicas para operacionalizar tal rede no estado. Quando a SES encaminhou a documentação para organizar a rede cegonha e a rede de urgência na região, gerou impasse no CGR, os gestores *“disseram que não iam aderir... e ninguém aderiu”* (GE). Criticaram e não aceitaram montar a rede, respondendo o questionário enviado pela SES. Alegaram que a região não dispõe de estrutura para atendimento da urgência/emergência, exceto a Unidade Mista, que não tem centro cirúrgico, e que, de fato, precisa de uma rede de urgência/emergência, visto que os reguladores encontram dificuldades, *“o tempo todo, é médico implorando porque você não tem uma tomografia, não tem acesso a uma ressonância, você não tem nada fácil. Então que rede de urgência existe”* (GM).

Para os gestores, as responsabilidades assumidas com o que está em funcionamento não estão sendo cumpridas e, neste caso, não havia clareza quanto à contrapartida financeira. Apesar de o Ministério da Saúde ser o responsável pela coordenação e pelo financiamento intergovernamental das ações descentralizadas, os governos subnacionais têm autonomia e não são obrigados a aderir a estes programas

federais (Arretche, 2003). O plano da rede de urgência/emergência foi elaborado apenas pelos técnicos do ERS e ainda hoje não funciona.

Implantar uma rede dessa complexidade requer investimentos de ambas as partes, sua conformação não se resume apenas ao preenchimento de um documento de forma isolada, ao somatório do que cada um responde individualmente, mas requer negociações e, sobretudo, planejamento e recursos físico, humanos e financeiros para sua instalação.

Quando o SAMU foi implantado e a regulação regional da urgência/emergência, recentralizada houve conflitos nas relações entre os gestores municipais e entre reguladores da região e o estado. Estas temáticas foram discutidas no CGR, e os gestores deliberaram que a regulação da urgência/emergência e a central do SAMU seriam competências da central regional de regulação, mas a SES desconsiderou a decisão do colegiado e centralizou estes serviços: *“nós fomos vencidos, não adiantou falar”* (GM).

O maior problema da região *“é não ser ouvido”* (GM). O gestor reitera que a regionalização não é prioridade, *“as discussões são impostas pelas necessidades... e a gente acaba discutindo a regionalização no meio de outras necessidades, porque não a tem como prioridade”* (GM) e afirma, *“o que se percebeu de 2006 a 2012 é que em vez de melhoria, nós estamos caminhando para trás (...) eu senti certo abandono por parte do estado, não só na nossa região”* (GM).

Essas, entre outras discussões e conflitos, ocorrem no CGR, e ainda que contribuam para esclarecer os gestores quanto à gestão, não contribuem para a descentralização. A influência do CGR na formulação e implementação da macropolítica regionalizada é incipiente, o CGR *“ainda não demanda, eu penso que a regionalização, não tem como acontecer de forma efetiva, se não vier demandada pela região (...) estamos levando, mas não estamos conseguindo ser ouvido pelo estado”* (GM). A falta de legitimidade do CGR por parte da SES compromete a sustentabilidade e a direcionalidade do processo de regionalização.

Para a gestora, a dinâmica das reuniões do CGR tem que mudar *“o papel do CGR está muito em passar proposições e resoluções para a CIB”* (GM) e afirma que há necessidade de *“alguma coisa a mais na organização do ERS com relação ao CGR (...) alguém que tome a frente para discutir os problemas da UTI, da falta de leitos”* (GE),

alguém que discuta os problemas que a região vive, que esteja *“organizando (...) uma liderança”* (GE). É preciso capacitar, informar, há *“muito desconhecimento, a maioria dos municípios vem e nem fala na reunião. Tem que mudar a dinâmica realmente”* (GE).

Observa-se, pelas atas das reuniões do CGR, que estas ampliaram o debate. A diversidade dos temas discutidos demonstra que, ainda que induzidas pelo Ministério da Saúde, as discussões apresentam preocupações em ampliar o acesso aos serviços públicos, e dispor no âmbito da região de uma política igualitária. Os registros também sugerem que o CGR tornou-se de fato um espaço importante de negociação, de conflitos e decisões na perspectiva do estabelecimento de parcerias compartilhadas. Os conflitos estão presentes nas negociações, mas ainda assim as deliberações são cooperativas.

Ainda que não declarada, há uma crise no funcionamento deste CGR e tem gerado incredulidade por parte do gestor, a julgar que poderia ser mais efetivo se o cargo de presidente não fosse ocupado pelo diretor do ERS, *“é estado, então não consigo ver condução para a regionalização (...) sempre vai defender a posição da SES”* (GM) e afirma, na resolução dos problemas na região *“nesse momento (...) é o consorcio que faz o papel mais central”* (GM).

De forma limitada, o CGR tem contribuído com a regionalização, seu funcionamento é facilitado pelo fato de os gestores viverem praticamente os mesmos problemas, e julgam que facilitaria ainda mais se a SES de fato ouvisse a região; se resolvesse os problemas da falta de acesso, se houvesse cooperação técnica e solidariedade entre gestores que fazem parte do colegiado. O CGR deveria ser um espaço de gestão e busca de encaminhamentos compartilhados para a solução dos problemas coletivos da região, mas tem se transformado num campo de tensões e disputas, e um dos gestores refere que *“quando meu município precisou de todos, tá aqui até hoje, um município foi junto”* (GM).

No entendimento do gestor, os conflitos estão relacionados à falta de apoio do estado, que não contribui com *“coisas que a gente gostaria que viesse para a região... a gente não consegue este apoio através da SES, e geram conflitos”* (GE), isso desmotiva o gestor, são relações *“conflitivas, sempre”*, e predominam tanto na CIB/estadual, como no CGR e enfraquecem a regionalização.

A CIES regional, é uma instância de deliberação e decisão da política de educação permanente na região, mantém relação formal com a CIB/estadual, que ocorre através de documentos, e entre os membros da CIES estadual e regional a cada seis meses, nas reuniões de discussão do PAREPS, ou por meio das atas, ofícios e outros documentos encaminhados por *e-mails* ou malote do ERS. Os membros do CGR se relacionam com as instituições da região que têm representantes na CIES regional.

As relações entre os membros do CGR e membros do CIES são técnicas e voltadas para os interesses das políticas públicas de saúde. Os secretários julgam que, nestas relações, não há influência política, são “*distantes*” (GM), e o elo maior ocorre entre o gestor e o representante do seu município para repasse das informações. Os problemas afluem devido à troca constante de membros da CIES. Além disso, há conflitos entre os membros da CIES, por divergências de interesses sobre a gestão “*quem está na CIES são os nossos técnicos e eles têm uma visão diferente do gestor em relação à política, (...)tem uma visão restrita, querem que aquelas ações sejam feitas na sua área*” (GM).

O CIS, que também se constitui em instância de decisões colegiadas na região, não é integrado ao CGR, “*o CGR não interfere no consórcio, e o consórcio não interfere no colegiado, apenas trocam informações*” (GM). O secretário executivo não é membro e não participa das reuniões do CGR. O diretor do ERS também não participa das reuniões do Conselho Diretor e do Conselho Intermunicipal de Secretários de Saúde do consórcio.

As relações entre o CGR e os atores do consórcio são formais e ocorrem por meio de relatórios e outros documentos, são técnicas e políticas. A CIB não mantém relação direta com o Consórcio Intermunicipal de Saúde. Quando ocorrem deliberações que se referem ao consórcio ou ao Sistema de Regulação, a SES ou o ERS enviam-lhes as respectivas resoluções.

A participação da SES na condução e decisões do consórcio deixou de ocorrer nesta região. As relações da SES têm se limitado à transferência da contrapartida financeira diretamente para a conta dos municípios consorciados. As relações e participação da SES têm sido mais próximas do consórcio quando a responsabilidade pelo hospital regional é do estado (Viana *et al.*, 2010a). Nesta região não há hospital regional, e as relações entre a SES e o consórcio são distantes.

Os consórcios, considerados instâncias com práticas inovadoras na gestão do SUS (Lima, 2000), compartilham entre os municípios regra, que disciplinam o seu funcionamento, e é papel dos gestores conduzir para pactuar agendas que correspondam às necessidades da região. No entanto, nesta região, as mudanças da SES na condução do CIS resultaram em perdas, a agenda e o consenso passaram a ser o custo do procedimento, a autorização da contratação do serviço, a prestação de contas, entre outros temas associados.

As temáticas mais frequentes nas reuniões do CIS são: relacionadas à contratação de novos especialistas; reajuste de tabela de valores de procedimentos, consultas e exames; prestações financeiras ao tribunal de contas; remanejamento de dotações; situação financeira do consórcio; inadimplência no repasse dos recursos por parte do estado e de municípios; equipe do consórcio; chamamento público e desvinculação de profissionais; estatuto.

O CIS é valorizado pelo gestor, mas ele *“não é regionalizado, não tem cunho regional, tem o cunho de resolver nosso problema de consulta... a preocupação é intermediar para que o médico atenda, entende?”* (GM). Esse posicionamento do gestor mostra o distanciamento da sua condução com a política regionalizada.

As relações entre os membros do consórcio também foram alteradas, as reuniões do Conselho Intermunicipal de Secretários de Saúde já não ocorrem no mesmo dia da reunião do Conselho Diretor de Prefeitos, e os gestores julgam que as questões técnicas foram deixadas de lado. As relações entre os membros do Conselho Diretor, Conselho Intermunicipal de Saúde e ERS são percebidas pelo gestor como *“um relacionamento político deles”* (GM). Além disso, assentam que *“tem um pouco do privado influenciando nisso”* (GE).

A ausência dos Secretários Municipais de Saúde e da equipe do ERS nas reuniões do Conselho Diretor foi retirando da pauta a dimensão técnica do processo, gerou fragilidades, perdeu o foco, e o consórcio já não se constitui num equipamento da regionalização. Deixa de ser o ator estratégico de fortalecimento da regionalização e passa a ser o intermediador da compra e venda de serviços para os gestores. Neste caso contribui para a fragmentação e ineficiência do sistema público (Solla e Paim, 2014).

O atraso nas transferências financeiras do estado ao PACIS gerou mais inadimplência por parte dos municípios, por não conseguirem manter o custo total para

efetuar o pagamento em dia aos prestadores, “*o recurso de 2011 chegou agora no mês de julho de 2012*” (GM). Agravam o quadro as cotas excedentes, solicitadas para resolver os problemas por não se conseguir acesso à rede pública. Embora expresse “*a gente tem um custo muito alto*” (GM), observa-se que o gestor municipal está mobilizado para esta parceria e compartilha com a direcionalidade da política, que segue com a participação do setor privado motivada pela demanda ao serviço. O que define a direcionalidade para o gestor é o grau de necessidade para resolver o seu problema de acesso, que, nesta região, ocorre com a ampliação do mercado e do financiamento público na prestação de serviços com retração do papel do estado à semelhança do que apontam Albuquerque *et al* (2011).

Verifica-se, pelos relatos, que o comportamento entre os entes federativos não tem sido pautado pela solidariedade e gestão compartilhada e tem influenciado o desenvolvimento do papel e a deliberação das instâncias colegiadas quanto à política regionalizada. Diante das dificuldades em pauta, cada ente federativo se posiciona em defesa do seu governo, ao mesmo tempo em que a SES/ERS deixa de desempenhar o seu papel de coordenadora intergovernamental e contribui para gerar nestes espaços comportamentos do federalismo predatório (Abrucio, 2002). Essas questões, entre outras, interferem de forma negativa no processo de descentralização regionalizada.

Os problemas de acesso apontados pelos gestores reiteram os relatos de que a regionalização não é prioridade da SES, cuja relação os municípios, nos últimos anos, é “*de divergência mesmo, o estado joga para o município, o município não tem condições, e..., volta tudo lá no recurso*” (GM). Para o gestor, “*a região está meio isolada*” (GM), além disso, “*a região não tem laços tão fortes, e essa discussão em nível de região é um conflito, há ausência de investimento na região como um todo, (...) então existe sim, abandono do estado, em relação à nossa região*” (GE).

Nesta região, as relações foram alteradas, a capacidade de planejamento é baixa, a gestão e a regulação por parte do setor público são frágeis e têm repercutido na governança da região, “*os secretários de saúde estão desmotivados, porque eles estão bancando a saúde, praticamente sozinhos*” (GE). Os pactos deixaram de acontecer, pactua-se apenas a PPI e o SISPACTO e outros que envolvem apenas indicadores. A situação financeira dos municípios está comprometida e se agrava com as demandas de

liminares judiciais, “os municípios, acabam gastando o recurso que têm e deixam de investir na atenção básica” (GE).

Estes, associados a outros problemas de acesso na região, sobretudo pela falta de estrutura pública, interferem na direcionalidade, e o gestor reitera “a regionalização foi se perdendo, não sei mais se a gente pode dizer se existimos enquanto região. Nós não somos parceiros uns dos outros, um não ajuda o outro. E se você precisa de alguma coisa é só pagando, porque nós também estamos indo pelo privado. A gente tem um custo muito alto para manter a média e alta complexidade e ambulatório” (GM), e ainda refere “não consigo ver prioridade para a regionalização (...) o que nós colhemos até 2008 e 2009 era do plano de 2002, que foi do Plano Estadual de Saúde” (GM).

9 Considerações Finais

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de regionalização no estado e na região em estudo tem uma trajetória que se iniciou na década de 1990. A experiência acumulada na governança compartilhada, com processo decisório deliberado nas instâncias colegiadas, contribuiu para que os gestores assinassem o Termo de Compromisso de Gestão. Quando o pacto foi implantado nesta região, já estavam instituídos o PDR e o PDI; o PPA do Governo do Estado e o PES também contemplavam ações de fortalecimento da regionalização da saúde.

Na vigência do Pacto pela Saúde, esta região avançou naturalmente, influenciada pelo desenvolvimento socioeconômico dos municípios, que melhorou o IDH, aumentou o PIB, ampliou o agronegócio; atraiu imigrantes e novos profissionais, ampliou a rede privada de atenção, entre outros avanços. Os municípios ampliaram a alocação dos recursos para o setor saúde, aplicando acima do mínimo recomendado pela EC29.

O Complexo Regional do sistema público de saúde da região conta com estabelecimentos públicos e privados. A rede de atenção primária de algumas Secretarias Municipais de Saúde foi beneficiada com projetos de reforma ou construção, financiados em parceria com o MS. A SES manteve os incentivos para a atenção primária, que, em parte, contribuíram para sua implementação, mas a cobertura do PSF na região continua baixa, e a assistência à saúde de média e alta complexidade é incipiente em todos os municípios.

A rede de atenção à saúde na região continua fragmentada, os sistemas municipais atomizados e sem condições para assegurar a integralidade da atenção. Parte da demanda tem acesso através do consórcio e outra parte por meio da central de regulação, cujos serviços estão concentrados na capital, podendo levar meses para a obtenção de atendimento. A demanda reprimida é diretamente influenciada pela insuficiência da capacidade instalada do município, da região e da rede estadual de referência. O Hospital Municipal de Barra do Bugres, embora detenha a maioria das internações na região, não é reconhecido pelos gestores como um hospital regional, apenas como um hospital de referência na região. A SES não tem transferido de forma

regular os recursos do convênio estabelecido com este hospital, e dificulta para que este cumpra seu papel de referência regional, gerando conflitos entre os entes federativos.

Na vigência do Pacto pela Saúde, o Complexo Regional não contou com a construção de unidades regionalizadas, e a assistência à saúde de média e alta complexidade não dispõe de estrutura pública, o acesso é viabilizado com a contratualização ou convênio estabelecido com o setor privado. Hospitais, leitos de UTI, laboratórios de imagem e apoio diagnóstico, serviços de biópsia, hemodiálise, cirurgias especializadas e especialidades ambulatoriais estão centrados na rede privada. Os leitos de UTI são públicos, mas instalados no hospital privado, são insuficientes e regulados pela Central Estadual, fora da governabilidade da região, que não tem acesso à sua operacionalização.

No geral, houve expansão da oferta de serviços da rede de atenção do SUS na região, mas em decorrência da parceria com o setor privado. As estratégias de estabelecer convênio com o setor privado da região não foram suficientes para resolver os problemas de acesso, que associados à ausência de investimentos públicos, têm fortalecido a participação do setor privado na rede pública de saúde. O setor público tem canalizado parte dos seus recursos para o privado, e enfraquecido os investimentos na estruturação da sua rede própria de atenção pública.

A interface público-privada está presente nesta região. A relação é de dependência mútua, o setor público busca suficiência na rede privada, assim como a Unimed busca suficiência de acesso aos seus beneficiários em hospitais públicos de municípios que não têm hospital privado. A Unimed mantém convênio com dois hospitais públicos nesta região. Além disso, a maioria dos leitos privados está na rede SUS. Os leitos da região, públicos e privados, são insuficientes para as necessidades da população, conforme parâmetros do MS, e desiguais na distribuição por município.

A insuficiência e a escassez de serviços diversificados, associadas às dificuldades de acesso da população à rede pública, podem explicar a cobertura de saúde suplementar na região. Em sua maioria, são planos empresariais e, por não oferecerem cobertura total aos serviços, não é incomum que o setor público custeie parte destes, em especial os especializados e de apoio diagnóstico. Tal complementação ocorre para os beneficiários dos planos de saúde e da associação Univida. Essas alternativas também

canalizam recursos financeiros do setor público para o sistema privado e geram iniquidades no acesso.

O planejamento não é uma cultura institucionalizada nesta região, e, embora a elaboração de alguns de seus instrumentos seja uma exigência, o PDR e o PDI vigentes foram atualizados em 2005, com base no que foi elaborado em 2001. Isto repercutiu na condução da Política Estadual de Saúde, já que tais planos não se constituíram em instrumentos de direcionamento, intervenção e monitoramento das necessidades da população, tanto no estado como na região. Não se constituíram também em instrumento integrador do fluxo intermunicipal e inter-regional, com potencial para aumentar as iniquidades regionais, visto que podem propiciar o atendimento de demandas políticas e favorecer determinadas regiões em detrimento de outras, já que não formalizam as necessidades de saúde da população.

O teto financeiro da PPI continua defasado, não corresponde à produtividade dos municípios. Somam-se a isso as glosas frequentes pelo sistema, que geram perda de recursos, já escassos aos municípios. Estas questões implicaram de forma negativa na operacionalização técnica e financeira da gestão e regulação do sistema, comprometeram a descentralização e sua adequação às especificidades da região. Ainda assim, as mudanças financeiras instituídas com o pacto trouxeram benefícios, entre eles, a transferência de recursos ao Fundo Municipal de Saúde, que não eram gerenciados pelo município.

A descontinuidade administrativa na SES, associada ao perfil dos gestores estaduais e às interferências político partidárias, influenciaram sua gestão e interferiram inclusive no quantitativo financeiro recomendado pela EC-29, já que, no período de 2002 a 2010, apenas em 2010 o estado aplicou os percentuais mínimos recomendados. Tais fatores também influenciaram o planejamento e a condução da política de regionalização, comprometeram o processo de descentralização e não fortaleceram a gestão municipal e regional. Consequentemente, a regionalização não avançou.

No âmbito da gestão municipal, os gestores têm assumido gradativamente um conjunto de novas responsabilidades na contratualização de serviços, na pactuação dos indicadores, entre outras. A autonomia dos gestores aumentou, mas, de certa forma, eles ainda sofrem imposições do governo federal para acessar os recursos financeiros que permitem incrementar a receita municipal, sem muitas preocupações com as prioridades

e especificidades do seu município. O recurso de Compensação das Especificidades Regionais não cobre as necessidades desta região, em que apenas dois municípios foram contemplados.

Os municípios, em sua maioria, são de pequeno porte e não contam com profissionais preparados e ou com formação para a coordenação e gestão, seja pela indisponibilidade de tais profissionais no município ou pelo custo contratual. Dessa forma, a gestão municipal depende da cooperação técnica da SES/ERS para o desenvolvimento técnico-gerencial da SMS. A falta de preparo do gestor municipal é significativa, muitos são indicações das lideranças partidárias, sem a formação e o preparo que o cargo exige o que interfere na descentralização e regionalização. O COSEMS tem instrumentalizado os gestores para a tomada de decisões.

O ERS, condutor do processo na região, está bem estruturado administrativamente. Na vigência do pacto, o cargo de diretor foi ocupado por profissionais do quadro de carreira da SES. Tais fatos poderiam ter facilitado o processo de regionalização, mas essa instância desempenhou parcialmente seu papel na coordenação e condução da política regionalizada, teve suas funções enfraquecidas, em relação ao planejamento, à cooperação técnica e à regulação do sistema e da assistência à saúde na região. O ERS não realiza cooperação técnica aos municípios desde 2010, por corte nos recursos financeiros pela SES. Suas relações com os gestores municipais, embora cooperativas, são também conflituosas e estão se tornando distantes, razão pela qual algumas atividades municipais já estão sendo realizadas diretamente com a SES e o MS.

A criação do CGR foi positiva e contribuiu para retomar a gestão colegiada na região, mas a governabilidade sobre a macropolítica é parcial. Constituiu-se muito mais num espaço de comunicação e acesso a informações do cotidiano das práticas de gestão do que de pactuações e planejamento. Embora seja um espaço de decisão colegiada, o CGR ainda tem características do somatório das partes. Por falta de clareza, muitos gestores se posicionam na defesa da instituição que representam e têm pouco empenho na defesa daquilo que deve ser compartilhado. Se os papéis não estão claros, dificilmente as responsabilidades serão cumpridas, porque tais gestores não se reconhecem como parte do todo, o que gera divergências e conflitos na governança da política regionalizada.

A criação da CIES foi um avanço e tem mostrado a importância da sua institucionalidade para viabilizar a educação permanente na região, considerando as necessidades dos profissionais. O recurso financeiro depositado na conta de um dos municípios para atender as necessidades da região ainda é um problema, e indica necessidade de encontrar alternativas quanto a sua execução.

A manutenção do Consórcio Intermunicipal de Saúde na região foi positiva, facilitou o acesso aos serviços, que estão concentrados no setor privado, e melhorou a resolutividade na região. No entanto, o CIS já não se constitui em equipamento da regionalização, as mudanças na sua condução por parte da SES tornaram suas relações distantes, ele deixou de fazer parte do planejamento da SES; não está envolvido nas atividades técnico-operacionais do ERS; não frequenta as reuniões do CGR; não foi implementado; não avançou na proposta de fortalecimento da região; não conseguiu mobilizar e integrar suas atividades ao processo de regionalização; continuou sem estrutura pública, perdeu o foco e a direcionalidade para a regionalização. O CIS continua atendendo aos municípios da região, negociando com o prestador em nome da região, mas serve aos interesses individuais de cada município e tornou-se um intermediador para a compra de serviços para as Secretarias Municipais de Saúde.

O Consórcio fortaleceu e consolidou o mix público-privado na rede de atenção do SUS nesta região. Os problemas dessa parceria têm gerado conflitos, coerção, temor e desgaste nas relações, e têm influenciado de forma negativa a direcionalidade do processo de regionalização. A influência do setor privado não permitiu que a região fosse coordenada pelo setor público e planejada conforme as necessidades da população, mas pautada pela oferta dos serviços.

O estudo demonstra que a condução está permeada por problemas e que o cenário é desfavorável para a regionalização. A fragilidade institucional na condução da política regionalizada teve influência no planejamento, na gestão dos serviços e enfraqueceu a regulação da política de saúde, contribuindo para que não fossem alcançados os resultados do processo de regionalização propostos e pactuados. A região está sem direcionamento e sem condução para a gestão regionalizada. A falta de direcionamento, planejamento e de pactuações de metas para a região tem repercutido na falta de empenho, participação e motivação do gestor, e resulta em lutas individuais, limitadas à gestão municipal e que geram desigualdades.

A SES manteve e criou incentivos financeiros para a atenção básica e para o CIS, mas não cumpriu com suas obrigações nas transferências regulares dos incentivos financeiros, distanciou-se da liderança da condução, não contribuiu para atualizar os instrumentos de planejamento e programação intergovernamentais, perdeu credibilidade, recentralizou a regulação da assistência, desmobilizou a região e reforçou a municipalização autárquica. Estas questões impactaram de forma negativa, interferindo na condução da política municipal e do CIS e aprofundando as desigualdades na região em estudo, que é formada em sua maioria por municípios de pequeno porte populacional, com forte dependência das transferências federal e estadual.

A falta de clareza por parte dos gestores, quanto aos papéis dos entes federativos e quanto à importância dos instrumentos de planejamento para direcionar a implementação da política na região, contribuiu para que eles não questionassem e nem exigissem a sua atualização e influenciou para que não fossem mobilizadas as lideranças no sentido da descentralização e regionalização. Resultaram em fragmentação e descontinuidade do cuidado à saúde, alerta para o comprometimento e as repercussões desfavoráveis para o processo da regionalização da saúde nesta região.

As instâncias de decisão colegiada estão enfraquecidas, as relações são conflitivas, por vezes a governança é ameaçada e influenciada pelo setor privado e mostra a pouca ou nenhuma atuação regulatória do estado sobre o privado para a complementaridade do sistema. Entre os gestores municipais, as relações são solidárias, mas tensionam e se tornam conflitivas, sobretudo quando se referem aos problemas de acesso na região. É preciso que se criem neste espaço as condições para a articulação e mediação de conflitos, que se construa agenda permanente de compartilhamento e ajustes de interesses comuns, que se facilite a construção de competências para a gestão compartilhada e regionalizada.

O funcionamento do CIS mostra sinais de enfraquecimento. Traz contribuições, mas também problemas, na medida em que a rede privada não aceita convênio público e tabela SUS, já que consegue tabela diferenciada, via consórcio. Sua existência contribuiu para que não houvesse investimentos públicos na região, pois, de certa forma, ele tem resolvido os problemas na região sem gerar “incômodos” à SES.

O ERS precisa ter autonomia financeira, fortalecer os poderes para exercer seu papel de liderança e coordenação na região, renovar a maneira de conduzir, estimular a participação dos gestores, realizar a cooperação técnica e capacitar sua equipe. Precisa ser valorizado pela SES, que deve desenvolver competências para capacitá-lo para planejar, regular, auditar, realizar o controle, avaliação e monitoramento das ações. Esses poderes precisam emergir, o que implica em alterar a forma de conduzir a política, em redistribuir poderes entre as instâncias municipal, regional e estadual.

A região já tem poderes, mas está sem condução, precisa ser conhecida e reconhecida pelos atores institucionais e não institucionais que fazem parte deste complexo regional. É preciso reconhecer que esta região tem uma história, é dinâmica, tem especificidades econômicas e sociais, que pode se desenvolver e ser autônoma, mas precisa liderança técnica para articular e fortalecer os laços com as lideranças políticas da região, para assegurar recursos no orçamento do governo de estado para suprir as lacunas de sua rede regionalizada de atenção pública. Internamente, os gestores precisam ter clareza do todo, é preciso organizar-se, entender como a rede e a região está constituída, o que disponibiliza, quais as suas potencialidades e dificuldades, quais as suas demandas e ofertas, enfim quem usa e porque usa esta região.

O processo de regionalização não avançou, e não se pode afirmar que houve descentralização das ações, e, sim, uma delegação de responsabilidades do estado para os municípios, vez que muitas ações foram transferidas para a execução local, sem o devido recurso financeiro, sem a cooperação técnica, sem a estrutura física, sem profissionais e equipes preparadas para as funções, e contribuiu para a desestruturação dos serviços, com perda de qualidade, que aumentaram as demandas regionais e os custos para a gestão municipal. Além disso, não se observa, por parte da SES/ERS, na vigência do pacto, exceto no momento de sua implantação, atividades para promover discussões coletivas para enfrentamento dos problemas regionais. A SES, como condutora do processo, exerce influência que pode facilitar ou dificultar a regionalização da saúde.

É preciso retomar a condução da regionalização, dar direcionalidade à sua implementação, para que possa ter os resultados esperados e assumidos no Termo de Compromisso de Gestão. Os fatos aqui apontados aumentaram a vulnerabilidade do sistema e não contribuíram para a descentralização, influenciaram as capacidades

técnico-operacionais da SES/ERS e resultaram em perdas de conquistas consolidadas no processo de regionalização do período anterior ao pacto. Sem o apoio da SES, o processo de regionalização fica comprometido e não avança.

Observa-se que a gestão da política regionalizada no espaço desta região está permeada por problemas, a agenda de intervenções é complexa e envolve os diversos atores institucionais. Sua condução requer iniciativas interfederativas para se fortalecer e promover o acesso aos serviços qualificados; a governança está tensionada pela insuficiência da rede pública e constitui-se em desafios para institucionalizar uma rede regionalizada e integrada da saúde que respeite as diversidades municipais e reduza a segmentação do sistema na região. A lógica da rede de serviços é organizada a partir da oferta de serviços, em especial do setor privado, e requer investimentos para o fortalecimento da rede pública e ter o setor privado apenas como complementar. É necessário fortalecer a gestão compartilhada e solidária, desenvolver uma agenda de educação permanente que capacite os gestores e a equipe de condução, que qualifique os profissionais para as práticas clínicas, que desenvolva competências para a vigilância, a regulação e auditoria. É preciso viabilizar o hospital regional, que poderá concentrar os serviços, atuar com economia de escala e escopo, ofertando serviços ambulatoriais, internações, especialidades, UTI e maternidade.

Estes desafios implicam rever os papéis das instâncias envolvidas, integrar e compartilhar as ações consideradas básicas e necessárias para o êxito da estratégia regionalizada, e, assim, garantir o equilíbrio nas relações, reduzir os conflitos e contribuir para o avanço da política pública nesta região de saúde. São desafios que podem contribuir para a implementação desse processo, e que estão contemplados no Decreto nº 7.508/2011, mediante o qual a regionalização se fortalece como orientação para a implementação do SUS.

Em parte, a direcionalidade da regionalização foi pautada pela ideologia da equidade e gerencial, com preocupação em aumentar os investimentos na região, para melhorar a rede de atenção, ampliar os serviços, assegurar o acesso e garantir a integralidade. No entanto, não se observam condutas democráticas, em especial por parte da SES, que não tem ouvido as solicitações dos gestores, não tem atendido às demandas ou valorizado a estrutura regional, de forma a dotá-la com capacidade institucional para fortalecer a política pública de saúde na região.

As dificuldades apontadas acima mostram o quanto esta maneira de conduzir a política tem enfraquecido o Estado de direito à saúde. A regionalização contemplada no pacto pode efetivar este direito, mas é um processo político que implica a busca de alternativas compartilhadas que fortaleçam a região, de forma a reduzir as iniquidades e avançar no processo de descentralização regionalizada. Esta mudança objetiva não apenas aumentar a autonomia dos municípios como também consolidar o papel do estado como coordenador regional.

Os desafios estão relacionados ao eixo das relações intergovernamentais. Estas relações interfederativas são complexas e políticas, requerem capacitação e amadurecimento para dividir poderes e assumir de fato as responsabilidades compartilhadas. A resolutividade esperada na região poderá ser alcançada se houver investimentos públicos; se as relações verticais e horizontais forem fortalecidas; se os gestores e lideranças se comprometerem com o desenvolvimento de ações coletivas; se houver coordenação intergovernamental, tendo a SES como protagonista da condução. Sem a coordenação do estado, as propostas do Pacto pela Saúde não são suficientes para tornar esta região autônoma. Além disso, é preciso inserir nos espaços de decisão colegiada a participação de conselheiros, ampliar a governança e permitir o controle social.

QUADROS-SÍNTESE:

Quadro 4 - Potencialidades e limitações do setor público na região de saúde de Tangará da Serra, no período do Pacto pela Saúde - 2006 a 2011.

Potencialidades	Limitações
<ul style="list-style-type: none"> - Trajetória e experiência de gestão regionalizada desde a década de 1990. - Existência do Consórcio Intermunicipal de Saúde desde 1998. - Forte adesão do setor privado ao SUS - dos leitos privados, quase 70% estão contratados/credenciados pelo SUS - Presença do profissional médico em todos os municípios; - Região que se destaca no estado com o agronegócio - A região está entre as três do estado que apresentam o maior PIB <i>per capita</i> (R\$ 23.474,30). - Todos os municípios integrantes nos últimos 4 anos têm aplicado recursos financeiros próximos a 20% acima do recomendado pela EC29. - A região está entre as cinco melhores do Estado, em relação ao IDH (0,76). - Dos 10 leitos de UTI, 8 são públicos - ERS - bem estruturado técnica e administrativamente. 	<ul style="list-style-type: none"> - A maior parte da capacidade instalada pública é constituída por unidades de atenção primária e com baixa cobertura de PSF – rede de atenção pública da região é de baixa resolutividade - Falta centro de referência especializada pública na região para atendimento do Consórcio Intermunicipal de Saúde - Predomínio da diversidade de serviços no setor privado que mantém forte parceria com o CIS e prefeituras, - Falsa percepção de que a região é resolutiva – limitou-se à busca de investimentos públicos; - Falta hospital regional na região. - Rede de atenção pública da região é dependente do setor privado na média e alta complexidade - Forte dependência financeira da maioria dos municípios em relação ao governo federal e estadual - Disponibilidade de médicos na região vinculados ao SUS é menor que o recomendado pelo Ministério da Saúde, - É a região com menor disponibilidade de enfermeiros do estado, e a décima terceira região do Estado com menor disponibilidade dos demais profissionais de nível superior - Está entre as nove regiões do estado que totalizam o menor incremento com atenção básica e entre as que tiveram maior incremento com despesa ambulatorial de média complexidade; - Os leitos públicos de UTI estão instalados no hospital privado e são insuficientes para as necessidades da região; - Desigualdades econômicas entre os municípios - Disponibilidade de leitos em geral da região (1,99) é menor que o recomendado pelo MS - Insuficiência de especialidades médicas na rede pública - Especialidades médicas disponíveis na região sem contrato como setor público

Quadro 5 - Potencialidades e limitações do setor privado na região de saúde de Tangará da Serra, no período do Pacto pela Saúde - 2006 a 2011.

Potencialidades	Limitações
<ul style="list-style-type: none"> - Plano de saúde UNIMED de abrangência regional com sede em Tangará da Serra - Plano Univida, dispõe da Associação Univida, com sede em Tangara da Serra, é uma alternativa de acesso dos beneficiários ao serviço privado com valor acessível pago no ato do uso. - Dispor de capacidade instalada de média e alta complexidade - hospitalar, laboratorial (Bioquímica, citopatologia, anatomopatologia) exames de imagem, hemodiálise, UTI adulta e neonatal - Especialidades médicas, exames laboratoriais e de imagem, hospitais de maior porte e leitos de UTI, concentradas no setor privado; - Cobertura saúde suplementar de 22,1%(2010) - Setor privado ligado à vocação econômica da região, - Maioria dos planos de saúde são coletivos empresariais; - Diversidade de serviços de maior complexidade 	<ul style="list-style-type: none"> - Unimed não possui rede própria - Baixa capacidade instalada de leitos privados - Escassez de especialidades médicas dificulta a implantação de serviços no município-sede da região; - Escassez de especialidades médicas no interior da região dificulta adesão aos planos de saúde - Falta serviços de maior complexidade - oncologia, cateterismo, UTI adulta.

Quadro 6 - Fatores que facilitaram e dificultaram o processo de regionalização na região de Tangará da Serra no período do Pacto pela Saúde - 2006 a 2011.

Fatores que facilitaram	Fatores que dificultaram
<p>Histórico estrutural da região - regionalização da saúde implantada na década de 1990</p> <ul style="list-style-type: none"> - CIB regional criada em 1996 - passou a CGR - incentivos criados pelo estado, no período anterior ao pacto pela saúde e novos incentivos criados na vigência do pacto - indução da política financeira do MS com critérios que exigiram organização regional e municipal; - Criação do CIS em 1998; - parceria com o setor privado na oferta de serviços especializados; - participação ativa do COSEMS - Criação da CIES e treinamentos na região 	<ul style="list-style-type: none"> - inexistência de estrutura pública antes do pacto pela saúde e na vigência do pacto - o consórcio e a parceria com o setor privado na oferta de serviços especializados resultaram em acomodações por parte dos entes federativos e a “falsa idéia de que a região é resolutive” - falta de planejamento na região e no estado - fragilidades na regulação, controle e avaliação - falta capacitação de gestores e profissionais - trocas sucessivas do gestor estadual - corte nos recursos do ERS - impediu de realizar a cooperação técnica <i>in loco</i>. - falta de articulação com as lideranças técnicas e políticas na região.

Quadro 7 - Complexo Regional da Região de Saúde de Tangará da Serra, no período do Pacto pela Saúde - 2006 a 2011.

Instituições /atores	Caracterização
SMS	A estrutura administrativo-organizacional contempla uma ou duas áreas técnicas para coordenação e condução dos trabalhos. <ul style="list-style-type: none"> - Dispõe de Central Municipal de Regulação - Dispõe de médico regulador que realiza a regulação da assistência na região e a urgência-emergência com a Central Estadual
ERS	Instância de representação da SES na região, contava com 3 gerências administrativas, agora, apenas uma. Equipe composta por mais de 30 profissionais, tem Central Regional de Regulação, que faz a regulação apenas dos procedimentos eletivos, consultas especializadas, exames e cirurgias.
Central Estadual de regulação	Com sede em Cuiabá, faz a regulação da urgência-emergência da região e dos leitos de UTI instalados na região e o acesso aos leitos de UTI de Cuiabá, TFD e medicamentos de alto custo, junto com a central regional faz a regulação dos procedimentos eletivos.
Hospital Municipal de Barra do Bugres	Mantém convênio com a SES, para ser referência na região em ortopedia e cirurgia geral. É referência para internação nas clínicas básicas para o município de Porto Estrela, Denise e Arenápolis.
CGR	Delibera o credenciamento, a contratualização, realiza a PPI e discute as necessidades que envolvem o acesso ao complexo regulador.
Consórcio Intermunicipal de Saúde	Abrange os 10 municípios da região e um município da região de Juína. Mantém parceria com o setor privado para a oferta dos serviços de internações, cirurgias, exames de apoio diagnóstico laboratorial e de imagem, biópsia, consultas especializadas. Todos estes serviços são contratualizados, têm como base a tabela SUS mais tabela complementar para pagamento dos serviços produzidos
Setor Privado lucrativo (prestadores e operadoras)	<ul style="list-style-type: none"> - UNIMED - UNIVIDA - Demais operadoras na região
Privado/conveniado	Hospitais - oferecem os serviços de internações, cirurgias em geral e partos. Alguns atendem às demandas geradas pelos especialistas do consórcio. São credenciados, ou conveniados ou contratualizados pelo CIS. Hemodiálise – atende à demanda da região, é credenciado pelo MS, e a consulta é paga à parte pelo gestor municipal. Clínicas especializadas – atende às consultas especializadas contratualizadas pelo consórcio Clínica de exames de imagem - contratualizada pela SES e pelo CIS Laboratórios - oferecem os serviços anátomo-patológico, citologia – contratualizado pelo consórcio e credenciada pela SES.
Prestador público municipal	A região dispõe de 4 hospitais públicos, que oferecem os serviços hospitalares nas clínicas básicas. Dispõem de unidades básicas de saúde, serviços laboratoriais de baixa complexidade e especialidades de ortopedia, cirurgia geral, pediatria, ginecologia, clínica geral. Dois destes hospitais mantêm convênio com a UNIMED.
Clínicas privadas de Cuiabá	<ul style="list-style-type: none"> - Atendem a consultas de neurologia e cirurgias de otorrinolaringologia por meio da compra de serviços diretamente com as prefeituras
COSEMS e Conselhos Municipais de Saúde.	<ul style="list-style-type: none"> - CMS participa por meio das deliberações nos municípios - COSEMS – instrumentaliza os gestores para a tomada de decisões.

10 Referências

10 REFERÊNCIAS

Abrucio FL. A coordenação federativa no Brasil: a experiência do período FHC e os desafios do governo Lula. *Rev Sociol Polit.* 2005.

Abrucio FL. Descentralização e coordenação Federativa no Brasil: lições dos anos FHC. In: Abrucio FL, Loureiro MR. *O estado numa era de reformas: os Anos FHC - parte 2.* Brasília: MP, SEGES; 2002. 316 p.

Albuquerque MV, Mello GA, Iozzi FL. “O processo de regionalização em saúde nos estados brasileiros”. In: Viana AL d’A, Lima LD (org.): *Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil.* Rio de Janeiro: Contra Capa; 2011. p. 117-72.

Almeida C. *O mercado privado de serviços de saúde no Brasil: panorama atual e tendências da assistência médica suplementar.* Texto para discussão nº 599. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Brasília, novembro de 1998.

Arretche M. *Descentralização e integração do fomento público. Estratégias de descentralização nas áreas de saúde e educação no Brasil nota técnica.* Brasília, DF, junho 2008.

Arretche M. Federalismo e igualdade territorial: uma contradição em termos? *Dados – Revista de Ciências Sociais.* Rio de Janeiro. 2010;53(3):587-620.

Arretche M. Federalismo e Políticas Sociais No Brasil: problemas de coordenação e autonomia. *São Paulo em Perspectiva.* 2004;18(2):17-26.

Arretche M. Financiamento federal e gestão local de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia. *Ciência e Saúde Coletiva.* 2003;8(2):331-45.

Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil. 2013. Disponível em: www.atlasbrasil.org.br.

Bahia L. A demarché do privado e público no sistema de atenção à saúde no Brasil em tempos de democracia e ajuste fiscal, 1988-2008. In: Matta GC, Lima JCF, organizador. *Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS.* Rio de Janeiro: Fiocruz, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio; 2008.

Bahia L. A privatização no sistema de saúde brasileiro nos anos 2000: tendências e justificção. In: Santos NR, Amarante PDC, organizadores. *Gestão pública e relação público privado na saúde*. Rio de Janeiro: Cebes; 2010. 324p.

Barreto IFJ, Silva ZF. Reforma do sistema de saúde e as novas atribuições do gestor estadual. *São Paulo em Perspectiva*. 2004;18(3):47-56.

Botti CS, Artmann E, Spinelli MAS, Scatena JHG. Regionalização dos Serviços de Saúde em Mato Grosso: um estudo de caso da implantação do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região do Teles Pires, no período de 2000 a 2008. *Epidemiol Serv Saúde*, Brasília. 2013 jul-set;22(3):491-500.

Botti CS. *Avaliação do processo de implementação do Consórcio Intermunicipal de Saúde da região do Teles Pires* (Dissertação). Brasília. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública; 2010.

Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal; 1988.

Brasil. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União 2011, 29 jun.

Brasil. Decreto nº 4.481 de 2 de novembro de 2002. Dispõe sobre os critérios para definição dos hospitais estratégicos, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, e dá outras providências. Decreto Federal, DOU DE 25/11/2002.

Brasil. Decreto nº 5.895 de 18 de setembro de 2006. Dispõe sobre a concessão do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social.

Brasil. Decreto nº 7.508, De 28 de Junho de 2011. Decreto Federal Regulamentação da Lei 8080- DOU 29/6/2011.

Brasil. Decreto nº 86.329, de 2 de setembro de 1981. Institui o Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária - CONASP.

Brasil. Emenda Constitucional nº 29 de 13 de setembro de 2000. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde.

Brasil. Instrução Normativa SRF nº 480, de 15 de dezembro de 2004. Retificada no DOU de 31/12/2004, Seção 1, pág. 79. DOU de 29.12.2004

Brasil. Lei 9.250, de 26 de dezembro de 1995. Altera a legislação do imposto de renda das pessoas físicas e dá outras providências.

Brasil. Lei n. 8.112 de 11 de dezembro de 1990. Dispõe sobre o regime jurídico dos servidores públicos civis da União, das autarquias e das fundações públicas federais.

Brasil. Lei nº 3.807 - de 26 de agosto de 1960. Lei Orgânica da Previdência Social – LOPS. DOU de 5/9/60.

Brasil. Lei nº 4.506 de 30 de Novembro de 1964. Dispõe sobre o Imposto que Recai sobre as Rendas e Proventos de qualquer Natureza.

Brasil. Lei nº 6229, de 17 de julho de 1975. Dispõe sobre a organização do Sistema Nacional de Saúde.

Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Diário Oficial da União 1990; 20 set.

Brasil. Lei nº 8.666 de 21 de junho de 1993. Regulamenta o art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências.

Brasil. Lei nº 9.665, de 19 de junho de 1998. Autoriza o Poder Executivo a conceder remissão parcial de créditos externos, em consonância com parâmetros estabelecidos nas Atas de Entendimentos originárias do chamado "Clube de Paris" ou em Memorandos de Entendimentos decorrentes de negociações bilaterais, negociar títulos referentes a créditos externos a valor de mercado e receber títulos da dívida do Brasil e de outros países em pagamento e dá outras providências.

Brasil. Medida Provisória nº 148, de 15 de dezembro 2003 - DOU de 16/12/2003 – Convertida na Lei nº 10.850, de 25/03/2004.

Brasil. Medida Provisória nº 2.158-35, de 24 de agosto de 2001. DOU de 27.8.2001.

Carvalho GL. Região: a evolução de uma categoria de análise da geografia. *Boletim Goiano de Geografia*. 2002 jan-jun;22(1):135-53.

Castro MHL. *A relação entre o público e o privado no sistema de saúde brasileiro: repensando o papel do Estado* [Tese]. Rio de Janeiro. Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2006.

Cavalheiro ME, Juchem DM. Políticas Públicas: Uma análise mais apurada sobre Governança e Governabilidade. *Rev Bras Hist Ciências Sociais*. Ano I. 2009 jul;I -1-11.

Coelho APS. *O público e o privado na regionalização da saúde: processo decisório e condução da política no Estado do Espírito Santo* (Dissertação). Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro; 2011, 143 f.

Cohn A. *Previdência Social e Processo Político no Brasil*. São Paulo: Moderna; 1980.

Conass. *Regulação em saúde. Coleção para entender a gestão do SUS*. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: v.10. 2011. 126p.

Cordeiro HÁ, Conil EM, Santos IS, Bressan AI. Por uma redução nas desigualdades em saúde no Brasil: qualidade e regulação num sistema com utilização combinada e desigual. In: Santos NRS, Amarante PDC, organizadores. *Gestão pública e relação público privado na saúde*. Rio de Janeiro: Cebes; 2010. 324p.

Delziovo CR. Colegiado de gestão regional desafios e perspectivas: relato de experiência. *Sau Transf Soc Florizanópolis*, 2012;3(1):102-5. ISSN 2178-7085.

Dourado DA, Elias PEM. Regionalização e federalismo sanitário *Rev Saúde Publica*. 2011;45(1):204-11.

Draibe SM. *O Welfare State no Brasil: Características e perspectivas*. Caderno de Pesquisa nº 8. UNICAMP. Núcleo de Estudos de Políticas Públicas – NEPP; 1993.

Fernandes NFF. *Processo de organização e desenvolvimento de estratégias para divulgação e implantação do pacto pela saúde em Mato Grosso: relatório de experiência*. 2014. In: Scatena JHG, Kehrig RT, Spinelli MA. *Regiões de Saúde: diversidade e processo de regionalização em Mato Grosso*. – 1. ed. – São Paulo: Hucitec, 2014. 565p.

Ferreira JBB, Bombarda FP, Forster AC, Chaves LDP, Vallin S, Almeida TL. O processo de descentralização e regionalização da saúde no estado de São Paulo. 731-761. In: Ibanez N, Elias PEM, Seixas PHD, organizadores. *Política e gestão pública em saúde*. São Paulo: Hucitec Editora: Cealag; 2011. 816p.

Figueiredo WBF. Estruturas de governança regionais, desenvolvimento sustentável e legitimidade: notas para a construção de um esquema de referência. *RDE - Revista de Desenvolvimento Econômico*. Salvador, BA. 2012 dez;XIV(26):136-44.

Fleury S, Ouverney AM. *Gestão de redes: a estratégia de regionalização da política de saúde*. Rio de Janeiro: Editora FGV; 2007.

Fleury S, Ouverney AM. O sistema único de saúde brasileiro-Desafios da gestão em rede. *Rev Port Bras Gestão*. Edição especial 10 anos. 2006;74-83.

Fleury S, Ouverney AM. Política de Saúde: uma política social. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC *et al.* (org.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. 2a ed. rev. e amp. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012. v. 1100, 25-58 p.

Fleury S, Ouverney AM, Kronemberger TS & Zani FB. Governança local no sistema descentralizado de saúde no Brasil. *Rev Panam Salud Publ.* 2010;28(6):446-55.

Fonseca AAM *et al.* Em torno do conceito de região. *Sittientibus*, Feira de Santana, 1999 jul-dez;21:89-100.

Gadelha CAG, Maldonado JSSV, Costa LS. O complexo produtivo da saúde e sua relação com o desenvolvimento: um olhar sobre a dinâmica da inovação em saúde. In: In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC *et al.* (org.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. 2a ed. rev. e amp. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012. v. 1100, 209-239 p.

Gadelha CAG. Saúde e Territorialização na perspectiva do desenvolvimento. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011;16(6):3003-16.

Gomides JE. O surgimento da expressão “governance”, governança e governança ambiental. Um resgate histórico. *Rev Ciências Gerenciais*. 2009;XIII(18).

Gonzaga AA. O papel dos escritórios regionais de saúde no processo de descentralização e regionalização do SUS em Mato Grosso. In: Müller Neto JS, Organizador. *A regionalização da saúde em Mato Grosso: em busca da integralidade da atenção*. Cuiabá: SES; 2002. p. 67-87.

Guimarães L. Arquitetura da organização regionalizada: consórcios intermunicipais de saúde em Mato Grosso. In: Muller Neto JS, organizador. *Regionalização da saúde em Mato Grosso: em busca da integralidade da atenção*. Cuiabá: Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso; 2002. p. 101-12.

Guimarães RB. Regiões de saúde e escalas geográficas. *Cad de Saúde Públ.* 2005;21(4):1017-25.

Heimann LS, Ibanhes LC, Boaretto RC, Kavano J. A relação público-privado e o Pacto pela Saúde: novos desafios para a gestão em saúde. In: Santos NR, Amarante PDC (Org.). *Gestão pública e relação público privado na saúde*. Rio de Janeiro: Cebes, 2010. p.208-219.

Informe Dawson sobre el futuro de los servicios médicos y afines. Traducción al castellano de Dawson Report on the future provision of medical and allied services, 1920. Organización Panamericana de la Salud. Publicación científica. 1964 feb;93.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Contagem da população. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2010.

Junqueira LP. A gestão intersetorial das políticas sociais e o terceiro setor. *Saúde e Sociedade*. 2004;13(1):25-36.

Junqueira LP. Intersetorialidade, transectorialidade e redes sociais na saúde. *Rev Administr Pública*. 2000;34(6):35-45.

Knopp G. Governança social, território e desenvolvimento. *Perspectivas em Políticas Públicas*. Belo Horizonte. Vol. N°8 p.53-74.jul/dez 2011.

Lavras CCC. Descentralização, regionalização e estruturação de redes regionais de atenção à saúde no SUS. In: Nelson Ibanez, Paulo Eduardo Mangeon Elias, Paulo Henrique D'Angelo Seixas, organizadores. *Política e gestão pública em saúde*. São Paulo: Hucitec Editora: Cealag, 2011.p. 317-331.

Levi ML, Scatena JHG. Evolução recente do financiamento do SUS e considerações sobre o processo de regionalização. In: Viana ALd'Á, Lima LD. (Orgs.). *Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2011; p. 81-113.

Lima APG. Consórcios Intermunicipais de Saúde e o Sistema Único de Saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2000;16(4):985-96.

Lima LD, Queiroz LFN, Machado CV, Viana ALÁ. Descentralização e regionalização: dinâmica e condicionantes da implantação do Pacto pela Saúde no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012;17(7):1903-14.

Machado CV, Baptista TWF, Lima LD. O planejamento nacional da política de saúde no Brasil: estratégias e instrumentos nos anos 2000. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010, (15):2367-2382.

Mato Grosso. Plano de Desenvolvimento do Estado de Mato Grosso. MT+20. Plano de Desenvolvimento região de Planejamento VIII – Oeste.2007c

Mato Grosso. Relatório de Gestão da Receita Pública referente ao período de 2004 a2006 / Secretaria Adjunta da Receita Pública/Secretaria de Estado de Fazenda/Governo do Estado de Mato Grosso. Cuiabá, MT. Março de 2007a. 191 págs.

Mato Grosso. Secretaria de Estado de Planejamento e Coordenação geral. PPA 2008 – 2011. Consolidado por objetivo estratégico. Cuiabá – Julho/2010a.

Mato Grosso. Secretaria de Estado de Planejamento e Coordenação geral. PPA 2004 – 2007. Mato Grosso mãos a obra. Projeto de Lei. Cuiabá – Agosto/2003.

Mato Grosso. Secretaria de Estado de Saúde – Política de Saúde em Mato Grosso: Diretrizes, Estratégias e Projetos Prioritários. Documento Técnico nº 1, Cuiabá/MT, 1995, 22 pp.

Mato Grosso. Secretaria de Estado de Saúde. Avaliação da Política de Saúde do Estado de Mato Grosso–1995/1998, Cuiabá; 2000a

Mato Grosso. Secretaria de Estado de Saúde. Portaria SES nº 132/09/09/2008.

Mato Grosso. Secretaria de Estado de Saúde. Superintendência de Políticas de Saúde. Coordenadoria de Gestão da Política de Saúde. Plano Estadual de Saúde Mato Grosso - 2008/ 2011. Secretaria de Estado de Saúde - Cuiabá, 2010b.133 pg.

Mato Grosso. Secretaria de Planejamento. Plano de Desenvolvimento de Mato Grosso MT+20.2007b.

Mato Grosso. Tribunal de contas de Mato Grosso. Secretaria de Controle Externo. Relatório de Auditoria. Contas Anuais de Gestão 2012. Acesso on line em 26 de julho 2013.

Mendes EV. *As redes de atenção à saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.: II

Mendonça AF. *O financiamento do Sistema Único de Saúde nas regiões de saúde do Estado de Mato Grosso* [Dissertação]. Universidade Federal de Mato Grosso, Instituto de Saúde Coletiva, 2012. 116 pg

Menicucci TMG. Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil: atores, processos e trajetória. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007.320p.

Ministério da Saúde (BR). Gabinete Ministerial. Portaria 1.101, 12 de junho de 2002. Dispõe sobre parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2002b.

Ministério da Saúde. Datasus. Informações em saúde. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br>.

Ministério da Saúde. Manual do SISPPi versão 3.1.5 - Módulo Municipal. Coordenação de Programação da Assistência Departamento de Regulação, Avaliação e Controle Secretaria de Atenção a Assistência. Ministério da Saúde. Brasília, novembro de 2004.

Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica: NOB-SUS 1/96. Portaria nº 2203, de 5 de novembro de 1996.

Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica: NOB-SUS 93. Portaria nº 545, de 20 de maio de 1993.

Ministério da Saúde. Norma Operacional da Assistência à saúde: NOAS-SUS 01/01 – Portaria MS/GM nº95, de 26 de janeiro de 2001 - Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

Ministério da Saúde. Política Nacional de Educação Permanente oficializada pela Portaria GM nº 1996/2007.

Ministério da Saúde. Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS. Portaria nº 1.559, de 1º de agosto de 2008.

Ministério da Saúde. Portaria GM/MS no 399 de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Diário Oficial da União 2006; 23 fev.

Ministério da Saúde. Portaria n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Ministério da Saúde. Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no Acesso. Norma Operacional da Assistência à Saúde NOAS-SUS 01/02 (Portaria MS/GM nº 373, de 27/01/2002). Brasília; 2002a.

Mota US. Os consórcios intermunicipais de saúde como cerne da estratégia para a implementação das regiões de saúde de Mato Grosso. In: Muller Neto JS, organizador. *Regionalização da saúde em Mato Grosso: em busca da integralidade da atenção*. Cuiabá: Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso; 2002. p. 92-9.

Müller Netto JS & Lotufo M. Política e regionalização da saúde em Mato Grosso: aspectos históricos, conceituais, metodológicos e perspectivas. In: Müller Netto JS (org.). *A regionalização da saúde em Mato Grosso: em busca da integralidade da atenção*. Cuiabá: SES/MT, 2002, p. 13-25.

Nascimento AAM, Damasceno AK, Silva MJ, Silva MVS, Feitoza AR. Regulação em Saúde: aplicabilidade para concretização do pacto de gestão do SUS. *Cogitare Enferm*. 2009 Abr/Jun; 14(2):346-52.

Neves LA, Ribeiro JM. Consórcios de Saúde: estudo de caso exitoso. *Cad Saúde Pública*. 2006;22(10):2207-17.

Noronha JC, Lima LD, Machado CV. O Sistema Único de Saúde - SUS. In: In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC *et al.* (org.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. 2a ed. rev. e amp. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012. p.435-472.

Ocké-Reis CO, Sophia DC. Uma crítica à privatização do sistema de saúde brasileiro: pela constituição de um modelo de proteção social público de atenção à saúde. *Saúde em Debate*. 2009 jan-abr;33(81):72-9.

Oliveira J, Fleury S. (*Im*) *Previdência social: 60 anos de história da Previdência Social*. Petrópolis: Vozes; 1985.

Pacheco CFF. Seguridade social e previdência: situação atual. *Indic Econ FEE*. 2012;39(3):71-84.

Pereira JM. A governança corporativa aplicada no setor público brasileiro. *APGS*. 2010 jan-mar;2(1):109-34.

Pinto ICM, Teixeira CF, Solla JJSP, Reis AAC. Organização do SUS e diferentes modalidades de gestão e gerenciamento dos serviços e recursos públicos de saúde. In: Paim JS, Almeida Filho N, organizadores. *Saúde coletiva: teoria e prática*. Rio de Janeiro: MedBook; 2014. p. 231-44. 720p.

Possas C. *Saúde e trabalho- a crise da Previdência Social*. 2a ed. Hucitec; 1989.

Queiroz AM. *Federalismo no Brasil: os consórcios públicos intermunicipais no período recente* [Tese]. Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP; 2012.

Rego N, Reffatti LV. Representações de mundo, geografias adversas e manejo simbólico – aproximações entre clínica psicopedagógica e ensino de geografia. In: *Terra livre. Temperos da geografia*. Publicação semestral da Associação dos Geógrafos Brasileiros. Goiania- GO. Ano 20. 2004 jul-dez;2(23):176p.

Ribeiro JM, Costa NR. Regionalização da assistência à saúde no Brasil: os consórcios municipais no Sistema Único de Saúde. *Planej Polit Publicas*. 2000 dez;(22):173-220.

Ribeiro MS, Schrader FT, Anjos APL, Motta AP. A rede de apoio ao SUS em Mato Grosso: uma estratégia para fortalecimento do papel do município na regionalização e implementação do pacto pela saúde. *Saúde em Debate*. 2009 maio;(44):62-73.

Santos FP, Merhy EE. A regulação pública da saúde no Estado brasileiro - uma revisão. *Interface Comunic Saúde Educ*. 2006 jan-jun;9(18):25-41.

Santos IS, Uga MAD, Porto SM. O mix público-privado no Sistema de Saúde Brasileiro: financiamento, oferta e utilização de serviços de saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2008;13(5):1431-40.

Santos L, Andrade LOM. Redes Interfederativas de saúde: um desafio para o SUS nos seus vinte anos. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;16(3):1671-80.

Santos L. Administração pública e a gestão da saúde. In: Santos NR, Amarante PDC, organizadores. *Gestão pública e relação público privado na saúde*. Rio de Janeiro: Cebes; 2010. p. 68-86.

Santos M. *Metamorfoses do espaço habitado: fundamentos teóricos e metodológicos da geografia*. São Paulo: Hucitec; 1988.

Santos MAB & Gerschman S. As segmentações da oferta de serviços de saúde no Brasil – arranjos institucionais, credores, pagadores e provedores. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2004;9(3):795-806.

Santos MHC. *Governabilidade, governança e capacidade governativa: algumas notas*. (Texto para discussão, 11). Brasília: Mare/Enap; 1996.

Santos MHC. Governabilidade, governança e democracia: criação de capacidade governativa e relações executivo-legislativo no Brasil pós-constituente. *Dados*. 1997;40(3).

Santos MO. O papel ativo da geografia. Um manifesto. *Revista Território*, Rio de Janeiro. jul.dez 2000;9:103-9.

Santos RGC. Nota. O espaço em kant e suas influências na definição do conceito de região em Alfred Hettner e Richard Hartshorne. *Estudos Geográficos*. 2009;7(1):183-90.

Scatena JHG, Kehrig RT, Oliveira LRG, Oliveira JL, Martinelli NL. *A regionalização saúde em Mato Grosso do ponto de vista dos atores regionais*. In: Scatena JHG, Kehrig RT, Spinelli MA. *Regiões de Saúde: diversidade e processo de regionalização em Mato Grosso*. – 1. ed. – São Paulo: Hucitec, 2014. 565p. Capítulo 7.

Scatena JHG, Oliveira LR, Galvão ND, Neves MAB. Caracterização demográfica, socioeconômica, epidemiológica e dos serviços de saúde das regiões de saúde do Estado de Mato Grosso, 2011 [relatório preliminar], mimeo.

Silva SF. Desafios de sistemas universais de saúde sob controle público: Federalismo e regionalização e o Sistema Único de Saúde no Brasil. *Saúde em Debate*. 2013 out;(49):104-13.

Silva SF. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;16(6):2753-62.

Silveira ML. Escala geográfica: da ação ao império. Terra Livre. Temperos da geografia. Associação dos geógrafos brasileiros. Goiânia. 2004 jul-dez; 2(23):87-96.

Silveira ML. *O Brasil: território e sociedade no início do século 21 – a história de um livro*. ACTA Geográfica, Edição Especial Cidades na Amazônia Brasileira, 2011. p. 151-63.

Silveira ML. O território em pedaços. Revista Eletrônica de Jornalismo Científico. 10 nov. 2011. Disponível em: <http://www.comciencia.br/>. Acesso em: 24 jan. 2012.

Solla JJSP, Paim JS. Relações entre atenção básica, média e alta complexidade: desafios para a organização do cuidado no sistema único de saúde. In: Paim JS, Almeida Filho N, organizadores. *Saúde coletiva: teoria e prática*. Rio de Janeiro: MedBook; 2014. p. 343-52.

Souza RR. A regionalização no contexto atual das políticas de saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2001;6(2):451-5.

Teixeira CF. Promoção e vigilância da saúde no contexto da regionalização da assistência à saúde no SUS. *Cad Saúde Pública*. 2002;18(Supl):153-62.

Teixeira SMF, Ouverney AM. Gestão de Redes: a estratégia de regionalização da política de saúde. Rio de Janeiro: FGV; 2007. *Cad. Saúde Pública*. 2008;24(7):1716-7.

Viana ALD, Ibañez N, Elias PEM, Lima LD, Albuquerque M, Iozzi FL. Novas perspectivas para a regionalização da saúde. *São Paulo Perspec*. 2008;22(1):92-106.

Viana ALD, Lima LD, Ferreira MP. Condicionantes estruturais da regionalização na saúde: tipologia dos Colegiados de Gestão Regional. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010b;15(5):2317-26.

Viana ALD, Lima LD, Machado CV, Scatena JHG, Albuquerque MV, Oliveira RG, et al. Projeto de Pesquisa: *Avaliação Nacional das Comissões Intergestores Bipartites (CIBs): as CIBs e os modelos de indução da regionalização no SUS*. Relatório Estadual Mato Grosso. Maio de 2010a.

Viana ALD'A, Heimann LS, Lima LD, Oliveira RG, Rodrigues SH. Mudanças significativas no processo de descentralização do sistema de saúde no Brasil. *Cad Saúde Públ*, XVIII; 2002. p. 139-51.

Viana ALd'A, Lima LD. O processo de regionalização na saúde: contextos, condicionantes e papel das Comissões Intergestores Bipartites. In: Viana ALd'A, Lima LD (org.). *Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil*. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria Ltda; 2011, p.11-24.

Viana ALD'A, Machado CV. Proteção social em saúde: um balanço dos 20 anos do SUS. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 2008;18(4):645-84.

Vianna RP. *Colegiados de gestão regional no Estado do Rio de Janeiro: atores, estratégias e negociação intergovernamental* [Dissertação]. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2012. 155 f.

Vilarins GCM, Shimizui HE, Gutierrez MMU. A regulação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, 2012 out./dez;36(95):640-7.

Apêndices

APÊNDICE A – Roteiro de entrevistas

Pesquisa: A Regionalização da Saúde no Estado de Mato Grosso: o processo de implementação e a relação público privada na micro-região de saúde do Médio Norte.

Roteiro semi-estruturado de entrevista

1 - GESTORES: Diretor do Escritório Regional de Saúde, Secretário executivo do CGR, Secretário executivo do Consorcio, Vice-regional do COSEMS na microrregião. **Total de perguntas elaboradas: 84**

2 – GESTORES DA REGULAÇÃO - coordenador da Central Regional de Regulação; médico regulador da região, médico regulador do hospital municipal de referência regional, representante do hospital municipal de referência regional. **Total de perguntas elaboradas: 60**

3 - PRESTADORES CONVENIADOS – representante do maior hospital conveniado. **Total de perguntas elaboradas: 23**

4- PLANOS DE SAÚDE: representante UNIMED e UNIVIDA – roteiro separado desta planilha – **Total de perguntas elaboradas- 20**

DIMENSÃO I – INSTITUCIONALIDADE DA REGIONALIZAÇÃO

PERGUNTAS	ENTREVISTADOS			
	Gestores	Gest. Reg.	Prest. Conv.	Rep. Plan. S.
1- Histórico da regionalização				
Fale como foi definida esta região: os limites, os critérios, e participantes da definição da microrregião. Quais os municípios que fazem parte atualmente? Houve mudanças?	X	X		
SUB-TOTAL	1	1	0	
2-Desenho da Regionalização	Gestores	Gest. Reg.	Prest. Conv.	Rep. Plan. S.
Alguns fatores foram determinantes na delimitação desta região. Quais são estes fatores? Comente.	X	X	X	
- O desenho regional adotado é específico da saúde ou coincide com o adotado por outras políticas públicas do governo? JÁ CONTEMPLADA NA ESTADUAL				
SUB-TOTAL	1	1	1	

DIMENSÃO I – INSTITUCIONALIDADE DA REGIONALIZAÇÃO

3 - Finalidades e escopo da regionalização	Gestores	Gest. Reg.	Prest. Conv.	Rep. Plan. S.
Você acha que regionalização foi implantada com qual finalidade? – comente	X	X		
- você acha que o foco da regionalização da saúde está voltado para que? Para organizar a rede de serviços? Para discutir e implementar o conjunto das políticas de saúde (vigilância, formação de pessoas)	X	X		
SUB-TOTAL	2	2	0	
4 – Estratégias políticas da regionalização –	Gestores	Gest. Reg.	Prest. Conv.	Rep. Plan. S.
A regionalização da saúde, faz parte de outras políticas regionais do governo do Estado, com enfoque territorial? Quais e de que forma?	X			
Você acha que a regionalização da saúde está inserida na agenda da política estadual de saúde? Que lugar ocupa? É uma prioridade no plano regional? Comente	X	X		
Em relação a distribuição ou lotação de profissionais de saúde para atendimento das necessidades regionais. Existem estratégias regionais para contratação? Como funcionam?	X	X		
SUB-TOTAL	2	1	0	
5 – Planejamento e regulação da regionalização	Gestores	Gest. Reg.	Prest. Conv.	Rep. Plan. S.
O que orienta o processo de planejamento da regionalização da saúde? Plano estadual de saúde, plano de regionalização, planos ou projetos de investimentos, PPI, PPA... PLANEJASUS? JÁ CONTEMPLADA ESTADUAL	X	X		
Você participa do planejamento regional? Como é feito? Que instrumento é utilizado? Quem participa?	X	X	X	
Qual a situação dos planos que orientam o processo de regionalização da saúde no estado e na região. Comente.	X	X		
Qual o prestador que exerce maior influência no planejamento da rede de serviços de saúde?	X	X		
Você acha que os serviços públicos e privados disponíveis na região, influenciam no planejamento, gestão e regulação da rede de serviços de saúde na microrregião? Como?	X	X	X	
Como está constituída e organizada a rede de saúde da região?(complexidade, redes de serv. específicas, linhas de cuidado, etc.)	X	X		
Antes do pacto pela saúde, existiam redes de atenção a saúde? Se positivo, quais? Como eram: quem participava e financiava.	X	-		
Como é a regulação ambulatorial, cirúrgica, urgência e emergência, a média e alta complexidade. O Tratamento Dora do domicílio está organizado? É acompanhado o fluxo de pessoas dentro e fora da região?-centrais de agendamento, leitos e regulação; cartão de saúde, tratamento fora de domicílio? Comente	X	X	X	
Como é feita a regulação entre os prestadores - conveniados, SES/ERS e SMS?	X	X	X	
A contratualização dos prestadores público e privados ,como é feita, quem faz, que instrumento utiliza, quem acompanha?	X	X	X	

Existe algum sistema de logística de apoio a regionalização (compras, transporte de insumos, materiais para exames),	X	X		
Você acha que existem problemas/conflitos com o estado/região, em relação ao planejamento e a regulação na regionalização? Que tipo de problema ou conflito, comente.	X	X	X	
SUB-TOTAL	12	11	6	
6 – Financiamento regional	Gestores	Gest. Reg.	Prest. Conv.	Rep. Plan. S.
Você sabe se existem recursos para compensar as desigualdades desta região? Que recursos estão disponíveis para a região e para qual finalidade? Qual a fonte e forma de repasse?	X			
Como é feita a programação dos recursos para a região? São compatíveis com necessidade da região?	X	X		
Foi definido algum tipo de distribuição de recursos financeiros pelo Estado, para incentivo a regionalização? Ex: revisão de tetos financeiros, PPI, PDI. Que critérios foram utilizados e as finalidades.	X	X		
Para qualificação profissional foram definidos recursos financeiros? Quais e qual a origem deste recurso?	X	X		
Existem fundos regionais de recursos? Por ex. consórcios de saúde, fundos estaduais compensatórios, ou outros fundos. Especifique os tipos, a origem e as finalidades dos recursos. Que outros incentivos à regionalização esta região recebe?	X	X		
Quais os investimentos - construção, equipamentos ou veículos, ampliação de serviços na rede pública e outros, foram realizados com a regionalização da saúde nesta região? Qual a origem dos recursos?	X			
SUB-TOTAL	6	4	0	

DIMENSÃO II – GOVERNANÇA DA REGIONALIZAÇÃO

1 – Estruturas de integração e gestão regional	Gestores	Gest. Reg.	Prest. Conv.	Rep. Plan. S.
Você faz parte do CGR?(SE POSITIVO FAZER AS PERGUNTAS ABAIXO) Quem faz parte?	X	X	X	
Como funciona o CGR nesta região? Tem secretaria executiva? Onde e como funciona? Quais as atribuições da secretaria executiva. Comente	X	X	X	
Onde o CGR se reúne? Com que frequência se reúne (JÁ CONTEMPLADA NA PESQUISA ESTADUAL)	-----	-----	-----	
Além do CIES, o CGR, tem câmara técnica/grupos de trabalho? Quantas? Qual o papel delas na regionalização?	X	X		
O CGR interferiu na definição do CIES e das câmaras técnicas?	X			
Como é a atuação do CIES, nesta região?	X			
Como foi e quais os critérios utilizados para escolher os representantes, do CGR? E para a escolha do presidente do CGR?	X			
É controlada a existência de quórum para realização das reuniões?	X			
De forma geral, quem efetivamente coordenou (a) as reuniões da CGR, no período a que se refere a pesquisa? (JÁ CONTEMPLADA NA PESQUISA ESTADUAL)	-----	-----	-----	
O chefe do ERS participa das reuniões? Com que frequência? (JÁ CONTEMPLADA NA PESQUISA ESTADUAL)	-----	-----	-----	
Qual o número de assentos de cada esfera de governo no CGR no período da pesquisa? (JÁ CONTEMPLADA NA PESQUISA ESTADUAL)	-----	-----	-----	
Você participa do CGR? Quem participa? Além dos representantes oficiais do CGR, que outros atores participam? Como os prestadores (públicos e privados) participam no CGR?	X			
Como tem sido a participação dos profissionais de saúde e de suas organizações (conselhos de profissionais, cooperativas de profissionais) no processo de regionalização em curso?	X			
Existe de <i>ad referendum</i> nas reuniões? Em que situação é utilizada?	X			
Os membros do CGR são assíduos as reuniões? Quando não participa como é comunicado das deliberações?	X			
Em relação às pautas, quem define? Que critérios são utilizados?(JÁ CONTEMPLADA NA P. ESTADUAL)	-----	-----	-----	
O que é feito para: preparar as reuniões, repartir as responsabilidades, processar os impasses, negociar a política e estabelecer acordos?	X			
Quem influencia na definição da pauta? E o COSEMS e a SES, influenciam? Como?	X	X		
Quais os principais temas abordados nas reuniões?	X	X		
Os temas discutidos no CGR se referem a problemas de natureza de abrangência estadual, regional ou municipal?	X	X		
Quais os principais temas de consenso (entre estado e municípios, e entre municípios)	X			

Os temas estratégicos para a política de saúde na região são efetivamente negociados por qual instância no âmbito da CIB? ERS/SES? COSEMS? Ou qual a outra forma?	X	X		
Nas reuniões do CGR como ocorre a tomada de decisão: voto, consenso? Ou outra forma? JÁ CONTEMPLADA NA PESQUISA ESTADUAL	-----	----- -	----- ---	
As reuniões do CGR são: informativas, consultivas, deliberativas. Como são: registradas, formalizados, e divulgados os resultados?	X	X		
Como tem sido a atuação do COSEMS junto à CIB/ Estadual, em defesa da região? E no CGR? O COSEMS é forte no estado? Como? Politicamente e/ou tecnicamente Por quê?	X			
Quais os recursos disponíveis para o CGR? – JÁ CONTEMPLADA NA ESTADUAL	-----	----- -	----- ---	
Quais as instâncias, e qual a participação de cada uma no planejamento e gestão governamental na região de saúde - ex: CGR, CIS, ERS, CIES? JÁ CONTEMPLADA NA PES. ESTADUAL	-----	----- -	----- ---	
Qual a contribuição das instâncias: CGR, CIS, ERS, CIES, com a regionalização? Qual o papel de cada uma?	X			
Qual a atuação da Secretaria de Estado de Saúde no processo de regionalização?	X	X	X	
Esta região conta com o consorcio intermunicipal de saúde. Este foi organizado com qual finalidade? Como é o funcionamento hoje e qual o papel do consórcio na regionalização em curso? Quem financia o consórcio?	X	X	X	
Os Conselhos Municipais de Saúde (CMS) participam das discussões do sistema de saúde regional? Eles influenciam no processo decisório do CGR? De que maneira?	X			
SUB-TOTAL	23	10	4	
2 – Papel da CGR na regionalização	Gestores	Gest. Reg.	Prest. Conv.	Rep. Plan. S.
Como é a interação intergovernamental no CGR? O que é feito para facilitar essa interação? (discussão prévia dos temas, processamento prévio dos temas pelas equipes técnicas, formação de comissões especiais/grupos para trabalhos, interveniência de atores políticos relevantes, da SES, outros.	X	X		
Que papel o CGR tem desempenhado na formulação e implementação das políticas de regionalização? Como é, e quais as influências exerce sobre a regionalização?	X	X		
O CGR tem favorecido ou dificultado o processo de regionalização em curso? Por quê?	X	X		
Pensando no CGR como instância de negociação e pactuação intergovernamental, que tipo de parcerias, acordos e ou pactos de cooperação são estabelecidos entre os gestores no CGR? Que fatores têm favorecido ou dificultado o seu funcionamento?	X	X		
SUB-TOTAL	4	4	0	

3 – Relações Intergovernamentais	Gestores	Gest. Reg.	Prest. Conv.	Rep. Plan. S.
Como são estabelecidas as relações entre os membros do CGR, ERS, CIES, CIS? São técnico-políticas-baseadas nas políticas públicas e princípios do SUS, político-partidárias, pessoais-clientelísticas, corporativas- grupos de interesse.	X	X		
Como a CIB/estadual se relaciona com o CGR, ERS e CIES. Esta relação interfere no processo de regionalização? Como?	X	X		
Como o CGR se relaciona com outros atores de relevância regional? (Ex: hospitais regionais, operadoras de planos de saúde, organizações profissionais, consórcios de saúde, instituições de ensino e pesquisa) como acontecem?	X	X		
Como são as relações intergovernamentais? (conflitiva, cooperativa; marcada por divergências e desacordos ou por estratégias de negociação, pactuação, convergência e parceria). Quais destas relações predominam? Se há conflitos comente entre quais seguimentos, os motivos dos conflitos e ou da cooperação.	X	X		
Nas relações entre a SES/ERS, entre ERS/COSEMS – há conflitos e convergências? Que tipo?	X	X		
Como o ERS e o CGR se relacionam com a SES no processo de condução da regionalização? Quais as áreas envolvidas, organização interna, articulação entre áreas mecanismos de cooperação, incentivos e recursos mobilizados.	X			
As relações que ocorrem entre as instâncias governamentais na região de saúde? São de: articulação, sobreposições ou complementaridade de atribuições.	X	X		
Como é a relação da SES/ERS junto ao consórcio e que papel exerce?	X	X		
O CGR se relaciona com o CMS? Como ocorre? Quais as estratégias, utilizadas nesta interação?	X			
Quais as relações predominantes entre o CGR/Regional e o CMS ? Se há conflitos, como são superados?	X			
	10	7	0	
4 – Relações público-privadas	Gestores	Gest. Reg.	Prest. Conv.	Rep. Plan. S.
O setor privado faz parte da rede de atenção à saúde do SUS nesta região. Essa participação é importante/significativa? O que representa no processo de regionalização? Influencia as negociações intergovernamentais no processo de regionalização? De que forma?	X	X	X	
Faz parte da rede de atenção do SUS desta região, atores e estruturas do setor público e privado. Quem são estes atores/estruturas e como são as relações?	X	X	X	
Como foi determinada, a área de abrangência, as referências e os papéis dos prestadores públicos e privados? Quem participou desse processo? Quem influenciou (prestador - público ou privado) no fluxo e na determinação das referências na microrregião? Por quê? Comente.	X	X	X	

Quais ou que tipo de convênios/contratos a sua instituição/empresa tem firmado com o SUS? Comente	X	X	X	
Que tipo de serviço o setor privado coloca a disposição do SUS? Na região, há algum serviço que não está disponível para o SUS? Por quê?	X	X	X	
Como é feita a contratualização dos prestadores privados na microrregião? JA CONTEMPLADA NA DIMENSAO I ITEM- PLANEJAMENTO E REGULACÃO DA REGIONALIZACÃO	-----	-----	-----	
A relação público-privada interfere no modelo de atenção da microrregião? De que forma?	X	X	X	
Que contribuições (positivas ou negativas) as relações entre o público e o privado trazem a regionalização da saúde, ao desenvolvimento do sistema e aos objetivos sociais?	X	X	X	
Os arranjos que vêm ocorrendo entre o público e o privado corresponde aos objetivos do sistema de saúde pública? Quais as influências do setor privado no processo decisório da regionalização e nos planos regionais?	X	X	X	
Nas instâncias regionais de planejamento e gestão, quem representa o setor privado conveniado? Como é esta participação? De que forma a relação público-privado se expressa na Programação Pactuada e Integrada (PPI)? Existem conflitos? Quais? (razões)	X	X	X	
Existe um espaço de pactuação e negociação entre a SES/ERS e os prestadores públicos e privados da região de saúde? Como funciona?	X	X	X	
A regulação da Assistência ambulatorial e hospitalar da região - como está organizada? Existem diferenças na participação dos prestadores públicos e privados?	X	X	X	
Existem problemas/conflitos relacionados à regulação da saúde na microrregião? Quais?	X	X	X	
É realizado controle avaliação, auditoria sobre o sistema complementar? Quem realiza? como realiza	X	X	X	
	13	13	13	

DIMENSÃO III– IMPACTOS DA REGIONALIZAÇÃO

1– Mudanças institucionais	Gestores	Gest. Reg.	Prest. Conv.	Rep. Plan. S.
Você considera que com a implantação do Pacto pela Saúde, houve mudanças no processo de condução da regionalização? Quais as mudanças que ocorreram? na gestão? Na organização, na prestação dos serviços, ou outras? Comente	X	X	X	
Se houve mudanças, as que ocorreram foram em decorrência de quais estratégias?	X	X	X	
Em relação a atuação do Estado/SES, e a instância regional, você observa mudanças com a regionalização da saúde? Comente a atuação de ambas e as mudanças	X	X	X	
Em relação ao Consórcio, com a regionalização da Saúde (2006) houve mudanças? Quais?	X	X	X	
Em 2011, foi editado o decreto nº 7.508, que regulamenta a Lei 8080/90. Como está à discussão e o processo de implementação da regionalização da saúde considerando as diretrizes do decreto.-	X	X	X	
O que está sendo trabalhado na região em relação ao RENASES/RENAME. Já foi Pactuado na CIB? Como está sendo organizada a atenção primária, a urgência/emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial e especializada, hospitalar e vigilância a saúde?	X			
O COAPS (Contrato Organizativo da Ação Pública)- já foi discutido?	X			
O processo de regionalização em curso possibilita a emergência de novos poderes regionais ou contribui para o fortalecimento dos poderes regionais existentes?	X			
No geral, quais os avanços, dificuldades e desafios, você aponta no atual processo de regionalização?	X	X	X	
Em sua opinião qual o impacto da regionalização em curso? Poderia ter um impacto diferente? Qual	X	X	X	
	10	6	6	

ROTEIRO ESPECÍFICO PARA AS OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE - UNIMED e UNIVIDA.

1. Que fatores determinam esta região de saúde? Comente.
2. Qual a abrangência regional desta operadora? Quais os municípios atendidos?
3. A atuação da operadora é de forma regionalizada? Como se dá a regionalização da operadora? Comente
4. Quais são os tipos de planos existentes e qual o público alvo?-classe social, empresas – qual delas tem maior percentual de adesão?
5. Esta operadora possui hospital próprio? Se não possui, qual é o principal Hospital que utiliza?
6. Que tipos de especialidades/serviços são oferecidos na região?
7. Os serviços e especialidades ofertados na região são definidos com base em quais critérios? (o SUS é levado em consideração?)
8. Como é feito o credenciamento de novos serviços? É feito algum tipo de exigência? Quais?
9. Como é realizada a regulação do fluxo de internações ou outros?
10. Há demanda reprimida? Em que área/especialidade. Comente
11. Como é a organização/ hierarquização regional da operadora? Enfrenta problemas em relação a esta organização?
12. Que tipo de serviço o setor privado coloca a disposição do SUS? Na região, há algum serviço que não está disponível para o SUS? Por quê?
13. Há convênio com hospitais públicos e filantrópicos? Existe algum convênio com as prefeituras municipais da região? E com o estado?
14. O paciente SUS é atendido por esta operadora? Comente como.
15. A relação público-privada interfere no modelo de atenção desta região? De que forma?
16. Que contribuições (positivas ou negativas) as relações entre o público e o privado trazem a regionalização da saúde, ao desenvolvimento do sistema e aos objetivos sociais?
17. Existem problemas/conflitos relacionados à regulação e ao funcionamento do sistema de saúde na região? E com relação ao SUS? Quais?
18. Existem conflitos com os prestadores, gestores e instâncias do SUS na região? Quais?
19. Participa de algum fórum regional público ou privado de discussão da saúde? (como o CRG)
20. Em relação a atuação do Estado/SES, e ERS, você observa mudanças com a regionalização da saúde? Comente
21. No geral, quais os avanços, dificuldades e desafios, você aponta no atual processo de regionalização?

CONSIDERAÇÕES FINAIS DO ENTREVISTADO

Por favor, considerando tudo o que conversamos, num balanço geral, o que eu não perguntei que você gostaria de complementar.

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



**DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA FACULDADE DE MEDICINA.
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - DMP/FMUSP**

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

O(a) Sr(a) está sendo convidado(a) para participar da pesquisa “**A Regionalização da Saúde no Estado de Mato Grosso: o processo de implementação e a relação público privada na micro-região de saúde do Médio Norte Matogrossense**”, desenvolvida pela aluna Nereide Lucia Martinelli, sob orientação da Prof. Dra. Ana Luiza D’ Ávila Viana, para elaboração da Tese a ser apresentada à Universidade de São Paulo - DMP, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Ciências.

O(a) Sr(a) foi selecionado(a) pela relevante participação na gestão, formação ou prestação de serviços no sistema de saúde da Região do Médio Norte Matogrossense e sua participação não é obrigatória. A qualquer momento o Sr(a) pode desistir de participar e retirar seu consentimento, sem nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a USP/DMP.

Esse trabalho tem como objetivo analisar “**Analisar o processo de regionalização da saúde na microrregião do Médio Norte Matogrossense e o mix público privado no sistema de saúde regional**”. Sua participação nesta pesquisa consistirá em conceder uma entrevista sobre questões relativas ao funcionamento da instituição/organização no sistema de saúde regional que explicitem a relação entre o público e o privado nos processos relacionados à regionalização do SUS, bem como fornecer documentos existentes que permitam maior entendimento das questões relativas ao tema. Caso o Sr(a) esteja de acordo, a entrevista deverá ser gravada para transcrição posterior, visando facilitar o processamento do material. Entretanto, o Sr(a) poderá solicitar à pesquisadora que não grave ou que interrompa a gravação a qualquer momento durante a realização da entrevista.

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

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

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

Nereide Lucia Martinelli
Pesquisadora

Dra. Ana Luiza D’ Ávila Viana
Orientadora- USP/DMP

USP - Rua Drº Arnaldo , Tel.: +55 11 3061-7000

Tel. CEP/USP- CEP: 01246903 - São Paulo - SP - Brasil - Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Assinatura legível do entrevistado e ou chefe do setor onde será coletado informações para a pesquisa-
Região de Saúde de Tangará da Serra

Local e data: _____

APÊNDICE C – Matrizes de análise por dimensão

Quadro I – Matriz de análise do processo de regionalização na região de saúde de Tangará da Serra - Dimensão Institucionalidade da regionalização.

SUB DIMENSÕES	INDICADORES
Histórico da regionalização	– Definição da região de saúde: limites, área geográfica, localização, municípios integrantes, capacidade instalada e estrutura organizacional do ERS; – continuidades e rupturas na organização e funcionamento da regionalização.
2- desenho da regionalização	- mapa de recorte da região: macro, micro; abrangência territorial, limites, e população; – recorte da região: pré e pós-pacto pela saúde. – fatores determinantes e condicionantes na delimitação da região: população, capacidade instalada da rede de saúde e complexidade, fluxos populacional, rede viária, parcerias entre municípios, perfil epidemiológico, dinâmica econômica e social, identidade cultural; – interfaces da região de saúde com outras políticas públicas do Estado.
3-Finalidades e escopo da regionalização	– finalidades da regionalização: acesso; minimizar desigualdades sociais regionais; desenvolvimento regional; – foco da regionalização: organização da rede de serviços de saúde; implementação de políticas de saúde (vigilâncias, formação, etc.).
4-Estratégias políticas da regionalização	– interfaces da política de condução da regionalização da saúde com outras políticas regionais do governo do estado; – inserção da regionalização da saúde e lugar que ocupa na agenda política da SES e do Escritório Regional de Saúde; – Existência de estratégias regionais - contratação e lotação de profissionais, logística de apoio a regionalização – transporte, compras.
5-Planejamento e regulação da regionalização	– existência de instrumentos de planejamento regional de saúde, e de organização da regulação: fluxos de pessoas (centrais de agendamento, leitos e regulação; cartão saúde, tratamento fora domicílio); – Estratégias e participações no processo de planejamento regional; – Existência, e situação dos planos que orientam o processo de regionalização da saúde; - influencias no planejamento e regulação da rede de serviços de saúde; – organização da rede de serviços antes e depois do pacto: complexidade, redes de serviços, linhas de cuidado; – contratualização de prestadores: instrumentos, acompanhamento; – existência de problemas/ conflitos: planejamento e regulação intra e inter regional.
6-Financiamento da regionalização	– existência de recursos e incentivos a regionalização: compensação de desigualdades na região, qualificação profissional, investimentos regionais (construção, ampliação, equipamentos, veículos) - origem, tipos, finalidades, e critérios; – Existência e tipos de mecanismos de programação distribuição de recursos financeiros compatíveis com a regionalização - critérios e finalidades; – Existência de fundos regionais de recursos (consórcios de saúde, fundos estaduais compensatórios, outros fundos).

FONTE: elaboração própria com base na Matriz de referência para elaboração de instrumentos de coleta e análise de informações (módulos 1 e 2 da pesquisa) da pesquisa “avaliação nacional das Comissões Intergestores Bipartites (CIBS): as CIBS e os modelos de indução da regionalização no SUS”(Viana, et al.,2010).

Quadro II – Matriz de análise do processo de regionalização na região de saúde de Tangará da Serra -Dimensão Governança da regionalização.

SUB DIMENSÕES	INDICADORES
1-Estruturas de integração e gestão regional	– existência de instâncias de planejamento e gestão governamental região – CGR, consórcio intermunicipal, estruturas de representação regional da SES, CIES, câmaras técnicas e outros; – CGR, Consórcio, CIES - estrutura, organização e funcionamento, características, finalidades, papel e contribuição das instâncias regionais no processo de regionalização; – critérios de escolha dos membros das instancias regionais; – participação de profissionais e representantes do prestador público e privado nas instancias regionais; – reuniões das instancias regionais: definição, temas de consenso e influencias na pauta, tipos de reuniões; – papel da SES/ERS no processo de regionalização; – existência de recursos financeiros disponíveis para instancias regionais; – participação do Conselho Municipal de Saúde no processo decisório; – forma de processo decisório – voto, consenso.
2 - O Papel do CGR na regionalização	– existência de estratégias de interação governamental no CGR; – influencias e papel do CGR na formulação e implementação das políticas de regionalização; – influencias do CGR no processo de regionalização; – existência de pactos de cooperação estabelecidos entre os gestores no CGR; – fatores que facilitam ou dificultam o funcionamento do CGR.
3-Relações Intergovernamentais	– tipos de relações entre os membros do CGR, ERS, CIES, Consorcio Intermunicipal de Saúde (CIS); – relações da CIB/Estadual com CGR, ERS, CIES; – existência e forma de relações do CGR com outros atores de relevância regional: hospital de referencia regional, operadoras de planos de saúde, organizações profissionais, consórcio intermunicipal de saúde, instituições de ensino e pesquisa; – predomínio e tipos de relações intergovernamentais- conflitiva, cooperativa, parceria, articulação, sobreposição ou complementaridade de atribuições, outras; – tipo de relações entre a SES/ERS, ERS/ COSEMS - conflitos e convergências.
4 - Relações Público-privada	– importância e influencias do setor privado na rede e modelo de atenção saúde do SUS na região; – atores e estruturas do setor público e privado na região; – participação, influencia, área de abrangência e critérios na definição das referencias na região de saúde; – existência e tipos de convênios/contratos firmados com o SUS; – tipos de serviços existentes no setor privado e disponível ao SUS; – relações estabelecidas entre o publico e privado e objetivo do SUS; – participação do setor privado no processo de planejamento e gestão da regionalização; – existência de espaço de pactuação e negociação entre a SES/ERS e prestadores públicos e privados; – organização, funcionamento e conflitos na regulação; – existência de mecanismos de controle, avaliação e auditoria sobre o sistema complementar.

FONTE: elaboração própria com base na Matriz de referência para elaboração de instrumentos de coleta e análise de informações (módulos 1 e 2 da pesquisa) da pesquisa “avaliação nacional das Comissões Intergestores Bipartites (CIBS): as CIBS e os modelos de indução da regionalização no SUS”(Viana, et al., 2010).

Quadro III – Matriz de análise do processo de regionalização na região de saúde de Tangará da Serra-Dimensão Impactos da regionalização.

SUB DIMENSÕES	INDICADORES
1 - Mudanças Institucionais	– estratégias e mudanças observadas com implantação do pacto pela saúde: condução, gestão, organização e funcionamento, capacidade instalada e prestação de serviços; – mudanças em relação à atuação do estado - SES, ERS, consorcio Intermunicipal de saúde; – processo de implantação do decreto 7508, RENAME, RENASES, COAP; – Mudanças observadas em relação aos poderes regionais existentes; – avanços, dificuldades e desafios do processo de regionalização.

FONTE: elaboração própria com base na Matriz de referência para elaboração de instrumentos de coleta e análise de informações (módulos 1 e 2 da pesquisa) da pesquisa “avaliação nacional das Comissões Intergestores Bipartites (CIBS): as CIBS e os modelos de indução da regionalização no SUS”(Viana, et al.,2010).