



**FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

**Nilo Brêtas Júnior**

**PLANEJAMENTO REGIONAL COMPARTILHADO NO SUS: Estudo de caso em  
Minas Gerais**

**Dissertação apresentada como requisito parcial  
para obtenção do grau de Mestre em Saúde  
Coletiva ao Programa de Pós Graduação em  
Saúde Coletiva da Universidade de Brasília.**

**Orientadora: Prof. Dra. Helena Eri Shimizu**

**BRASÍLIA- DF**

**2013**

**Nilo Brêtas Júnior**

**PLANEJAMENTO REGIONAL COMPARTILHADO NO SUS: Estudo de caso em  
Minas Gerais**

**Dissertação apresentada como requisito parcial  
para obtenção do grau de Mestre em Saúde  
Coletiva ao Programa de Pós Graduação em  
Saúde Coletiva da Universidade de Brasília.**

**Aprovado em 30 de janeiro de 2013**

**BANCA EXAMINADORA**

**Helena Eri Shimizu – (Presidente) – UNB**

**Lêda Lúcia Couto de Vasconcelos – MS**

**Antônio José Costa Cardoso - UNB**

## **AGRADECIMENTOS**

À Professora Doutora Maria Fátima de Sousa, pela aposta e apoio ao Mestrado Profissionalizante;

A todos os Professores pelas valiosas aulas e orientações para que este estudo fosse elaborado;

À Diretoria do CONASEMS, pela aposta, pelo apoio a realização do Mestrado, e enorme compreensão para a disponibilidade de tempo;

À Diretoria do COSEMS MG, seus assessores e funcionários pela confiança, apoio e disponibilização do acesso aos relatórios;

Aos vinte e dois Apoiadores Regionalizados do COSEMS MG pela produção do caso;

À Sibeles Maria Gonçalves Ferreira, pelas discussões “altas horas” sobre o tema e pela doação de parte da bibliografia utilizada; e,

Aos amores e amigos pela ausência em vários momentos para a realização desse trabalho.

## RESUMO

O estudo tem como objetivo analisar o processo de planejamento regional compartilhado desenvolvido pelo Conselho de Secretarias Municipais de Saúde de Minas Gerais, durante os anos de 2007 a 2011. Foi realizado um estudo de caso, através de análise documental e para a análise dos dados foi desenvolvida uma matriz contendo três categorias analíticas, a saber: Direcionalidade, Responsabilização e Compartilhamento. Os resultados mostram que apesar do enunciado com clareza da missão e da ampla participação dos gestores da saúde na formulação do planejamento, a agenda dos dirigentes é orientada por outros objetivos e por imprevistos. A responsabilização pelo planejamento é baixa devido a falta de designação mais precisa dos responsáveis pelas ações planejadas e pela inexistência de um sistema de petição e prestação de contas, embora exista um grande esforço em melhorar tal situação e existam indícios de maior visibilidade das ações da gestão. Por fim, é grande o compartilhamento da gestão do planejamento por meio de ampla discussão e formulação de estratégias conjuntas para enfrentamento dos problemas. Conclui-se que é possível realizar o planejamento regional compartilhado, embora o processo necessite de aperfeiçoamento. O Sistema de Direção Estratégica de Carlos Matus traz vários elementos que contribuem para a conformação de modelos de gestão que fortaleçam o SUS, inclusive como instrumento prático-operacional.

Palavras – Chave: Planejamento em Saúde; Gestão em Saúde; Regionalização.

## **ABSTRACT**

The study analyzes the regional planning process developed by the Council of Municipal Managers of Health in Minas Gerais, during the years 2007 to 2011. Was conducted a case study, through the analysis of documents and a matrix containing three analytical categories, namely: Directionality, Accountability and Sharing, has been developed. The results show that despite the clearly stated mission and broad involvement of health managers in formulating the plan, the managers' agenda is driven by other objectives and contingencies. The responsibility for planning is low due to lack of more precise designation of those responsible for planned actions and the absence of a system of petition and accountability, although there is a great effort to improve this situation and there are indications of increased visibility of the management actions. Finally, a large share of management planning through extensive discussion and formulation of strategies for dealing with problems. It is concluded that it is possible to perform the regional planning shared, but the process need improvement. The Steering System Strategic of Carlos Matus brings several elements that contribute to management models that strengthen the SUS, including as a practical tool-operating.

Key - Words: Health Planning, Health Management; Regionalization.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Triângulo de Ferro do Governo _____	20
Figura 2 - Modelo de análise do planejamento macrorregional em MG _____	43
Figura 3 - COSEMS Regionais em Minas Gerais _____	45

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

CENDES – Centro de Desenvolvimento da Universidade Central da Venezuela

CIB – Comissão Intergestores Bipartite

CIR - Comissão Intergestores Regional

CIRA - Comissão Intergestores Regional Ampliada

CIT - Comissão Intergestores Tripartite

CLAD - Centro Latino-Americano de Administração para o Desenvolvimento

COAP – Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde

CONASEMS – Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde

COSEMS MG – Conselho de Secretarias Municipais de Saúde de Minas Gerais

ENSP – Escola Nacional de Saúde Pública

FIOCRUZ – Fundação Osvaldo Cruz

GT – Grupo de Trabalho

LAPA – Laboratório de Planejamento e Administração

NOAS – Norma Operacional da Assistência à Saúde

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde

PES – Planejamento Estratégico Situacional

PGASS – Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde

PMAQ – Programa de Melhoria e Avaliação da Qualidade da Atenção Básica

PPI – Programação Pactuada e Integrada

PRI – Planejamento Regional Integrado

PROHOSP – Plano de Investimentos na Atenção Hospitalar

RAG – Relatório Anual de Gestão

RAS – Rede de Atenção à Saúde

RENAME – Relação Nacional de Medicamentos Essenciais

RENASES – Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde

SES MG – Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais

SUS – Sistema Único de Saúde

## SUMÁRIO

Folha de Aprovação	1
Agradecimentos	2
Resumo	3
Abstract	4
Lista de Figuras	5
Lista de Abreviaturas e Siglas	6
1. Introdução	7
2. Objetivo Geral e Específicos	9
3. Fundamentação Teórica	10
3.1. O Conceito de Situação	11
3.2. A teoria da Ação Social	11
3.3. A Teoria da Produção Social	12
3.4. O Método PES	13
3.5. A Teoria das Macro-organizações e o Sistema de Direção Estratégica	15
3.6. A Análise Macro-Organizacional	15
3.7. As Estratégias de Mudança Macro-Organizacional	18
3.8. O Sistema de Direção Estratégica	20
3.9. As Análises de alguns autores sobre a Teoria Organizacional do PES e sobre o seu modelo de direção estratégica na saúde	23
4. Desafios Atuais do Planejamento Regional no SUS	34
5. O Método	40
6. O Processo desenvolvido pelo COSEMS MG	44
7. Resultados	52
8. Discussão	55
9. Considerações Finais	63

10. Referências	69
Artigo apresentado à Revista Physis: Revista de Saúde Coletiva	74
11. Anexos	9

## 1. INTRODUÇÃO

A regionalização da saúde presente na constituição federal de 1988 como princípio organizativo, pressupõe a mobilização e participação ativa de todos os gestores envolvidos. Com o Pacto pela Saúde 2006, aprimorado pela regulamentação da Lei 8080 de 1990 por meio do Decreto Presidencial 7508 de 2011, bem como pela Lei federal 12.466 de 24 de agosto de 2011 e Lei Complementar 141 de 16 de janeiro de 2012, a organização do processo de descentralização através da regionalização ganha novos contornos ao estabelecer o pressuposto de gestão compartilhada da rede de atenção para sua efetivação. O Planejamento em Saúde como instrumento de tomada de decisão e de integração entre sistemas de saúde nas regiões ganha assim centralidade no desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS).

Apesar da longa história do planejamento em saúde na América Latina e no Brasil desde o Método CENDES – OPAS, formulado pelo Centro de Desenvolvimento da Universidade Central da Venezuela com o apoio e aval da Organização Pan-Americana da Saúde até as produções derivadas da crítica a esse método normativo <sup>(1)</sup> a fragilidade do planejamento nos processos de tomada de decisão sinaliza a necessidade de superação de obstáculos de aplicação metodológica, a necessidade de maior contextualização de seu uso, de maior abrangência de modelos explicativos de causalidades dos problemas de saúde e de incorporação de conteúdos comunicativos capazes de alavancar mudanças.

Não obstante a característica essencialmente programática do planejamento em saúde, a construção regionalizada de políticas de saúde e com ação integrada entre entes federados autônomos, traz um novo desafio, e talvez, uma oportunidade para o aperfeiçoamento dos processos de planejamento. Já não se trata apenas de planejamento de um ente federado, mas de compartilhamento de estratégias, de ações combinadas e de concatenação de esforços entre entes autônomos. Sem abrir mão da unicidade de princípios diretivos e organizativos do sistema, a atual política de construção do SUS, representada pela regulamentação da Lei 8080, inserida no pacto interfederativo brasileiro, exige diversidade de estratégias e de ação para enfrentamento dos problemas de saúde.

O Planejamento Regional Integrado pressupõe que cada ente federado realize o seu planejamento considerando as especificidades do território para além dos limites territoriais do município; as necessidades de saúde da população; a definição de prioridades, diretrizes, objetivos e metas a serem alcançadas mediante ações e serviços programados; a conformação das redes de atenção à saúde, contribuindo para melhoria da qualidade do SUS e impactando na condição de saúde da população. É essencial não somente para racionalização de recursos, mas para garantia da integralidade da atenção e de eficiência e eficácia do sistema de saúde bem como para a diminuição das desigualdades de acesso existentes nas regiões de saúde.

Neste sentido, o presente trabalho pretende contribuir para o planejamento regional em saúde no SUS, evidenciando elementos essenciais que qualifiquem esse processo.

## **2. OBJETIVO GERAL E ESPECÍFICOS**

A questão norteadora do estudo apresentado na presente dissertação é se é possível realizar um planejamento regional compartilhado entre os entes federados que supere as desigualdades entre os sistemas de saúde e seja capaz de enfrentar os problemas de organização da rede de atenção e de gestão.

O Objetivo geral foi analisar o processo de planejamento compartilhado desenvolvido pelo Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do estado de Minas Gerais (COSEMS MG), no período de 2007 a 2012. Como objetivos específicos, o estudo se propôs a:

- a. Identificar se a configuração da agenda dos dirigentes de saúde nas regiões confere direcionalidade à gestão regional no processo de planejamento regional;
- b. Verificar se a prestação de contas das ações pactuadas confere responsabilização pela gestão regional;
- c. Analisar se ocorre compartilhamento da gestão das ações na região de saúde.

### 3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A fundamentação teórica do estudo está construída sobre a Teoria Macro-organizacional do Planejamento Estratégico Situacional (PES) e o Sistema de Direção Estratégica, que o autor, Carlos Matus, concebeu sobre as organizações e um modelo para conduzi-las.

Previamente à apresentação dessa fundamentação, é necessária uma visão geral do Planejamento Estratégico Situacional, formulado pelo autor, para compreender o contexto no qual foram formuladas tais teorias.

Carlos Matus é uma referência ao se falar de planejamento na América Latina, e suas teorias influenciaram em muito a área de saúde.

Com formação militar e Ministro da Economia do Governo destituído de Salvador Allende, pelo golpe militar no Chile, Matus busca com suas reflexões formular processos para conferir maior governabilidade aos governos de esquerda da América Latina. Para ele, a principal deficiência na capacidade de governo dos países latino-americanos está na fragilidade de seus métodos de planejamento.

Em sua formulação teórica, ocupa destaque um triângulo de governo formado pelo projeto de governo, definido como o conjunto de propostas e projetos que um ator propõe realizar para alcançar seus objetivos; pela capacidade de governo, descrita como acervo de técnicas, métodos, destrezas, habilidades e experiências de um ator e sua equipe de governo, para conduzir o processo social a objetivos declarados; e pela governabilidade, definida pelas variáveis que o ator controla e não controla no processo de governo <sup>(2)</sup>. Essas três dimensões, condicionam-se mutuamente, demonstrando a complexidade do processo de governar.

Com base nesse triângulo de Governo, Matus fundamenta teoricamente o método PES, capaz de dar maior capacidade de governo a um ator em situação. Sua teoria tem como conceitos fundamentais: O conceito de Situação, a Teoria da Ação Social e a Teoria da Produção Social, que descrevemos a seguir.

### 3.1 O CONCEITO DE SITUAÇÃO

Carlos Matus se baseia em vários autores para desenvolver seu conceito de situação, com destaque para Gramsci, Heidegger, Sartre, Gadamer e Ortega e Gasset. A partir de seus estudos, conclui que os fatos somente possuem significado quando compreendido o contexto (situação) no qual ocorrem. Assim, a situação seria uma apreciação da realidade feita pelo ator em relação às ações que projeta produzir, visando preservar ou alterar a realidade em que vive <sup>(2)</sup>. Assim, para que um ator possa explicar determinada realidade deve entender a situação como o espaço de produção social onde ele desempenha um papel, assim como seus oponentes, e onde tudo o que ocorre em termos de produção social depende da interação desses atores com o cenário que os envolve <sup>(2)</sup>.

Carlos Matus se opõe à ideia de diagnóstico formulada pelo planejamento normativo hegemônico na escola cepalina, que pressupõe a possibilidade de uma única explicação da realidade, uma verdade objetiva, feita por alguém que aprecia a realidade “de fora” dela. Assim, o PES admite várias explicações, tendo em vista a existência de vários atores e suas diferentes formas de ver o mundo, sendo que todas elas são verdadeiras do ponto de vista situacional.

### 3.2 A TEORIA DA AÇÃO SOCIAL

Carlos Matus formula sua teoria da ação social partindo do conceito de situação e da concepção de realidade como um sistema social interativo de alta incerteza, onde os diferentes atores estabelecem relações que vão da cooperação ao conflito. Assim, a ação humana seria intencional, reflexiva e criativa, orientada por objetivos numa determinada situação, que pode ir da cooperação ao conflito.

Matus critica a visão do planejamento normativo baseada no estímulo intencional e reflexivo do planejador sobre um objeto, esperando uma reação previsível. Desta forma, critica a noção de ação humana baseada em uma racionalidade instrumental simples e aponta outra racionalidade, a racionalidade instrumental estratégica.

Influenciado pelas consequências do golpe militar chileno, o PES busca assim, aumentar a governabilidade baseado nessa racionalidade estratégica que busca “vencer” o outro, tornando o método uma ferramenta para tal.

### 3.3 A TEORIA DA PRODUÇÃO SOCIAL

A formulação de Matus sobre o processo de produção social embasa a sua Teoria das Macro-organizações e o Triângulo de Ferro (da gestão) macro-organizativo, que são a fundamentação teórica deste estudo e que serão explicitados adiante.

Centrado sobre o “homem de ação”, Matus formula, assim, uma crítica às ciências baseadas no positivismo, que fragmentam e compartimentam a realidade em setores e departamentos (sociologia, ciência política, biologia, saúde, educação, transporte, etc) e propõe então uma teoria integradora da totalidade social, pois, em sua visão, esse homem atua numa realidade que não reconhece os departamentos criados pelas universidades nem os setores criados pelo planejamento econômico (2).

Utilizando a metáfora de um jogo, desenvolve a Teoria da Produção Social que possibilita ao homem a capacidade de apreciação do conjunto da realidade de que necessita e perpassa por todos os momentos do método PES, mas de maneira mais marcante os momentos explicativo e tático operacional.

O processo de produção social é explicado em sua teoria como um jogo onde o “eu” e o “outro” são os jogadores. Luís Cecílio (3) sintetiza bem a metáfora matusiana:

... os jogadores (atores sociais) submetendo-se a determinadas regras (genoestruturas) fazem jogadas (fluxos de produção social) que lhes permitem acumular ou desacumular recursos (fenoestruturas). No processo de produção social os atores podem, a partir de jogadas acertadas e conseqüente acumulação de poder chegar a mudar as regras mais básicas da sociedade que são as formas de propriedade dos meios de produção e seu aparato jurídico constitucional (p.254<sup>3</sup>).

Desta forma, a produção social, entendida como tudo o que é produzido pela ação humana (valores, ideologias, bens e serviços econômicos, teorias, ciências, instituições, linguagem), se dá em diferentes níveis ou planos que são interdependentes.

O plano das regras fundamentais – genoestruturas refere-se à macroestrutura política, social e econômica de uma sociedade. Nas sociedades capitalistas, estas regras dizem respeito à estrutura de classe decorrente da forma de propriedade dos meios de produção. Elas definem “o espaço de variedade do possível”, ou seja, tem um caráter restritivo em relação à possibilidade que os atores têm de produzir fatos na situação. As genoestruturas são muito estáveis e suas alterações marcam as grandes mudanças da história <sup>(2)</sup>.

O plano das acumulações – fenoestruturas refere-se à correlação de forças entre os atores sociais em situação, de acordo com os recursos de poder que cada um detém. Os jogadores podem possuir capacidades acumuladas e se relacionam com outras fenoestruturas. Nas palavras de Matus <sup>(2)</sup> o que é comum a todas as fenoestruturas é que constituem capacidade de produção de fatos políticos, econômicos, organizativos, cognitivos, comunicacionais, etc, de bens e serviços econômicos e de valores. Isto é, são capazes de gerar fluxos de produção.

O plano dos fatos – fluxos ou produção social refere-se às jogadas do jogo, o que se faz, o que se produz; quais são os efeitos e os resultados. Terão sempre uma dimensão econômico-social; uma dimensão ideológico-cultural; uma dimensão cognitiva; uma dimensão jurídico-legal e uma dimensão ecológico-social.

Existem relações entre os três planos que se dão no interior de determinada situação. Fatos que ocorrem no cotidiano podem “fenoestruturar-se”, ou seja, reverter-se em capacidade de produzir fatos como, por exemplo, o investimento feito por um país que reverte em maior capital nacional, gera maior capacidade produtiva.

A construção matusiana recebe duas influências mais marcantes, uma advinda da biologia, pela relação de determinação genótipo-fenótipo, e outra do marxismo, especificamente de Kosik, que se refere à distinção entre essência e aparência, que corresponderiam, respectivamente, à genoestrutura e fenoestrutura <sup>(4)</sup>.

### 3.4 O MÉTODO PES

Matus elabora um método de planejamento que vai operacionalizar os conceitos fundamentados teoricamente. Em que pesem as críticas quanto à complexidade, o método PES tem sido amplamente utilizado e adaptado por

movimentos sociais e partidos políticos, por empresas privadas, por governos e também na área da saúde, principalmente em experiências de caráter inovador e que buscam mudar a realidade <sup>(2)</sup>.

Apresentamos brevemente aqui, os quatro momentos do Planejamento Estratégico Situacional, visando expor seus conteúdos e características principais.

O momento explicativo no qual o ator que planeja realiza a identificação dos problemas e explica-os. Utiliza-se de um fluxograma composto de uma rede de relações causais que vão das regras à produção dos fatos, de acordo com a Teoria da Produção Social.

O momento normativo no qual é desenhado o plano é o momento do “deve ser”. Definem-se as situações-objetivo como uma construção ativa do futuro; em seguida parte-se para a construção do programa de atividades, discriminando-as em operações e ações que possibilitarão a transição da situação inicial para a situação – objetivo.

O momento estratégico compreende a análise e construção da viabilidade do plano. Parte-se da análise de governabilidade dos diversos atores envolvidos, explicitando-se seus interesses, recursos de poder e motivações. A análise de viabilidade compreende três dimensões básicas: política, econômica e organizativa. Com essa análise é preciso olhar às várias operações e ações do plano, com vistas à tentativa de superação das barreiras até a aceitação das restrições e o descarte de algumas ações. No entanto, o PES tende a privilegiar a construção de viabilidade, através de variadas estratégias para superação das restrições de poder, que podem ser do tipo negociação, cooptação ou conflito.

O momento tático operacional corresponde à operacionalização do plano. Caracteriza-se pela mediação entre o conhecimento e a ação na conjuntura do ator <sup>(5)</sup>. O que se discute nesse momento é um sistema de direção capaz de executar o que foi planejado.

Matus desenvolveu posteriormente à formulação do PES, principalmente nos últimos anos de sua vida, um enriquecimento deste momento, construindo uma proposta de análise organizacional que fundamenta um modelo de Direção Estratégica, que correspondem, respectivamente, à Teoria das Macroorganizações e ao Triângulo de Ferro do jogo macro-organizacional.

### 3.5 A TEORIA DAS MACRO-ORGANIZAÇÕES E O SISTEMA DE DIREÇÃO ESTRATÉGICA

[A Teoria das Macroorganizações] faz a crítica da teoria da organização, especialmente no que diz respeito à omissão das dimensões macroorganizacional e lingüística; define o caráter empírico-normativo da maioria de tais concepções e aponta a ausência de um corpo teórico sólido sobre as organizações e seu funcionamento. A partir dessa crítica, analisa as várias tentativas de construir uma ciência da organização que possa apoiar e operacionalizar técnicas de concepção dos modelos macroinstitucional, macroorganizacional e microorganizacional. Desta perspectiva, examina as contribuições tradicionais, assim como as novas concepções que surgem da teoria das conversações, da cibernética e da teoria das macroorganizações. Trata-se de corpo teórico-chave para conceber o modelo macroorganizacional do aparato público, com base em novas regras que visem à sua eficiência e eficácia (p. 89-90<sup>6</sup>).

Matus propõe para isso a análise macro-organizacional; as estratégias de mudança macro-organizacionais e; o Sistema de Direção Estratégica que sintetizamos a seguir.

### 3.6 A ANÁLISE MACRO-ORGANIZACIONAL

Como Macro-organização, Matus se refere a um sistema onde coexistem várias organizações, e ninguém possui autoridade absoluta sobre todas as organizações que integram tal sistema. O exemplo que o próprio autor traz de Macro-organização é o da “institucionalidade de um país”, pois todas as organizações nele existentes respondem a diferentes autoridades. Outro exemplo, cenário deste estudo, diz respeito a um sistema de saúde regional, onde estão presentes várias outras macro-organizações (superintendências e gerencias regionais do estado, COSEMS regional, secretarias municipais de saúde) e micro-organizações (estabelecimentos de saúde), e onde nenhuma tem autoridade absoluta sobre as demais organizações. Assim, uma Superintendência ou Gerencia Regional de Saúde, não detém poder total para influenciar os serviços de saúde de determinado município, pois lá também reside outra organização (Secretaria Municipal de Saúde) responsável pela gestão da saúde em seu território.

Em uma Macro-organização prevalecem relações paralelas de coordenação:

Denominamos 'relações paralelas' ou de interação, aquelas pelas quais os jogadores coexistem e competem em um jogo sujeito a regras. As relações paralelas podem ser relações de igualdade ou desigualdade, mas nunca relações de dependência hierárquica. Nas relações paralelas só é exigida obediência às regras do jogo (p. 346<sup>6</sup>).

Outro conceito matusiano importante para se compreender a Teoria das Macroorganizações é o de Alta Direção.

Denominamos coordenação de alta direção àquela que se realiza na cúpula das organizações participantes do jogo macro-organizacional, e caracteriza-se por ser criadora de diretrizes para o nível gerencial, por se auto-impor os grandes objetivos e por conduzir a estratégia de convivência com as outras organizações participantes do jogo macro-organizacional (p. 346<sup>6</sup>).

No sistema de saúde brasileiro, a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) pode ser considerada como alta direção. Na esfera estadual do SUS, podemos considerar como alta direção a Comissão Intergestores Bipartite (CIB). Nas Regiões de Saúde, conforme definidas pelo Decreto Presidencial 7508 de 28 de junho de 2011, podemos considerar como alta direção a Comissão Intergestores Regional (CIR). E em Minas Gerais, cenário deste estudo, podemos considerar alta direção regional, as CIR de abrangência microrregional e as Comissões Intergestores Regional Ampliada (CIRA) de abrangência macrorregional.

Quanto à dinâmica de funcionamento das Macroorganizações, Carlos Matus aplica a sua Teoria da Produção Social, anteriormente descrita. Para ele, a Teoria da Produção Social aplicada às Macro-organizações significa a compreensão destas como um sistema social, que pressupõe a presença de diversos atores com interesses e motivações variadas e que não apenas estabelecem relações de cooperação, mas também de conflito <sup>(2)</sup>.

Neste estudo, o conflito existe em algumas situações, mas não há vencedores ou vencidos, pois as decisões são tomadas por consenso.

Como na Teoria da Produção Social, o funcionamento das Macro-organizações se dá, portanto, em três planos: regras, acumulações e fluxos de produção.

Neste estudo, as regras da Macro-organização seriam, portanto, a direcionalidade (prioridades), a governabilidade (capacidade de obtenção de consensos sobre as estratégias ou sua fraqueza diante da não obtenção, a demanda a outra esfera pela decisão) e as responsabilidades (petição e prestação de contas).

Direcionalidade – Diz respeito à missão da Macro-organização, às funções que deve cumprir para dar resposta e satisfazer às necessidades sociais, atuais ou potenciais. Matus <sup>(8)</sup> assinala que embora qualquer organização nasça para satisfazer uma demanda social externa, não é pouco frequente que elas envelheçam servindo a si mesmas, relegando a um segundo plano sua missão principal. Nesta concepção, as organizações podem ser, em dois tipos ideais, adequadas ou inadequadas, dependendo de ela satisfazer ou não àquela demanda. “... *essas regras definem precisamente a correspondência formal entre compromissos de oferta de ação institucional e as necessidades e demandas do sistema social em uma situação concreta*” <sup>(7)</sup>.

Governabilidade – Esta regra exprime-se na forma de distribuição das capacidades de tomar decisão pelo interior da organização, o que está relacionado com a distribuição do poder. Estas regras definem o grau de centralização ou descentralização do sistema macro-organizacional. Matus demonstra os malefícios resultantes da centralização do poder, que acarretam ineficácia e ineficiência.

O poder de decisão concentrado mata a criatividade e a capacidade de resposta oportuna do sistema ante as mudanças da realidade e as oportunidades, e enfatiza as relações hierárquicas de dependência, ao passo que a distribuição de poder enfatiza as relações de coordenação. A governabilidade concentrada acumula na cúpula inumeráveis problemas de baixo valor nesse nível, mas de alto valor na base (p. 342<sup>7</sup>).

Portanto, Matus defende a distribuição do poder, de forma a permitir às partes da organização trabalhar somente com problemas de alto valor, dando respostas rápidas e criativas. Conforme a autonomia e liberdade de ação das organizações que compõem o jogo macro-organizacional, Matus classifica as organizações em dois extremos: centralizadas ou descentralizadas.

O princípio de descentralização do PES diz que “*nenhum problema quase-estruturado deve ser processado em um nível no qual vá receber um tratamento rotineiro. Todos os problemas devem ser tratados criativamente...*” <sup>(7)</sup>. Assim, cada

parte da organização deve ser capaz de trabalhar com problemas de alto valor, ou seja, deve ter governabilidade sobre eles. Outro princípio complementa e afasta a possibilidade de uma autonomização, que pode levar à atomização e desintegração na Macro-organização: o princípio da centralização.

Se um problema quase-estruturado pode ser dissolvido eficazmente em um espaço maior ou mais amplo, não deve ser processado no espaço original, e sim ascender até encontrar o nível mais centralizado que o possa abordar com maior criatividade, visão de conjunto, responsabilidade e controle das variáveis (p.356<sup>7</sup>).

Responsabilidade – Esta regra estabelece a distribuição de responsabilidades e/ou compromissos pelo interior da organização e, principalmente, a forma pela qual é exigido o cumprimento dos compromissos assumidos. Classifica a organização como de alta ou baixa responsabilidade. Para Matus, somente há planejamento (*cálculo que precede e preside a ação*) em organizações onde predominam regras de alta responsabilidade. O autor refere a uma organização de alta responsabilidade quando ninguém está isento de pedir ou prestar contas sobre seu desempenho. Para Matus a responsabilidade obriga à criatividade e esta obriga à descentralização.

As regras descritas se expressam, no nível das acumulações, em um sistema organizativo que acarreta um determinado fluxo de produção (resoluções e outros produtos organizacionais). As regras de direcionalidade exigem um sistema de agenda dos dirigentes; as regras de governabilidade exigem por sua vez, um sistema de gerência por operações e; as regras de responsabilidade, um sistema de petição e prestação de contas. Estes três sistemas compõem o Sistema de Direção Estratégica da Teoria Macro-organizacional do PES, expresso em um Triângulo de Ferro, que será apresentado mais adiante.

### 3.7 AS ESTRATÉGIAS DE MUDANÇA MACRO-ORGANIZACIONAL

Para Carlos Matus, mudar para melhor as instituições públicas Latino-americanas exigiria repensar seus fluxos (produtos), de maneira a torná-los mais adequados às necessidades sociais, estimar as deficiências de suas acumulações

(seu Sistema de Direção Estratégica) em relação aos novos fluxos e verificar a necessidade de mudar as regras organizacionais, tornando-as mais adequadas às acumulações requeridas.

Matus (7,8) aponta duas possibilidades concretas para isso. A primeira implicaria em mudar gradualmente cada sistema da organização, um de cada vez (reforma horizontal); a segunda pressupõe mudança simultânea de todos os sistemas de cada organização (reforma vertical). Sua opção é a segunda alternativa, o que possibilita uma perspectiva de mudança global e total. Sua justificativa está calcada no fato de que uma mudança gradual, sistema por sistema, enfrenta sempre grande resistência, pois na medida em que se vai reformulando um, os demais vão criando mecanismos de defesa contra tal processo e, ao mesmo tempo, quando se passa de um sistema reformado para outro, existem tendências de o primeiro retroagir ao estado inicial, uma vez que vai entrando em conflito com os sistemas ainda não reformados.

Matus diferencia mudança macro-organizacional de simples propostas de reformas administrativas, chamando a atenção para a existência de relação entre estruturas mentais (cultura organizacional), práticas de trabalho e formas organizacionais. As reformas administrativas tendem a centrarem-se sobre a última. Matus aponta que uma organização somente justifica-se pelas suas práticas de trabalho e pelos produtos delas resultantes. Desta forma, uma organização pode mudar suas práticas de trabalho sem alterar suas formas organizacionais ou mudar suas formas organizacionais, mantendo inalteradas suas antigas práticas de trabalho (7).

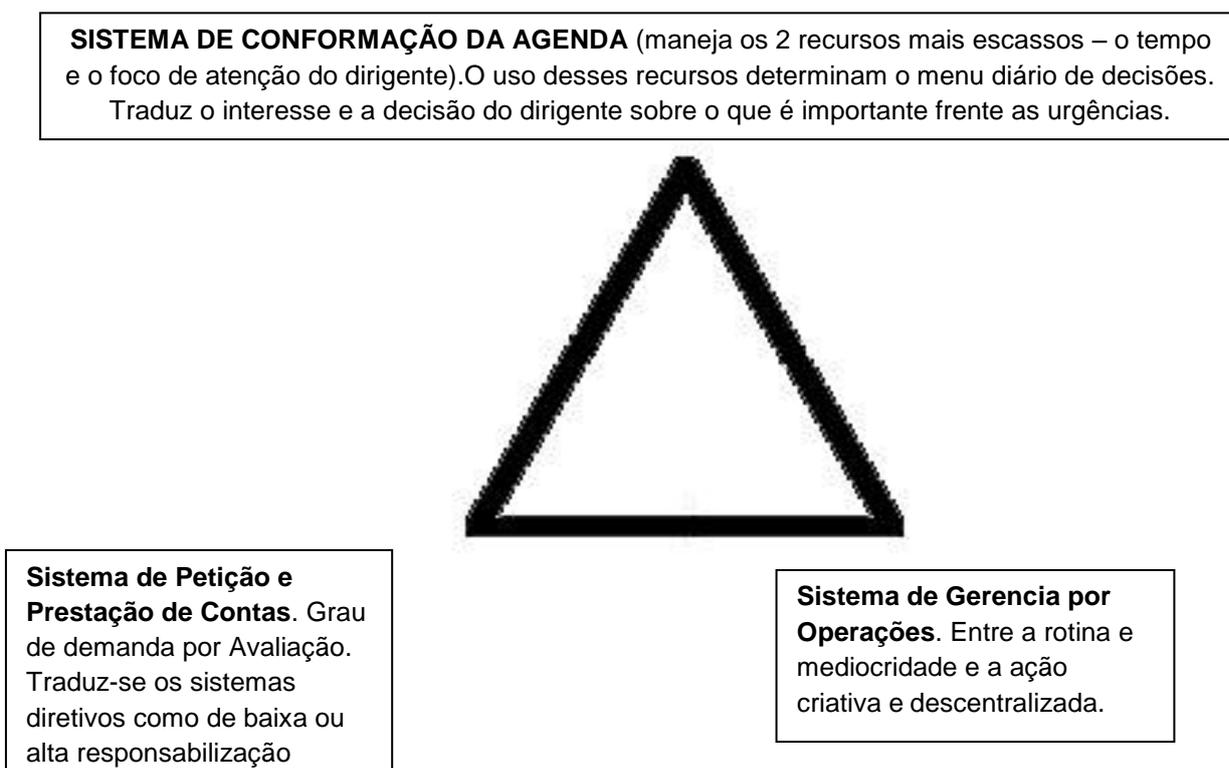
Para Matus, a cultura organizacional é determinante das práticas de trabalho. As formas organizacionais, embora também condicionem as práticas, têm uma capacidade muito menor de influência que as estruturas mentais. Seu princípio de subordinação da forma organizacional às práticas de trabalho é assim enunciado:

A organização real impõe-se à organização formal, porque a primeira apoia-se em práticas de trabalho arraigadas. Se quisermos reformar uma organização, não devemos começar pelas consequências, já que em toda organização vigora o seguinte processo causal: estruturas mentais → práticas de trabalho → estruturas organizacionais (p. 344<sup>7</sup>).

A proposta de mudança organizacional da Teoria das Macro-organizações pretende gerar mudança no nível das estruturas mentais e das práticas de trabalho. Por isso, o sucesso desta mudança irá depender do funcionamento do Sistema de Direção Estratégica, de acordo com as regras, na busca deste objetivo.

### 3.8 SISTEMA DE DIREÇÃO ESTRATÉGICA

Como referimos anteriormente, as regras do jogo macro-organizacional se expressam num Sistema de Direção Estratégica, compondo um Triângulo de Ferro formado por: um Sistema de Configuração da Agenda do Dirigente; um Sistema de Gerência por Operações e; um Sistema de Petição e Prestação de Contas (Figura 1).



**Figura 1 - Triângulo de ferro do governo**

Sistema de Configuração da Agenda do Dirigente – A agenda do dirigente administra dois dos recursos mais críticos: tempo e foco de atenção. Segundo Matus, os dirigentes gastam muito tempo com atividades que não são tão importantes para a consecução da missão, acumulando em sua agenda problemas de baixo valor neste nível mas de alto valor nos níveis inferiores.

Cuando una organización está dominada por pequeños problemas, no puede pensar en los grandes. Todos, directivos e subordinados, terminan abrumados de menudencias sin sentido. Y como nada funciona bien se termina centralizando todo mientras se habla de descentralización (p.7<sup>8</sup>).

Por isso, a agenda do dirigente deve focar as questões importantes para a missão e estar sempre apoiada pelo plano. Caso contrário, prevalecem a improvisação e a centralização. Assim, a racionalização da agenda do dirigente é um estímulo indireto para a descentralização. Segundo Matus, devido às variadas pressões que o dirigente sofre em sua gestão, existe uma tendência a esquecer do planejamento, já que precisa, em boa parte do tempo, dar respostas imediatas sobre problemas que não são bem conhecidos.

Os problemas com menos chances de entrar para a agenda seriam justamente aqueles que têm o potencial de apresentar maior importância:

os que consomem muito tempo, são aparentemente adiáveis e não urgentes, não emitem sinais ruidosos, ou seja, não representam uma ameaça imediata, são complexos e parecem inevitáveis, dão a impressão de que há pouca competência para tratá-los, exigem inovação e risco (p.345<sup>7</sup>).

O autor reconhece, no entanto, a dificuldade de definição do que é e o que não é importante para entrar na agenda. Sugere como medida de qualificação do tempo do dirigente, a seguinte pergunta: Qual a proporção de problemas importantes que chegaram à agenda que já vem com um processamento tecnopolítico adequado? Dessa forma, dois outros sistemas que se articulam à agenda merecem destaque: o entorno do dirigente e o sistema de processamento tecnopolítico.

Aqueles que estão ao redor do dirigente desempenham papel importante na racionalização de seu tempo. Para Matus, não basta a presença de uma assessoria especializada, é necessária uma Unidade de Processamento Tecnopolítico. Esta desempenharia as seguintes funções: trabalhar como um filtro de qualidade para os problemas que ascendem na organização, mediando os extremos do politicismo e do tecnocratismo, defendendo os casos importantes em detrimento dos urgentes; deve realizar uma síntese desses problemas e facilitar a interação entre os dirigentes e os assessores; manter uma apreciação ao mesmo tempo sintética e

global da situação da organização; lembrar constantemente o governante das características projetadas para o seu final de governo; colaborar com o dirigente para a preparação e implementação de um sistema de petição e prestação de contas por desempenho.

Sistema de Gerência por Operações – Este sistema apresenta questões teóricas e metodológicas da gestão pública por objetivos. Porém, dá conotação particular a uma administração por operações, articulada aos módulos de planejamento e de orçamento por programa <sup>(6)</sup>. Neste sistema, Matus enfatiza a criatividade, propondo um modelo gerencial que permita a todos trabalharem com problemas que tenham alto valor, para que os mesmos não tenham um tratamento rotineiro e, portanto, ineficaz. Matus <sup>(7)</sup> assinala: “*Sem descentralização também não é possível a gerência criativa*”. Considera-se, portanto, os dois princípios anteriormente descritos: o princípio da descentralização e o princípio da centralização. Este sistema seria composto de um sistema de competências internas; um sistema de regulação e alocação de recursos por módulos de planejamento, em oposição aos orçamentos tradicionais; por sistemas de coordenação e de informação; pelas instâncias de governo e pelas metodologias de planejamento utilizadas. Constitui-se em uma proposta de gerência descentralizada que aposta no planejamento e no processamento de problemas de alto valor em todos os âmbitos de uma Macro-organização.

Sistema de Petição e Prestação de Contas – Este sistema é a chave do Triângulo de Ferro <sup>(2)</sup>. Tem por objetivo tornar efetiva a responsabilidade de todos no interior da Macro-organização sobre os compromissos assumidos no plano. Esta definição exige a ampla participação de toda a organização na definição e atribuição de compromissos.

A eficácia desse sistema depende de que as ações tenham prestação de contas publicamente ou sejam publicizadas; que a prestação de contas seja sistemática e não casual e que a informação considerada relevante bem como os critérios para sua avaliação sejam estabelecidos e conhecidos por todos antes da prestação de contas <sup>(7)</sup>. Tal princípio pressupõe um sistema de monitoramento e avaliação; que se constitua num método de avaliação individual e institucional.

A adoção de compromissos e a necessidade de se prestar contas sobre os mesmos são indutoras, segundo a Teoria Macro-organizacional, do planejamento criativo, ou seja, pressiona pela demanda por planejamento. Portanto, há nesta concepção uma relação direta entre responsabilidade e planejamento.

### 3.9 ANALISES DE ALGUNS AUTORES SOBRE A TEORIA ORGANIZACIONAL DO PES E SOBRE O SEU MODELO DE DIREÇÃO ESTRATÉGICA NA SAÚDE

As teorias de Carlos Matus e o método PES têm sido utilizados em várias experiências no processo de intervenção sobre a realidade em saúde. Ao mesmo tempo, a visão específica de Matus sobre as organizações e seu sistema de direção estratégica resultante tem sido objeto de análise e discussão de diversos autores <sup>(3-4, 9-14)</sup>.

Selecionamos para este estudo, alguns importantes autores preocupados em pensar e propor modelos de gestão coerentes com o conjunto de princípios e diretrizes do SUS e que utilizam o modelo de Direção Estratégica. A seguir, exploramos as visões que estes autores possuem sobre as teorias organizacionais e o modo como explicam e utilizam as Teorias de Carlos Matus e o Método PES.

O grupo de pesquisadores ligados ao Laboratório de Planejamento e Administração (LAPA) da UNICAMP em Campinas/SP tem acumulado experiências de consultoria, pesquisa e de gestão, trabalhando com a ideia de “caixa de ferramentas”, em busca de uma gestão democrática para o setor público e na busca da efetivação do SUS <sup>(3, 11, 15-17)</sup>.

No capítulo 6 do livro *Inventando a Mudança na Saúde* <sup>(3)</sup> são apresentadas as discussões sobre a gestão do setor público de saúde, bem como relatadas experiências.

Além disso, utiliza outros autores que realizam uma análise sociológica das organizações, dentre os quais: Carlos Bertero, Fernando Prestes Motta, Maurício Tragtemberg e Guerreiro Ramos, selecionando contribuições relevantes para sua produção.

Realiza assim, análise de aspectos já explorados sobre principais autores da Teoria Geral da Administração (TGA) <sup>(3)</sup>, a saber:

- Taylorismo - a separação entre os que pensam e os que executam o trabalho, a expropriação do corpo do trabalhador, a desumanização do trabalho;
- Escola Clássica de Fayol - a decisão monocrática e burocrática, o fluxo vertical de comunicação e a hierarquia rígida;
- Teoria do funcionalismo estrutural de Parsons - vê as organizações como cumpridoras de tarefas socialmente estabelecidas e legitimadoras da ordem social em função do processo de divisão do trabalho, desempenhando assim, funções para manter e operar o sistema social;
- Teoria Sistêmica – embora ao compreender as organizações como sistemas abertos e que estabelecem contínuas relações de troca com o ambiente, sendo assim, mais adequadas para trabalhar processos de mudança teriam contribuído mais para a análise das relações organização/meio ambiente que para a análise do que ocorre no seu interior; representariam uma “*dominação escamoteada pela ideia de integração*”; não tematizariam o conflito, em virtude da idealização da harmonia.

Segundo os autores <sup>(3)</sup>, mesmo representando uma visão mais progressista das organizações em relação às teorias anteriores, a teoria sistêmica não se diferencia tanto da teoria do funcionalismo parsoniano, pois, assim como esta, apresenta uma visão evolutiva do sistema social e toma emprestados modelos da biologia e da mecânica.

Em relação à Escola de Relações Humanas e Comportamental, os autores assinalam que estas disciplinas se desenvolveram apenas no sentido de psicologizar questões presentes no dia a dia das organizações, à custa de uma desvalorização de fatores como estrutura, conflito capital trabalho e poder. Estariam, portanto, a serviço dos capitalistas, buscando esconder relações de exploração entre empregadores e empregados. O autor aponta a designação dada por Prestes Motta a estas correntes: “*manipulação*”. Expõe que as interpretações psicológicas, mesmo importantes, intervêm apenas sobre pontos específicos, para justificar novas formas de dominação <sup>(3)</sup>.

Baseando-se em Prestes Motta, Luiz Cecílio critica a corrente do desenvolvimento organizacional predominante na Ciência da Administração,

considerando-a como o conhecimento organizacional, fundamentalmente de base sócio-psicológica, colocada a serviço do controle social e do produtivismo <sup>(3)</sup>.

A conclusão de Luiz Cecílio é a seguinte:

...as características particulares da intervenção do Movimento Sanitário no interior do Estado, na sua vinculação com um projeto societário que é socialista e democrático colocam a necessidade da adoção de outros marcos teóricos que não aqueles adotados pela TGA, para pensar esta sua intervenção e condução de um determinado projeto político (p.329<sup>3</sup>).

Discorrendo sobre a Teoria Organizacional matusiana e seu Sistema de Direção Estratégica, Cecílio relata a experiência da Santa Casa do Pará na busca de novo modelo gerencial, da qual participou como consultor:

Para alcançar o resultado 3 (implantado sistema de gerência e planejamento), previam-se três operações:

- implantar o novo modelo de direção da Santa Casa;
- implantar sistema de gerência descentralizada por operações;
- implantar sistema de petição e prestação de contas (p. 201<sup>3</sup>).

Sobre o sistema de direção estratégica, o autor destaca a importância de algumas ideias apontadas por Matus, dentre elas: a criação de um sistema de alta responsabilidade, através de um sistema de petição e prestação de contas; o orçamento por módulos de planejamento (orçamento por programa), em contraponto ao orçamento tradicional, concentrado naquilo que se compra com os recursos alocados; a gerência descentralizada por operações e a concepção de mudança.

No entanto, destaca também a insuficiência do modelo gerencial do PES como referência para as organizações públicas <sup>(11)</sup>, em particular as de saúde. Para ele, apesar das ideias de Matus no momento Tático Operacional “[...] *terem contribuído na condução das experiências mais recentes, elas podem ser consideradas insuficientes para o modelo de gestão da administração pública, objeto de sua investigação*” <sup>(3)</sup>.

Ao analisar o modelo matusiano, o autor o considera como derivado da Teoria Sistêmica. Para Cecílio, Matus se utiliza da teoria sistêmica, portanto com forte orientação da Teoria Geral da Administração hegemônica para desenhar o esboço geral do sistema de direção que supõe ser adequado para o PES <sup>(11)</sup>. Assim, as críticas feitas pelo autor à Teoria Sistêmica e Contingencial transportam-se para a Teoria matusiana.

Apona assim que Matus não tematizou a questão dos conflitos no interior das organizações <sup>(3)</sup>, nem mesmo as tensões entre objetivos dos trabalhadores e das empresas, tão pouco discutiu a questão da conquista da adesão dos funcionários, ou os mecanismos de controle dos usuários sobre o sistema. Para ele, Matus se ateve a um modelo de pensar a legitimidade de uma determinada direção como depositária do voto popular e portadora assim de um mandato que a legitima <sup>(3)</sup>.

Finalizando, este autor conclui que o enfoque de gestão de Matus é desenvolvido de maneira funcionalista, parsoniana e tradicional <sup>(3)</sup> e que o desenho organizacional de Matus pode ser considerado empobrecido ou inacabado, pelo menos se considerada sua aplicabilidade ao setor público e em particular o setor saúde.

Resumindo, com base na revisão feita, podemos afirmar que Luiz Cecílio se utiliza de vários elementos do sistema de direção do Planejamento Estratégico Situacional para compor uma proposta de modelo de gestão mais descentralizado e democrático, extraindo aspectos, sem porém adotá-lo na íntegra. Para isso, verifica suas insuficiências e virtudes na composição de um modelo de gerenciamento de um hospital público estadual (Santa Casa do Pará). Cecílio nega a possibilidade de adotá-lo como marco teórico de um modelo de gestão pública, buscando em outros autores, em especial Sousa Campos e Fernando Flores, novas formas de abordar o interior das organizações.

É fundamental realizar algumas considerações sobre as críticas feitas por Cecílio. Com relação à afirmação de que toda a produção sobre gestão de Matus seria fruto da utilização da Teoria Sistêmica, embora Carlos Matus se utilize muito das contribuições desta Escola, não é somente desta teoria, mas de muitas outras, conformando uma visão mais integral da organização, constituindo-se numa das virtudes de sua abordagem o fato de não focalizar seu olhar sobre um aspecto específico da organização, mas sobre seu conjunto. Segundo outros autores, entre os quais Lima <sup>(18)</sup>, na abordagem de Matus há influências das perspectivas racional, natural e política. Mais ainda, Matus realiza uma abordagem dialética e fenomenológica das organizações, uma vez que contempla vários planos de produção de fatos, com relações de determinação e condicionamento entre estes diferentes planos.

Embora a Teoria Sistêmica, assim como todas as outras teorias organizacionais da TGA, tenha sido formulada para análise de empresas privadas, os aspectos primordiais de sua produção, a noção sistêmica de inter-relações, são importantes em qualquer aspecto da vida cotidiana, inclusive nas organizações públicas.

No que diz respeito às questões que Cecílio afirma não serem tematizadas por Matus ao olhar sobre as organizações (conflito, adesão, envolvimento dos funcionários), concordamos que estes temas não são explicitados na Teoria Macroorganizacional e que não há como se pensar gerenciamento dos serviços públicos de saúde sem abordá-los. No entanto, em toda a obra de Matus e principalmente na Teoria da Produção Social que é aplicada às organizações, o autor ressalta a importância de se considerar os outros atores na situação, afirmando que todos os contextos implicam na existência de vários atores, com diferentes concepções de mundo e diferentes interesses. Quanto ao controle dos usuários sobre o sistema, Carlos Matus é enfático quando afirma que a prestação de contas das organizações públicas deve ser feita publicamente e/ ou difundidas até toda a população, demonstrando preocupação quanto à participação da população sobre a condução do sistema.

Importante ressaltar que Matus não está pensando num estabelecimento de saúde quando formula sua Teoria Macroorganizacional, e que, portanto, não se pode esperar que abordasse questões que são muito mais relevantes e muitas vezes, exclusivas destas unidades de saúde. O Sistema de Direção de Matus está voltado principalmente para Macroorganizações (trata-se de um sistema de direção de poder executivo a nível federal ou estadual, conforme afirma o próprio Cecílio), e, portanto algumas questões, sem desmerecê-las, ganham conotação de micropolítica nesse olhar. Por isso sustentamos que a abordagem de Matus pode ser mais bem compreendida em sistemas macro-organizacionais, como nos propomos neste estudo ao buscar analisar as características que compõem o Triângulo de Ferro no Planejamento Macrorregional no Estado de Minas Gerais.

Finalmente, entre as críticas das quais discordamos, Matus enfatiza o tempo todo a análise situacional como fundamental para a explicação dos problemas no PES. Sem desmerecer a experiência da Santa Casa do Pará, pelo contrário, valorizando o aprendizado, no momento da experiência e na verdade até o presente

é ainda incipiente e pouco desenvolvida a descentralização do sistema de saúde no estado do Pará. Cabe assinalar como ilustração, o fato de a capital do estado, Belém, cidade onde se localiza o Hospital, somente ter assumido responsabilidades de gestão do sistema de saúde, no ano de 1997, portanto, posteriormente à experiência relatada.

Por fim, concordamos com a afirmação de que o modelo organizacional de Carlos Matus seja inacabado, pois existem, de fato, algumas lacunas apontadas tanto por Cecílio como por outros autores <sup>(4,19)</sup>, embora várias experiências são provas de sua aplicabilidade no setor público <sup>(3, 10 – 11, 20)</sup>.

Outro enfoque foi desenvolvido na Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Osvaldo Cruz (ENSP – FIOCRUZ) e realiza uma análise ampla sobre os macro-modelos de Teoria Organizacional, enfocando a questão sob diversas abordagens, utilizando-se de autores tanto do campo da administração quanto da sociologia, destacando tanto potencialidades quanto limitações de cada olhar além de abordar paradigmas emergentes, que engloba em um macro-modelo comunicativo.

Aponta dois macro-modelos de Teoria Organizacional: um modelo estático ou fechado de organização, que engloba a Teoria Clássica de Taylor e Fayol e o esquema burocrático de Weber; e um modelo dinâmico ou adocrático, onde inclui a Teoria Sistêmica, Contingencial e de Relações Humanas, e os enfoques estratégicos e prospectivos de administração de organizações. Além de descrever as características de cada modelo, realiza sua análise sobre estas teorias <sup>(4)</sup>.

Destaca nos modelos clássico e burocrático (modelo fechado) a visão compartilhada de “homem econômico”, a rigidez das estruturas, o não reconhecimento do meio ambiente onde se insere a organização e a crença de que existe continuidade entre os objetivos individuais e organizacionais. Afirma que essa concepção pressupunha a autonomia relativa da empresa com relação ao seu meio ambiente. O pleno controle da oferta de mão de obra e de suas motivações socioculturais também estaria implícito nesse modelo <sup>(4)</sup>.

Quanto ao modelo dinâmico, sua essência estaria na Teoria de Sistemas. Dentre os méritos dessa Teoria, o autor destaca o fato de permitir uma compreensão mais ampla e global das organizações, incluindo, além dos sistemas técnicos, os sistemas sociais, como influentes sobre as funções de produção. Outro aspecto

positivo seria a possibilidade de se perceber as relações de interdependência entre os vários subsistemas que compõem a organização. Permite entender as variações de cada subsistema como produto de mudanças ou inovações em outro e, sobretudo, determinar a importância dessas mudanças no processo final de adaptação e sobrevivência da organização ao seu meio (Rivera, 1995, p. 96).

A Teoria Contingencial é apontada como uma concepção reduzida do enfoque sistêmico, considerando poucas variáveis que impactariam sobre a organização. Seu maior foco estaria no meio externo e à necessidade de adaptação da organização ao mesmo. A Escola de Relações Humanas acrescentaria a compreensão da organização como um sistema social, resultando numa concepção de organização como “grupos de grupos”.

Apresenta ainda várias críticas à perspectiva sistêmica. Dentre elas: a não consideração dos atores e de suas capacidades de escolha e interpretação; a ocultação do poder; o escamoteamento das relações de exploração e dominação, a visão funcionalista do homem; a visão puramente reativa da organização frente ao meio ambiente, e conclui:

A Teoria Sistêmico-contingencial não foge do paradigma cognitivo-instrumental, apenas o sofisticava ao máximo, passando ao largo do modelo comunicativo ou do entendimento. Os aportes mais sociais e aqueles relativos ao processo decisório (da escola de relações humanas e da escola comportamentalista, respectivamente) são incorporados também do ponto de vista funcional, isto é, são submissos na lógica totalizante da sobrevivência organizacional (p.99<sup>4</sup>).

Em função de seu programa de trabalho (que busca um enfoque comunicativo para o planejamento e para a gestão) <sup>(4)</sup>, aponta ao lado dos dois modelos descritos, um terceiro modelo, que denomina comunicativo, utilizando-se, principalmente, de autores como Campos, Silverman, Benson, Kliksberg, Motta e Prestes Motta.

Da Teoria da Ação de Silverman, utiliza a concepção de atores enquanto detentores dos significados e interpretações sobre a situação e sobre suas formas de atuação, sendo que tais significados possuem dupla estrutura: social e individual. As expectativas e ou motivações individuais respondem aos condicionamentos socioculturais como também constroem continuamente a ordem social <sup>(4)</sup>. Utiliza também, na construção deste terceiro modelo, a ideia contida nesta Teoria, de que não haveria continuidade entre objetivos individuais e organizacionais e de que

haveria reciprocidade de influência entre organização e meio ambiente, e não um condicionamento total do último sobre o primeiro.

Da abordagem dialética de Benson, além da ideia de que a realidade da organização é uma construção social dos atores, ainda que limitados pelo contexto <sup>(4)</sup>, utiliza a ideia da importância do diálogo. O dialógico surge como uma necessidade em função da caracterização das organizações como lugares de contradições.

Outro autor no qual se baseia Rivera é Kliksberg, utilizando as noções de gerência mais próximas da modernidade: mais participativa, inovadora e comunicativa, caracterizada também por partir de pesquisas exploratórias e pela experimentação em conjunturas de incerteza.

Por fim, recorre a autores como Paulo Roberto Motta e Fernando C. Prestes Motta, e suas visões sobre as organizações sociais, onde valoriza a necessidade de uma descentralização substantiva, a ênfase na autonomia, a necessidade de comunicação como forma de interligar os diferentes módulos da organização, o acesso de todos à informação, a quebra dos princípios rígidos de autoridade, a valorização do trabalho em equipe e a compreensão das organizações como forma de cultura.

Revisando estas abordagens, consideradas por Rivera como comunicativas, convergiu-as para o conceito de mundo da vida de Habermas, cuja obra o autor toma como referencial teórico <sup>(4)</sup>, buscando assim a implantação de um agir comunicativo no interior das organizações:

Em geral estas teorias abordam o fenômeno organizacional do ângulo dos atores, ressaltando a capacidade interpretativa e dialógica dos mesmos e a possibilidade destes elaborarem, em virtude dessa capacidade, pactos normativos (mais claramente a teoria da ação e a abordagem dialética) (p. 105<sup>4</sup>).

Rivera alerta ainda para a coexistência, muitas vezes superposta, de modelos desenhados idealmente no interior das organizações modernas, ou seja, estariam presentes fragmentos dos vários modelos, embora alguns prevaleçam. Assim, nas organizações conviveriam diversas racionalidades.

Em sua tese de doutorado, Rivera dedica-se também à atualização de sua análise de Teoria Organizacional. Sustenta a necessidade de visões mais

integradoras, que impliquem em diferentes olhares sobre a organização e a necessidade de se conceber um enfoque mais linguístico ou comunicacional da organização, com vistas a tornar esta mais permeável ao mundo da vida habermasiano.

Com base nessas premissas <sup>(4)</sup>, se utiliza de autores como Ana Campos para justificar a necessidade de se utilizar visões “macro” e “determinísticas” como a sistêmica, concomitantemente com visões “micro” e “voluntaristas” como a da integração social, de Astley e Van de Ven, que considerariam a organização simultaneamente como um sistema técnico, racional e funcional, e um sistema político, uma construção social dos indivíduos.

Referenciando-se na Teoria do Agir Comunicativo de Habermas, propõe o uso massivo da comunicação no interior da organização de modo a impregná-la sistemicamente dos valores, ideias, ordenamentos e capacidades do(s) mundo(s) da vida dos atores e por eles seja regida. Para Rivera, a estrutura organizacional e seus objetivos supõem opções de pessoas e grupos organizacionais, e não é apenas resultante de determinações tecnológicas e ambientais.

A obra de Fernando Flores também serve como referencia ao paradigma comunicativo sustentado por Rivera, principalmente em duas premissas: as organizações são conjuntos institucionais que predeterminam a estrutura de seus compromissos; as organizações são redes de conversações recorrentes que desembocam na adoção de compromissos.

Para Rivera, a primeira premissa agrega e determina as acumulações simbólicas da organização, relativizando concepções racionalistas do processo de tomada de decisão. A segunda premissa estabelece uma “coincidência entre gestão e comunicação”. Assim, afirma <sup>(4)</sup>:

Nuclearmente as organizações se constituem de petições (diretivas) e de compromissos, e de outros atos de fala (expressões, declarações e asserções) que apoiam secundariamente a realização dos compromissos ou que se situam em diferentes pontos da trajetória dos mesmos (p. 121<sup>4</sup>).

A construção de organizações mais dialógicas implicaria na busca da integração, na construção de um projeto solidário, na reciprocidade responsabilizante de compromisso entre os diferentes atores, na sua abertura para o

mundo externo, numa relação de troca permanente, resultando em características como ser evolutiva, criativa e flexível e possuir uma missão explícita <sup>(4)</sup>.

Ainda na atualização do pensamento de Rivera sobre Teoria Organizacional, a maior referencia é Carlos Matus. Além de considerar a visão matusiana sobre as organizações uma visão totalizante e integradora, identifica nessa concepção, um enorme potencial comunicativo <sup>(12)</sup>.

Para Rivera <sup>(13)</sup>, “*o modelo organizacional proposto por este autor [Matus] é o de uma organização reflexiva a todos os níveis, como condição de governabilidade*”, e o Triângulo de Ferro do PES contribui para a conformação de uma “*organização comunicante*”, a seu ver um tipo de organização adequada a sistemas de saúde. Da obra de Carlos Matus, assinala: a proposta de gestão descentralizada por operações, a abordagem por problemas, a necessidade de um sistema de petição e prestação de contas, as ideias de criatividade e descentralização, a necessidade de racionalização da agenda do dirigente, dentre outras. Podemos afirmar que Rivera utiliza o modelo matusiano, adapta-o ao setor saúde e fundamenta uma proposta de direção com ênfase na comunicação.

Segundo o autor, o conceito matusiano de regras que determinam a dinâmica organizacional reforça a ideia de cultura organizacional que influencia enfaticamente a direcionalidade de uma organização.

A concepção de mudança de Matus, pressupondo mudar simultaneamente todos os sistemas de uma organização, também é considerada eficiente por Rivera. Este autor ainda refere que Matus se utiliza de várias premissas da Reengenharia, entre elas: a necessidade de compactação dos processos (departamentalização por produtos), a necessidade de um único contato externo, a concepção de um controle mais global em detrimento de sistemas complexos e excessivos, a combinação de padronização de processos com diferenciação dos mesmos <sup>(12)</sup>.

Apesar do entusiasmo explícito pelo enfoque matusiano, Rivera não deixa de fazer comentários às suas limitações. Para ele, Matus apresenta uma visão estreita de se trabalhar a cultura organizacional, não aprofundando a análise em busca de uma proposta de intervenção eficaz, limitando-se a propor como forma de impactar a cultura treinamentos e teoria.

Também em seus comentários sugere que Matus, ao supervalorizar o Sistema de Direção, subestima a ideia de outros atores que também controlam

determinados recursos (acumulações). Para o autor, isso compromete o modelo matusiano, uma vez que questões importantes como qual organograma adotar, qual estrutura de poder implementar e quais formas de coordenação exercitar ficam sem respostas.

Rivera questiona também a ideia de Matus de utilização de acumulações simbólicas como recursos de poder. Para o autor, pautado pela ideia de mundo da vida, as acumulações simbólicas seriam impulsionadoras dos atores e serviriam de pano de fundo para a interpretação e realização de ações <sup>(4)</sup>.

Concordamos parcialmente com Rivera em seus comentários sobre a obra de Carlos Matus, pois, como o próprio autor afirma, Matus está pensando em “Macroorganizações inespecíficas”, ficando, portanto, sem condições de discutir questões relacionadas a organizações profissionais, objeto de estudo de Rivera. Matus não ignora a questão do poder nas organizações, haja visto sua discussão sobre as regras de governabilidade onde propõe claramente a descentralização enquanto uma forma de distribuição do poder.

Concluindo, essa análise do referencial teórico, podemos afirmar que o pensamento matusiano para além de influenciar o planejamento e a gestão em saúde no Brasil, seja como modelo de análise ou como proposta de intervenção é totalmente coerente com os processos de implantação do SUS, reforçando seus princípios e diretrizes.

Esta revisão possibilitou verificar insuficiências na abordagem de Matus, bem como formas de superá-los, o que potencializa a utilização da sua teoria para se pensar e praticar a mudança no SUS.

#### **4 OS DESAFIOS ATUAIS DO PLANEJAMENTO REGIONAL NO SUS**

A organização do SUS, com responsabilidades exclusivas de cada ente federado e outras necessariamente compartilhadas por serem comuns aos entes, requer integração de projetos e recursos entre atores distintos, busca de consensos no processo de tomada de decisão, concatenação e coordenação de políticas e sistemas.

A regionalização da saúde, afirmada como princípio organizativo na constituição federal de 1988, pressupõe a mobilização e participação ativa de todos os gestores envolvidos. Com o Pacto pela Saúde 2006, aprimorado pela regulamentação da Lei 8080 de 1990 por meio do Decreto Presidencial 7508 de 2011, bem como pela Lei federal 12.466 de 24 de agosto de 2011 e Lei Complementar 141 de 16 de janeiro de 2012, a organização do processo de descentralização através da regionalização ganha novos contornos ao estabelecer o pressuposto de gestão compartilhada da rede de atenção para sua efetivação e a elaboração do Plano Regional de Saúde, como o processo que organiza instrumentos e sustenta este compartilhamento.

Em sua tese 2008-2012, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), aponta inúmeras dificuldades vivenciadas pelos gestores municipais do SUS, na perspectiva de construção do sistema de saúde. Muitas dizem respeito à fragilidade dos processos de planejamento (como fazer e condições para fazer), sendo muito mais às condições para fazer do que ao como fazer. Entre elas, destaca-se:

- O desenho institucional das organizações públicas com sua organização burocrática, pequeno compartilhamento de projetos, enfoque nos meios e controle de procedimentos e meios de fazer saúde;
- O predomínio de “arenas redistributivas de recursos financeiros” nos fóruns intergestores;

- A fraca articulação em rede, com a inexistência de organização e métodos para gestão em rede;
- Os importantes déficits de comunicação e o pouco desenvolvimento da Cultura de uso da informação sistematizada para decisão;
- A incipiência nos municípios, regiões e estados do Sistema Nacional de Planejamento do SUS, regulamentado apenas após o pacto pela saúde em 2006;
- A agenda da participação social burocratizada e não organizada regionalmente; e,
- O pequeno envolvimento dos chefes do poder executivo e representantes do poder legislativo na formulação e avaliação das políticas de saúde.

Ainda segundo a Tese do CONASEMS, as dificuldades acima estão determinadas por limitações estruturais do próprio SUS, como o subfinanciamento e as dificuldades de gestão do estado brasileiro, por inadequação do direito administrativo brasileiro a uma política baseada nos direitos humanos como é o SUS, por razões culturais e até mesmo pela segmentação desse aparelho de estado dentro das políticas de saúde e também em outras políticas setoriais.

A diversidade e heterogeneidade de realidades regionais no Brasil necessitam referenciais factíveis que ajude aos entes federados dar respostas efetivas a demandas cada vez mais complexas. Propõe combinar produção teórico-metodológica com sua disponibilização aos atores que estão implementando a descentralização por meio da regionalização da saúde no Brasil.

Documento aprovado pela Comissão Intergestores Tripartite em novembro de 2011 <sup>(21)</sup>, que trata das Diretrizes para conformação do Mapa da Saúde e processo de Planejamento da Saúde (item "2.a" da pauta da CIT de 24 de novembro de 2011, reafirma:

a centralidade do planejamento na construção do SUS e o afirma como responsabilidade dos entes públicos, sendo desenvolvido de forma permanente, articulada, integrada e solidária entre as três esferas de governo, de modo a conferir direcionalidade à gestão pública da saúde (p. ?<sup>21</sup>).

O documento tripartite, em sua introdução, aponta a necessidade de

fomento à cultura de planejamento da saúde; de definição de organização e método para o processo de planejamento da saúde integrado; de reordenamento dos instrumentos de planejamento e gestão, atualmente vigentes; e de reformulação do processo de programação das ações e serviços de saúde (p. 21).

e apresenta como pressupostos:

- a) O planejamento no âmbito do SUS é desenvolvido de forma contínua e permanente, articulada, integrada e solidária entre as três esferas de governo.
- b) A elaboração dos Planos de Saúde Nacional, Estadual e Municipal observa as diretrizes nacionais estabelecidas pelo Conselho Nacional de Saúde e ocorre mediante processo que possibilita a interação entre as esferas de governo, contemplando momentos de diálogo entre os entes e escuta das realidades e demandas municipais, regionais e estaduais.
- c) Os Planos de Saúde orientam a elaboração dos instrumentos de planejamento do governo em cada esfera de gestão, quais sejam: Plano Plurianual e Lei Orçamentária Anual.
- d) As necessidades de saúde da população são base para o planejamento e identificadas por meio de critérios epidemiológicos, demográficos, socioeconômicos, culturais, cobertura de serviços, entre outros, como também, levando em consideração a escuta das comunidades.
- e) As necessidades de saúde orientam a decisão dos gestores quanto às intervenções prioritárias no território, expressas na definição de diretrizes, objetivos e metas da saúde; a Programação Anual de Saúde, nesta contemplada a Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde, e a conformação das redes de atenção à saúde.
- f) O planejamento da saúde integrado implica na discussão permanente da política de saúde e sua execução nas Comissões Intergestores – CIT, CIB e CIR. Parte do reconhecimento da região de saúde como território para a identificação das necessidades de saúde da população, a coordenação interfederativa, a organização das ações e serviços de saúde em redes de atenção e para a alocação dos recursos de custeio e investimentos.

- g) Os produtos resultantes do processo de planejamento integrado da saúde, realizado no âmbito da região de saúde, compõem o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP) e expressam as prioridades, diretrizes, os objetivos plurianuais e as metas anuais para a região, bem como os prazos de execução, indicadores, responsabilidades dos entes federados e a Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde, incluindo nesta as ações de vigilância em saúde e a assistência farmacêutica, constantes da Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES) e Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME).
- h) A participação social é elemento essencial à interação entre o Estado e o cidadão e deve ser observada no processo de planejamento, inclusive em âmbito regional. Os Planos de Saúde devem ser aprovados nos Conselhos de Saúde e os COAPs encaminhados a estes para acompanhamento de sua execução. Os Planos de Saúde devem comunicar à sociedade a direcionalidade a ser conferida ao sistema de saúde, portanto deve possuir linguagem direta e objetiva.
- i) As Comissões Intergestoras devem adotar uma organização para o processo de planejamento por meio de Câmara Técnica ou Grupo de Trabalho (GT) permanente e optar por uma metodologia que seja o mais aderente possível à dinâmica de funcionamento da Comissão, e permita o monitoramento e avaliação do plano.

O documento em sua parte final estabelece que a

produção resultante do planejamento integrado da saúde, realizado em âmbito regional, materializa os compromissos de cada ente da gestão no espaço da região de saúde e integra o Contrato Organizativo de Ação Pública – COAP. Isso significa dizer que a identificação das necessidades de saúde, a definição de diretrizes, objetivos e metas para a região, bem como a programação geral das ações e serviços de saúde compõem o COAP. Nesse sentido, o processo de planejamento integrado, desenvolvido no âmbito das regiões de saúde, é determinante para a organização das ações e serviços de saúde na região, contribuindo para a conformação das redes de atenção à saúde.

Em conformidade com o disposto no Decreto 7.508, o planejamento da saúde em âmbito estadual será realizado de maneira regionalizada, observando as necessidades de saúde suscitadas nos municípios que compõem a região de saúde. Dessa forma, os planos estaduais de saúde expressarão o desenho final do processo de identificação e reconhecimento

das regiões de saúde, o desenho das redes de atenção à saúde, bem como as diretrizes estabelecidas para as regiões, dialogando com o processo de planejamento integrado da saúde (p. 21).

Em novembro de 2012, o Ministério da Saúde, em conjunto com o CONASEMS e Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) promoveram uma oficina de trabalho nacional sobre Planejamento Regional Integrado, visando debater o tema e levantar subsídios para uma ação de cooperação entre os entes federados. O Relatório da Oficina (Anexo A), ainda não discutido nas instâncias da CIT, reafirma a centralidade do planejamento regional: *“Ao considerar as Regiões de Saúde como espaços privilegiados para garantia da integralidade na atenção à saúde da população, o estabelecimento de um processo de planejamento nos moldes preconizados, será um facilitador da sua governança”*.

O documento apresenta os desafios para o planejamento regional integrado, centrando na interface entre os instrumentos do planejamento, a governança regional e a contratualização entre os entes federados, bem como no levantamento de subsídios norteadores para a modelagem do processo de planejamento regional integrado, na perspectiva de construção de uma agenda para 2013.

No documento, são apontados consensos entre os participantes, destacando a necessidade de estabelecer mecanismos de responsabilização no planejamento regional e de participação do controle social; a necessidade de construção tripartite dos instrumentos que darão sustentação ao Planejamento Regional Integrado (PRI), cabendo ao MS a disponibilização de ferramentas que auxiliem a construção dos mesmos nas Regiões de Saúde; a necessidade de ajustes nos atuais instrumentos do Sistema Nacional de Planejamento do SUS (Plano de Saúde e sua programação Anual e Relatório de Gestão) para interface com o planejamento regional; o fortalecimento das CIR como espaço de tomada de decisões; a necessidade de desenvolver instrumento, a Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde, em desenvolvimento conceitual e metodológico (PGASS), para atender ao disposto no art. 6º do Decreto 7.508/2011 quanto a alocação de recursos do SUS de forma regionalizada; a necessidade de estratégias permanentes (educação permanente) para funcionamento do planejamento regional integrado, além de outras questões que constituem a agenda inconclusa do SUS.

Em sua parte final, o documento traz uma agenda de suporte a esse processo, com atividades de janeiro a dezembro de 2013, o que demonstra o enorme desafio para o planejamento regional em saúde.

Diante de desse contexto atual do planejamento regional de saúde e da análise teórica realizada, podemos afirmar que o enfoque de Carlos Matus, sua Teoria da Macroorganização e o Sistema de Direção Estratégica, adaptado ao setor saúde e também às realidades de cada região, permitem o exercício de participação de todos os entes federados na região de saúde, a coordenação da ação de entes federados e autônomos distintos pela via da cooperação, levando em conta diferenças de razões entre projetos distintos, sem prejuízo do alcance da missão organizacional e portanto aplica-se perfeitamente a esse desafio tripartite. Apresentamos a seguir o estudo de caso realizado, que traz elementos para reflexão e contribuição para o planejamento regional integrado na saúde.

## 5 O MÉTODO

Trata-se de um estudo de caso sobre o processo de construção do planejamento regional em Minas Gerais, que levou em conta os três aspectos fundamentais da metodologia (22): a natureza da experiência enquanto fenômeno a ser investigado – o planejamento é intrínseco a experiência de ser gestor fazendo parte das responsabilidades e meios de gestão do sistema de saúde; o conhecimento que se pretende alcançar – a ênfase está na compreensão de como ocorreu a experiência de realizar o planejamento regional com base na Teoria do Planejamento Estratégico; e, a possibilidade de aplicação em outras realidades - factível pois o SUS segue os mesmos princípios e mesma legislação e tem instrumentos comuns em todo o País.

A experiência analisada tem como natureza um desenvolvimento contínuo, ou seja, não tem um fim datado, uma vez que o planejamento é contínuo e a cada resultado, novos problemas, novas ações vão se encaixando nas estratégias de aprimoramento do SUS. No entanto esta dissertação teve como recorte temporal, o período de 2007 a 2012, por razões de fechamento do estudo e também porque a experiência produziu, como veremos a seguir, elementos suficientes para sua compreensão.

É um caso complexo, mas específico <sup>(22)</sup> e ocorre em Minas Gerais a partir da experiência coordenada pelo COSEMS MG nas macrorregiões de saúde do estado. O COSEMS MG, partindo da análise estratégica do processo de

regionalização estadual, de forma compartilhada com toda a sua diretoria e com a Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (SES/MG), pactuou na Comissão Intergestores Bipartite estadual (CIB MG), sua co-responsabilidade na condução da implementação do processo de desenvolvimento do Planejamento Regional, com foco nas Macrorregiões de Saúde do Estado e na configuração dos COSEMS regionais.

O COSEMS MG, desenvolve então, desde 2007, relevante experiência que tem como objeto o processo de planejamento regional, divulgada pela publicação “OFICINAS DE PLANEJAMENTO REGIONAL – PLANEJASUS – Belo Horizonte, MG, Abr – Ago, 2008” e posteriormente na publicação “*SEMINÁRIO TEMÁTICO DE QUALIFICAÇÃO DE GESTORES MUNICIPAIS DE SAÚDE NAS ÁREAS DE PLANEJAMENTO, TABWIN, SIOPS E EDUCAÇÃO PERMANENTE – Belo Horizonte, MG, Abril de 2011*”.

Como procedimentos de coleta de dados, foram utilizadas como fontes de informação, essas duas publicações que contém o relatório consolidado do planejamento regional com todas as regiões do estado de Minas Gerais e também os relatórios de pactuação regional disponíveis nas páginas da internet da CIB MG <sup>(23)</sup> e do COSEMS MG <sup>(24)</sup>. Também foram utilizados relatórios específicos sobre planejamento contidos no sistema de informação do projeto APOIADOR do COSEMS MG.

Os dados coletados foram analisados a luz de matriz analítica, apresentada na tabela 1 a seguir, que tem como base o modelo elaborado e publicado por Juliano de Carvalho Lima <sup>(25)</sup>, e que contém dimensões e variáveis adaptadas para o cenário e processos mineiros descritos anteriormente, e partindo das teorias da Macroorganizações e do Sistema de Direção Estratégica de Carlos Matus.

Lima utiliza em seu trabalho, como categorias de análise as seguintes regras de Macroorganização: a Direcionalidade/Sistema de Conformação da Agenda do Dirigente; a Descentralização e Autonomia/Sistema de Gerência por Operações e a Responsabilidade/Sistema de Petição e Prestação de Contas por Resultados. Destaca que estas unidades de análise não correspondem exatamente à nomenclatura e às características utilizadas por Matus, sendo, portanto, já uma adaptação. Lima, incorpora ainda a regra Departamentalização na regra de Direcionalidade, utilizando, ao invés de Governabilidade no sentido original proposto

por Matus, os conceitos Descentralização e Autonomia, por julgar mais pertinente ao cenário de seu estudo, uma Coordenadoria Regional de Saúde da SES RS.

Lima incorpora ainda em seu modelo analítico elementos provenientes das ideias da Nova Administração Pública <sup>(26)</sup>, principalmente no que se refere à unidade Responsabilidade/ Sistema de Petição e Prestação de Contas, ao se tratar do desempenho por resultados, bem a formulação da missão de Cecílio <sup>(27)</sup>, a importância do estabelecimento de espaços de comunicação na gestão de Rivera <sup>(4)</sup>, e a importância da definição de objetivos, de Lima <sup>(18)</sup>.

O modelo formulado aqui, portanto uma adaptação da adaptação, se justifica, pois embora compartilhem um referencial teórico em comum e um pressuposto comum, de que a qualidade da gestão de um sistema de saúde depende da qualidade e desempenho do conjunto dessas regras, temos um cenário totalmente diferente.

Neste estudo, o COSEMS assume responsabilidade pactuada, fato que torna inadequada a análise da departamentalização bem como o dilema da descentralização autárquica do sistema de saúde e do poder descrita por Lima. Além disso, estamos estudando a responsabilização de uma entidade de representação dos municípios ao invés de uma análise de um nível subgerencial de uma SES.

Justifica-se também por uma época diferente – do início dos anos 90 do século passado para uma década seguinte – período esse marcado por grande acumulação na gestão e traduzida na regulamentação do SUS pelo Decreto Presidencial 7508 de 2011, bem como pela Lei federal 12.466 de 24 de agosto de 2011 e Lei Complementar 141 de 16 de janeiro de 2012, bem como na citada deliberação da CIT com diretrizes sobre o processo de planejamento. Por fim justifica-se por ter objeto de análise distinto. Lima analisa o sistema organizacional da gestão na região de uma Coordenadoria Regional de Saúde, enquanto este estudo pretende analisar o processo de planejamento macrorregional de saúde.

Para explicar o pressuposto sobre a qualidade da gestão, Lima <sup>(25)</sup> afirma:

em um sistema de baixa responsabilidade, onde não há exigibilidade do cumprimento dos compromissos assumidos, não haveria demanda por planejamento, a agenda do dirigente (que não planeja) seria repleta de problemas de baixo valor, e sua atenção estaria voltada para problemas emergenciais. Conseqüentemente o dirigente acumularia em sua agenda todos os problemas da organização e tenderia a centralizar as decisões. A

centralização impediria o desenvolvimento de um sistema de gerência por operações, não haveria responsabilização dos níveis inferiores, o que não geraria demanda por planejamento. Os problemas que seriam de alto valor nestes níveis estão ocupando a agenda do dirigente, restando apenas problemas de baixo valor, que são processados rotineiramente (sem criatividade). Estas são, inclusive, as características que, a nosso ver, predominam nos sistemas públicos, inclusive no setor saúde (p. 86<sup>25</sup>).

Na adaptação realizada, a categoria de análise, descentralização e autonomia, foi substituída por compartilhamento, diretriz norteadora presente fortemente nos documentos e legislação citadas.

Figura 2 – Modelo de análise do planejamento macrorregional em MG

Categorias de Análise	Sistema de Gestão	Variáveis	Critérios para Análise
Direcionalidade	Configuração da Agenda dos Dirigentes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Missão e Foco dos Dirigentes</li> <li>• Análise Prévia dos Problemas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Missão definida coletivamente e incorporada pelos gestores</li> <li>• Processamento prévio dos problemas ao momento da discussão</li> </ul>
Responsabilização	Petição e Prestação de Contas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Regularidade e publicização da prestação de contas</li> <li>• Estabelecimento de critérios de avaliação e acompanhamento</li> <li>• Utilização de Sistema de incentivo - punição</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prestação de contas com periodicidade definida e com apresentação pública</li> <li>• Conhecimento dos critérios de avaliação pelos gestores responsáveis pelas ações</li> <li>• Existência de incentivos e punição de acordo com alcance de resultados</li> </ul>
Compartilhamento	Gerência por Operações	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Planejamento compartilhado</li> <li>• Gestão compartilhada</li> <li>• Espaços de comunicação e negociação</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Envolvimento de todos os gestores no planejamento da região</li> <li>• Existência de mecanismos de participação dos</li> </ul>

			gestores municipais no sistema de gestão da região <ul style="list-style-type: none"> <li>• Existência e funcionamento de espaços e instrumentos de comunicação entre o COSEMS, os municípios e a SES na região</li> </ul>
--	--	--	---

## 6 O PROCESSO DESENVOLVIDO PELO COSEMS MG

Em Minas Gerais, a distribuição espacial da população, das necessidades de saúde, dos recursos, sobretudo dos recursos hospitalares, resultou em um Plano Diretor de Regionalização da Saúde em 1999, sob a orientação da Norma Operacional da Assistência à Saúde de 2001 (NOAS 2001).

Em 2003, conforme previsto na pactuação inicial, foi realizada uma revisão com um novo desenho que estabelecia três níveis de regionalização - o macrorregional, o microrregional e o municipal. O Estado foi assim, dividido em 13 macrorregiões e 75 microrregiões de saúde.

De 2003 até hoje ajustes nesse desenho foram pactuados na CIB MG, conforme definição das condições já contidas no documento original de que deveriam ser decorrentes da implantação de projetos de desenvolvimento socioeconômico ou de alterações significativas nos sistemas viários de cada espaço, desde que em paralelo com recursos instalados, sendo outro fator de indução para o ajuste do desenho e a maior disponibilidade de novas tecnologias, o que permite avanço na universalização de seu uso.

Dessa forma, atualmente, o estado está subdividido em 13 macrorregiões e 77 microrregiões assistenciais de saúde <sup>(28)</sup>.

O COSEMS MG, em função da necessidade de articular sua presença nas diversas regiões assistenciais, compondo o sistema de governança dessas regiões, através das CIR nas Microrregiões e CIRA nas Macrorregiões e visando melhorar sua capacidade de representação também se organizou em COSEMS Regionais. O desenho dessa divisão do COSEMS não resultou no mesmo número de micros ou macrorregiões, por não se tratar de divisão assistencial e sim de representação política dos municípios, divididos em polos de representação. Atualmente existem 25 COSEMS Regionais, conforme figura 2, a seguir.

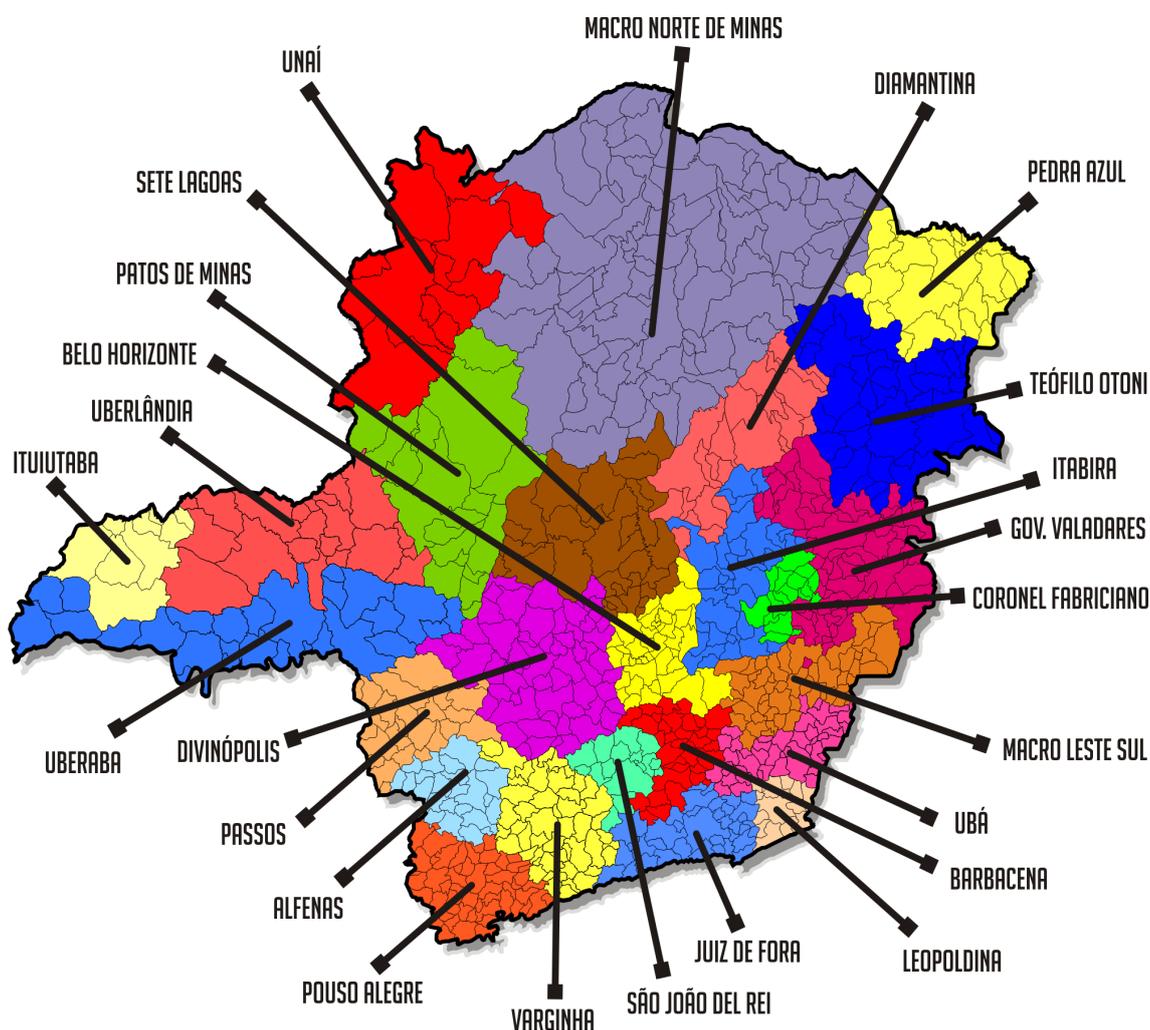


Figura 3 – COSEMS regionais em MG (Conselho de Secretarias Municipais de Saúde de Minas Gerais, 2013).

O estatuto do COSEMS MG define que a diretoria de cada COSEMS regional é composta de um membro de cada microrregião de saúde, o que garante a

representatividade nas instancias de pactuação do SUS MG. O estatuto estabelece como competências para o COSEMS regional:

I - Divulgar e incentivar a participação dos Secretários Municipais de Saúde as reuniões ordinárias do COSEMS REG e do COSEMS MG;

II - Debater e encaminhar à Assembleia Geral o plano de trabalho apresentado pela Diretoria Executiva do COSEMS MG;

III - Propor a Assembleia Geral alterações estatutárias, quando for o caso;

IV - Atuar como orientador e ponto de apoio às atividades da Diretoria Executiva, implementando as propostas do COSEMS MG em Minas Gerais;

V - Aprovar o relatório anual e as respectivas contas da Diretoria Executiva, e encaminhá-las à Assembleia Geral;

VI - Apresentar à Diretoria Executiva propostas da região que representa.

A estratégia adotada pelo COSEMS MG, para cumprir sua responsabilidade assumida por pactuação na CIB MG, foi então trabalhar com seus COSEMS Regionais. Inicialmente, estas oficinas envolveram 02 técnicos de cada um dos municípios sedes ou polo de macrorregião de saúde que realizaram atividades conjuntas propiciando com que cada macrorregião explorasse suas potencialidades, dificuldades e desafios e ao mesmo tempo percebesse a realidade das demais macrorregiões. Ao final do processo, os trabalhos foram consolidados e validados em uma oficina de trabalho realizada no I Congresso Mineiro de Secretarias Municipais de Saúde, realizado em 2009.

A partir dessa consolidação que representou uma reflexão sobre qual projeto de ação, justificaria e aglutinasse os municípios nas macrorregiões para uma ação coletiva e uma postura de co-gestão, o COSEMS MG com a oportunidade do projeto apoiador, desenvolveu ainda com o apoio do CONASEMS e da SES/MG, oficinas e seminários de Planejamento em cada uma das regiões, analisando as oportunidades e ameaças internas e externas e construindo um plano de ação consolidado que foi validado em cada COSEMS Regional e posteriormente teve suas propostas incorporadas conforme a abrangência e pertinência das propostas, nos planos de ação das microrregiões, das macrorregiões e da CIB MG.

Cabe aqui descrever sucintamente o projeto apoiador e apresentar o referencial teórico e metodológico desse processo de planejamento adotado conforme descrito na publicação “OFICINAS DE PLANEJAMENTO REGIONAL – PLANEJASUS – Belo Horizonte, MG, Abr – Ago, 2008.

O “Projeto Apoiador COSEMS”, desenvolvido pelo COSEMS MG a partir de 2009, busca fortalecer o princípio da Regionalização Solidária e Cooperativa nos espaços de gestão regional. Neste Projeto um profissional técnico acompanha as atividades de 02 (duas) a 06 (seis) microrregiões de saúde e no mínimo 1 COSEMS Regional ajudando na disseminação de informação, bem como provocando a mobilização regional dos gestores municipais para ações de fortalecimento da gestão em cada região. Ao todo o COSEMS MG possui 22 apoiadores. Todos os apoiadores têm como principal atividade o apoio técnico aos COSEMS regionais, subsidiando as ações regionais, a fim de enfrentar os problemas advindos da assimetria de informação (obtenção; disseminação; qualidade), fragmentação institucional do COSEMS e fortalecimento da capacidade técnica municipal apoiando o processamento técnico político dos problemas e possibilidades de enfrentamento.

Os apoiadores têm como principais responsabilidades contratuais:

- Participar de todas as reuniões de CIR de seu território (CIR E CIRA)
- Participar das reuniões mensais do COSEMS Regional
- Disseminar informações em meio magnético para os municípios do território
- Manter atualizado o banco de dados de cadastro dos gestores do espaço regional
- Participar, quando convocados, das reuniões do COSEMS Estadual e da CIB
- Multiplicar a capacitação temática recebida no espaço regional

O projeto apoiador utiliza um sistema de registro e comunicação que, além de possibilitar a comunicação com a diretoria do COSEMS regional e com os assessores do COSEMS MG, contém atas de reuniões, relatório de atividades, planilhas de sistematização de planejamento, resoluções de colegiados gestores, pautas de reuniões, documentos técnicos e políticos de apoio, apresentações e outros. A funcionalidade de Registro desse sistema contém relatórios, validados pelo presidente do COSEMS Regional, que são organizados em Temáticos; de

Atividades Mensais e de Pactuações na CIR e CIRA. A funcionalidade de comunicação é materializada por e-mails institucionais, @cosemsg.org.br, FORUM Virtual dos apoiadores e FORUM Virtual COSEMS Regional.

O sistema de comunicação por email\_atua em três níveis por meio de endereços eletrônicos previamente cadastrados, entre os apoiadores e seu território; dos apoiadores com o seu presidente; e ainda com o nível central do COSEMS. O FÓRUM DOS APOIADORES garante a comunicação ágil entre os apoiadores e a coordenação, possibilitando a troca de experiências entre os territórios, bem como o rápido acesso às ações desencadeadas em cada espaço regional, subsidiando o encaminhamento de soluções pactuadas pela SES e pelo COSEMS em todo o estado de Minas Gerais. Da mesma forma o FÓRUM REGIONAL DO COSEMS, garante a comunicação ágil entre os apoiadores e os gestores municipais do território, possibilitando a troca de experiências da gestão municipal, bem como o rápido acesso às ações desencadeadas de interesse municipal em cada espaço regional, subsidiando o encaminhamento de soluções pactuadas nos Colegiados Intergestores Regionais (CIR e CIRA), na CIB MG.

Tomando o projeto Apoiador como forma de organização, o COSEMS MG desenvolveu a experiência de planejamento regional, inicialmente por meio de oficinas de trabalho com os apoiadores e elegendo como referencial teórico o Planejamento Estratégico Situacional Matusiano. A metodologia adotada para estas oficinas de trabalho consistiu em abordar cada um dos conceitos fundamentais para compreensão do PES com os participantes após discussão sobre a importância e o papel do planejamento visando identificar (pré) conceitos e ao mesmo tempo desconstruir resistências e motivar os participantes para o processo. Em seguida, através de exposição dialogada foram abordados os conceitos de: planejamento, estratégia, situação, ator social, problema, momento e plano. Também foi realizada uma abordagem sobre a Teoria da Produção Social, que conforme descrevemos na fundamentação teórica desta dissertação, dá sustentação e significado à concepção e o método proposto pelo PES.

Visando avançar na discussão mais operacional do referencial teórico-metodológico adotado, foram trabalhados outros temas também considerados como fundamentais para o desenvolvimento de oficinas de trabalho subsequentes junto aos COSEMS Regionais:

- Modelo de Atenção à Saúde representado pelo SUS;
- Conceito de SISTEMA traduzido pela definição de sua finalidade, suas regras, sua estrutura e seu modo de funcionamento, abordando especificamente o SISTEMA Único de Saúde e seu respectivo SISTEMA de Planejamento;
- Objeto de trabalho da saúde pública, identificado como PROBLEMAS DE SAÚDE enquanto danos, riscos e necessidades;
- Processo de planejamento em saúde sistematizado de forma a permitir a identificação dos MOMENTOS (explicativo, normativo, estratégico e tático-operacional) e seus respectivos INSTRUMENTOS (análise situacional, plano de saúde, programação e relatório de gestão).

Ao todo foram desenvolvidas quatro oficinas de trabalho com os apoiadores, intercaladas a partir da segunda oficina com oficinas regionalizadas desenvolvidas pelos apoiadores e com participação dos gestores, cujos resultados foram apresentados na oficina subsequente. As oficinas de trabalho tiveram o seguinte conteúdo:

- 1ª OFICINA - Alinhamento conceitual referente ao planejamento e definição operacional do trabalho de campo a ser realizado

Considerando que o ator que planeja está na macrorregião, foram identificadas a missão, através da identificação das competências e responsabilidades atribuídas à mesma.

Uma vez caracterizado o ator, foi realizada uma avaliação sobre a situação atual do mesmo utilizando como método o TRIÂNGULO DE GOVERNO, proposto por Carlos Matus. Foram analisados, na perspectiva macrorregional, o Projeto de Governo, a Governabilidade e a Capacidade de Governo.

A partir dessa primeira aproximação em relação ao Triângulo de Governo foi definida uma estratégia para problematização (identificação de problemas prioritários) do mesmo. Optou-se pelo referenciamento nos Blocos de Financiamento da Portaria GM – MS, 204 de 29 de janeiro de 2007. Eles foram agrupados de forma a viabilizar sua abordagem ao longo das três oficinas subsequentes.

- 2ª Oficina: Atenção Básica e Assistência Farmacêutica

Visando contribuir para o aprofundamento da discussão sobre Atenção Básica foi realizada abordagem sobre o papel (inserção) e a importância da Atenção Básica na ordenação de uma rede regionalizada de atenção à saúde (RAS).

Por meio de trabalho em grupos, os participantes buscaram caracterizar sua expectativa em relação ao funcionamento da RAS colocando-se no papel de Usuário, Médico, Gestor Municipal de Saúde, Gerente de Unidade de Saúde, Gestor Estadual de Saúde, Gerente Regional de Saúde e COSEMS.

Partindo dessa discussão, cada macrorregião apresentou o produto de seu trabalho de campo e foi elaborada coletivamente uma matriz síntese da proposta de Plano de Ação Macrorregional para enfrentamento dos problemas prioritários relacionados à Atenção Primária e à Assistência Farmacêutica.

- 3ª Oficina: Atenção Especializada (média e alta complexidade) e Gestão do SUS

Visando introduzir mais informações para subsidiar a discussão na oficina, foram feitas duas exposições dialogadas: a primeira sobre a situação de implantação dos Colegiados de Gestão Regional em Minas Gerais e a segunda sobre a situação da regionalização da saúde no Brasil.

Partindo dessa discussão, cada macrorregião apresentou o produto de seu trabalho de campo e foram elaboradas coletivamente diretrizes para atuação macrorregional em relação à Atenção Especializada e Gestão do SUS; e uma Matriz síntese da proposta de Plano de Ação Macrorregional para enfrentamento dos problemas prioritários relacionados à Atenção Especializada e à Gestão do SUS.

- 4ª Oficina: Promoção e Vigilâncias e Gestão do Trabalho e Educação

Considerando a amplitude dos dois temas a serem abordados na oficina e a exiguidade do tempo, optou-se por trabalhar apenas com exposição dialogada sem fazer trabalho em grupos. Para cada um dos temas foram produzidos coletivamente,

um Plano de Ação Macrorregional para Promoção e Vigilâncias e outro para Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde.

Conforme descrito, cada oficina contou com um trabalho de campo realizado no intervalo entre uma oficina e outra, com os COSEMS Regionais, que seguiu um roteiro tendo como base os passos de um processo de planejamento considerando:

- Identificação e mobilização do ator que planeja em cada macrorregião;
- Análise da situação (relacionada ao tema a ser abordado na oficina) na macrorregião visando à identificação de problemas;
- Priorização dos problemas identificados;
- Proposição preliminar de ações para enfrentamento dos problemas priorizados;
- Proposição de cronograma para execução das ações, traduzido numa agenda de atuação para a região.

Ao término das quatro oficinas de trabalho com os apoiadores, o COSEMS MG em parceria com a SES MG realizou, ainda em 2008, um Seminário para avaliação do processo de implantação do Pacto pela Saúde. No evento, com participação dos apoiadores, dos Presidentes de COSEMS regionais, das Gerências e Superintendências das SES MG, da Diretoria e Assessores do COSEMS MG, além de dirigentes e técnicos de nível central da SES MG, foram apresentadas a experiência de Planejamento Macrorregional – teoria e método, a experiência da gestão compartilhada por meio dos colegiados regionais em Minas Gerais, além de Conceitos de Governança Regional para Organização dos Colegiados de Gestão.

## 7 RESULTADOS

Em relação à categoria de análise da direcionalidade, os relatórios temáticos do Planejamento regional trazem a Missão claramente enunciada.

Construir um plano de ação que propicie a aglutinação dos municípios nas macrorregiões para uma ação coletiva e uma postura de co-gestão, com vistas à organização da rede interfederativa de forma complementar à organização microrregional.

Tal enunciado demonstra clareza do papel dos gestores municipais, porém analisando os relatórios de pactuação das CIR e CIRA, verifica-se a predominância de discussões fragmentadas que, embora incidam sobre as ações planejadas, ocupam as agendas dos dirigentes muito mais por se tratar de oportunidade de alocação de novos recursos ou por exigência de normas federais ou estaduais do que em função do plano de ação elaborado.

Essa agenda tem pauta que privilegia o rito da CIT e CIB em detrimento dos problemas locais. Como exemplos podemos citar divisão de gestão de recursos financeiros oriundos do Ministério da Saúde e da SES MG entre os municípios, projetos de cirurgias eletivas, projeto olhar Brasil em municípios, adesão ao Programa de melhoria e avaliação da qualidade da atenção básica de municípios (PMAQ), aprovação de planos de investimentos na atenção hospitalar (PROHOSP)

em unidades prestadoras de serviços, utilização de rendimentos de aplicação financeira de programas de investimentos realizados em unidades prestadoras de serviços, credenciamento de serviços de alta complexidade, remanejamento de Serviços de Alta Complexidade de uma microrregião para outra, remanejamento de tetos oriundos da Programação pactuada e Integrada (PPI), programação anual de Vigilância Sanitária, Plano de Contingência de doenças e Agravos como Dengue, Aplicação de Saldos Financeiros de Recursos alocados em Blocos de transferências segundo a Portaria MS 204 de 2007, entre outros.

Em um único mês, fevereiro de 2011, se produziram 383 deliberações sobre temas como os mencionados, que foram encaminhados pelas diversas regiões para homologação na CIB MG. Em maio de 2010, foram 103. Em junho de 2010, foram 76. Em julho de 2010, foram 214. Em outubro de 2010, foram 65. Em novembro de 2010, foram 96. Em julho de 2011, foram 130, sendo que neste mês foi um dos poucos quando se discutiu metas e indicadores de ações planejadas. Em março de 2012, foram 234.

Ainda quanto à categoria de análise da direcionalidade, as CIR, que são recentes na história do SUS, também apresentam diversidade de realidades. As Câmaras Técnicas, embora tenham sido regulamentadas por meio dos regimentos das CIR em MG, não funcionam como unidade de processamento prévio de problemas em todas as regiões. Tal situação pode ser observada em atas onde algumas discussões a respeito de um tema em pactuação têm opiniões emitidas diretamente pelos gestores, sem a exposição previa ou problematização previa do tema, o que acarreta longa duração da discussão e em alguns casos postergamento da decisão. Claro que estamos tratando de uma instância decisória do SUS onde os temas em pactuação devem ter grande impacto na saúde da região e portanto os gestores devem mesmo debater. Mas o processamento prévio poderia ordenar o tema, inserir a discussão nas prioridades pactuadas e facilitar a sua discussão. Tanto existem tais diferenças entre as CIR, que atualmente o COSEMS MG e a SES estão conduzindo uma avaliação visando aprimorar o funcionamento das comissões. A ausência ou a fragilidade desse funcionamento acarreta decisões pautadas em subjetividades e contribui para a agenda fragmentada exposta anteriormente.

No que tange à categoria de análise da responsabilização, dada a própria incipiência das CIR, verifica-se uma grande fragilidade no sistema de petição

e prestação de contas. Todas as 28 ações contidas no relatório consolidado de planejamento macrorregional, tem responsabilidade atribuída a instituições ou ao COSEMS MG e apenas 9 não contém demandas a outras esferas de governo. O relatório afirma o caráter contínuo e permanente do planejamento em 12 ações, contém 13 ações cujo prazo se esgotou ao final de 2012 e 3 ações tem prazo para 2013 e 2014. Embora o COSEMS MG se dedique a acompanhar e avaliar o plano de ação, não existe uma sistematização até o presente momento da prestação de contas e, portanto sua publicização. O estatuto do COSEMS MG prevê a discussão e aprovação de relatórios de gestão do próprio COSEMS bem como dos COSEMS regionais, de forma que essa dinâmica compõe o sistema de petição e prestação de contas. Mas não foi possível, em função de tempo a verificação da correlação desses relatórios com o plano elaborado no âmbito desse estudo.

Também contribui para o Sistema de petição e Prestação de Contas, uma iniciativa do COSEMS MG denominada “Premio COSEMS em Ação”. O Prêmio COSEMS em Ação, criado em 2008, foi instituído para contemplar os COSEMS Regionais cujos gestores se empenharem em desenvolver atividades visando à melhoria da qualidade da participação na implementação e proposição de políticas públicas no Sistema Único de Saúde em Minas Gerais. O prêmio objetiva incentivar e valorizar resultados dos COSEMS REGIONAIS na melhoria da capacidade de aglutinação dos municípios sob sua jurisdição, na discussão da política estadual no contexto regional, na capacidade de trazer propostas para discussão no nível central, na agilidade na disseminação das informações, na maior interlocução com o Escritório Central do COSEMS e no comparecimento nas reuniões ordinárias mensais do COSEMS MG. Os critérios de avaliação são publicados anualmente por edital, a avaliação é realizada por comissão constituída para essa finalidade e os resultados são amplamente divulgados. Pelo prêmio é atribuído um valor financeiro ao COSEMS regional que funciona como estímulo ao desenvolvimento do seu plano de ação.

Quanto à categoria de análise do compartilhamento, verifica-se que ocorre o envolvimento de todos os gestores municipais no processo de discussão das questões relativas a região e também a forte presença dos mecanismos de comunicação do COSEMS MG, conforme descrito nesse estudo anteriormente. Embora não tenha se constituído em fonte de dados do estudo realizado, o fórum do

projeto apoiador tem grande número de informações relativas a essa comunicação com gestores municipais de saúde. O que diminui a potência desse mecanismo para alcance dos resultados do plano de ação, é a agenda voltada mais às questões dos ritos em detrimento dos problemas locais, o que induz a análise e formulação de propostas de enfrentamento dos problemas.

## **8 DISCUSSÃO**

Para fazer a discussão dos resultados apresentados, é preciso antes contextualizar brevemente a questão da descentralização e regionalização no SUS. Embora presente nos documentos legais desde a constituição de 1988 como princípio organizativo, até a NOAS 2001, a grande ênfase na implementação do sistema foi a criação de capacidade de gestão por meio de habilitação à condição de gestão por meio de estados e municípios. As condições de gestão se caracterizavam como pacotes fechados de responsabilidades e mesmo com a NOAS 2001, essa condução centralizada pelo governo federal persistiu, pois a norma traz um modelo de regionalização pré-definido, estabelecendo módulos com municípios polos e satélites e deixando pouca margem para movimentação dos demais entes federados.

De qualquer forma, a NOAS buscou construir sistemas funcionais de saúde, criando bases para a organização da assistência à saúde em módulos-assistenciais e microrregiões, estabelecendo fluxos de referência e mecanismos de regulação capazes de garantir o acesso dos usuários aos serviços de saúde com

resolutividade aos problemas, independentemente do nível de complexidade necessário. Deste modo, a região de saúde pela primeira vez é colocada como local de gestão do SUS. Com o pacto pela saúde 2006 e mais ainda com regulamentação da Lei 8080 de 1990, este desafio de realizar a integração regional dos sistemas municipais, ganhou novo impulso. Pela Carta de Maceió (29), aprovada em seu XXVIII Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde e IX Congresso Brasileiro de Cultura de Paz e Não Violência, no período de 11 a 14 de junho de 2012, na cidade de Maceió, Alagoas, o CONASEMS propõe a seguinte agenda política para todos os 26 COSEMS e todas as Secretárias Municipais de Saúde do Brasil em relação à regionalização:

- Fortalecer a co-gestão regional do sistema de saúde, rompendo o caráter excessivamente normativo do planejamento, possibilitando consequência e efetividade ao planejamento ascendente e investindo na autonomia e capacidade de decisão das CIR – Comissões Intergestores Regionais;
- Reafirmar a direção única sobre prestadores em cada esfera de governo como um princípio inegociável no SUS e pré-condição para a governança regional da rede de atenção à saúde;
- Pactuar uma política de financiamento equitativo que assegure o desenvolvimento de ações e serviços de saúde com base nas especificidades regionais, contribuindo com a redução das iniquidades no país;
- Fortalecer o processo de consolidação do SUS, institucionalizado pela Lei 12.466 e decreto 7508, que aprimora o Pacto Pela Saúde na consolidação das relações federativas, financiamento tripartite e solidário na execução das políticas de saúde, rejeitando toda forma de competição entre entes federados pela prestação de serviços de saúde e disputa de recursos federais para a assistência a saúde;
- Viabilizar estratégias de fortalecimento político, técnico e financeiro dos COSEMS para atuação nos espaços das comissões Intergestores bipartite e regional.

Tomando como referência o Postulado de Coerência de Mário Testa (30), que diz que a viabilidade de qualquer proposta irá depender da coerência entre três elementos fundamentais: os propósitos de governo, os métodos de planejamento e a organização, o desafio pode ser traduzido em como estruturar as organizações – instâncias de gestão no SUS de forma coerente com os propósitos colocados. A implementação do SUS não foi acompanhada por mudanças nos métodos e estruturas das organizações de saúde, que permaneceram os mesmos vigentes no período anterior ao SUS (31). O principal exemplo dessa rigidez de estruturas está diretamente relacionado ao espaço de atuação regional que são as instâncias regionais das SES, quase sem função, a não ser como repassadores de papel dos níveis centrais para os municípios e espaços de barganha política <sup>(3,31)</sup>.

Em nosso estudo, com certeza essa característica organizacional afeta o funcionamento das CIR em MG e podem ser corroborados pelos resultados observados quanto à fragmentação das discussões e foco da agenda oriunda da Bipartite e tripartite e não necessariamente dos problemas locais. Também pode ser aferido pelo fato de não aparecer na maioria das discussões o processamento prévio dos problemas, pois eles já chegam à instância regional processados, cabendo apenas repassar esta problematização aos municípios. Esta inclusive é uma preocupação dos gestores; tanto é que esta em curso uma tentativa de modificação desse quadro com a formação de grupos condutores estaduais de implementação do Decreto 7508 e das redes temáticas de atenção, com participação dos três entes federados <sup>(32)</sup>.

Considerando ainda esta dificuldade em conferir direcionalidade a agenda de decisões, este fato corrobora uma das questões trabalhadas por Matus e presente no seu sistema de Direção Estratégica: o Sistema de Configuração da Agenda do Dirigente. Este sistema, como visto neste trabalho, administra o recurso mais crítico para os dirigentes: o tempo; além de ser responsável por manter o foco de atenção dos dirigente sobre aquilo que é importante.

Uma análise do Sistema de Agenda do Dirigente exige a verificação do quanto seu tempo e a sua atenção estão voltados para assuntos e problemas relacionados à missão e não com problemas rotineiros e emergências e imprevistos. Infelizmente, a fonte de dados secundários utilizada só permitiu aferir como os

dirigentes alocam seu tempo e se de fato tem sua atenção voltada para questões relacionadas à missão e às prioridades de forma indireta através do conteúdo dos relatórios de pactuação e da pauta das reuniões da CIR. Mesmo admitindo desde então que as informações que conseguimos coletar são insuficientes para uma análise conclusiva acerca dessa questão, acreditamos serem válidas algumas discussões sobre o tema.

A preocupação de Matus no Sistema de Direção Estratégica com a racionalização da agenda do dirigente decorre da constatação de que, diante da enorme quantidade de problemas que normalmente surgem no cotidiano da gestão, há uma necessidade de se regular o tempo e o foco da atenção, caso não se deseje que a organização perca o rumo frente à demanda diária de problemas. As pressões que o dirigente sofre em sua gestão cotidiana contradizem o planejamento, a regulação racional do foco de atenção e o uso inteligente do tempo <sup>(7)</sup>.

Deste modo, algumas questões são importantes para que a agenda de pactuações na CIR seja ordenada pela direcionalidade da missão de forma eficaz. É fundamental que a composição da pauta se baseie na missão enunciada e no plano de ação regional elaborado, onde devem estar contidas as prioridades da gestão. Para isso, dois elementos devem ser destacados no Sistema de Direção Estratégica: a existência de uma Unidade de Processamento Técnico-político e o entorno do dirigente. Ainda que a função de ordenamento da pauta pela coerência com as prioridades do plano deva ser cumprida pela Câmara técnica das CIR, isso não parece ter ocorrido observando os relatórios de pactuação.

Alguns estudos feitos por Matus <sup>(7)</sup> apontam que cerca de 10% do tempo do dirigente de países da América Latina são destinados a problemas importantes do governo. Mesmo sem poder realizar comparações entre seus estudos e a realidade das CIR, pelas diferenças de metodologia e contexto situacional, o excesso de demanda oriunda das agendas tripartite e bipartite acabam por impedir esses momentos de planejamento e avaliação, fazendo com que a possibilidade de se perder o rumo aumente, uma vez que esse tipo de comportamento gera cegueira situacional. Claro que demandas oriundas das agendas tripartite e bipartite sempre existirão; a questão é como orientá-las ou oportunizar a discussão das prioridades locais através dessa demanda externa, ao invés de simplesmente tentar respondê-las.

Quanto ao entorno dos dirigentes, é de crucial importância o trabalho desenvolvido pelos apoiadores regionalizados do COSEMS e o papel cumprido pelo sistema de informação do projeto apoiador. Os apoiadores, orientados pelo escritório central do COSEMS MG, acabam direcionando os problemas que devem ou não serem dirigidos à pauta da CIR. Embora não seja possível no âmbito deste trabalho verificar esse mecanismo, vale ressaltar que ele existe e tem grande impacto na qualidade da participação municipal no sistema de saúde regional <sup>(24)</sup>.

Matus enfatiza muito que o alicerce do Sistema de Direção Estratégica do PES está no Sistema de Petição e Prestação de Contas. Segundo ele, somente através de mecanismos eficazes de petição e prestação de contas é possível gerar uma organização de alta responsabilidade, condição mínima para a implementação de ações descentralizadas e eficientes. No SUS, observamos um déficit de responsabilidade, uma vez que a descentralização se deu de forma incompleta, por repasses de responsabilidades sem meios para serem cumpridas, com forte normatização centralizada de aspectos técnicos e de alocação de recursos financeiros.

Os indicadores de avaliação <sup>(33)</sup>, que informam as prioridades nacionais, por exemplo, dizem respeito muito mais a processos e meios para se alcançar resultados do que a estes últimos, além de estarem fortemente associados à cultura de controle e repasses de recursos financeiros, dado o entendimento que o dinheiro é federal enquanto deveria ser considerado nacional. Isso resulta numa visão um tanto quanto Taylorista da administração pública, ao não se preocupar com os resultados. Além do mais, é consenso entre gestores, que as ações de regulação, controle e avaliação no SUS são incipientes e que há uma necessidade premente de melhor estruturá-las <sup>(34)</sup>.

O recente sancionamento e publicação da lei complementar 141 de 2012, que regulamenta a Emenda Constitucional 29, corrobora este fato ao fortalecer o Relatório Anual de Gestão (RAG) e os mecanismos de publicização da prestação de contas como os instrumentos para o sistema de planejamento e confirmando Matus, do sistema de petição e prestação de contas. Verificando a situação dos RAG em MG <sup>(35)</sup>, apenas em 3,28% dos municípios a informação da existência ou não do RAG não é encontrada, embora não seja possível verificar se as ações referentes à região de saúde estão contidas nos mesmos. O próprio Ministério da Saúde (MS)

não apresenta regularidade nos instrumentos do Sistema de Planejamento ao longo da história do SUS. O Plano Nacional de Saúde para o período 2008 a 2011 só foi apresentado e discutido junto ao Conselho Nacional de Saúde em outubro de 2009<sup>(36)</sup>.

Estes fatos vão ao encontro a duas observações importantes de Matus para aumentar a responsabilidade de nossas organizações de saúde. A primeira e mais importante é a que a prestação de contas deve ser feita publicamente, ou difundidas até a população. A divulgação realizada pelas páginas da Internet do MS, da SES MG, do COSEMS MG e de vários municípios mostra o empenho nessa aposta. Também é visível o esforço que o COSEMS MG vem fazendo ao desenvolver atividades de educação permanente, voltadas para desenvolver a cultura da prestação de contas públicas e da necessidade dos instrumentos do sistema de planejamento serem publicizados. Tendo em vista não haver no SUS uma instância de controle social regional, até por não se constituir a região em ente federado, é fundamental estabelecer mecanismos de articulação inter - conselhos, para que a alta responsabilidade a que Matus se refere possa ser característica da organização do SUS, ampliando a visibilidade da gestão no âmbito do sistema regional de saúde.

O segundo ponto que vai ao encontro das recomendações de Matus diz respeito à regularidade da prestação de contas. Pela Lei 141 mencionada, que instituiu a palavra visibilidade, ao invés de transparência que é utilizada na legislação de controle interno e externo, ela deve ser quadrimestral. No período em estudo, valia ainda a legislação anterior que estipula trimestralidade. Esta regularidade contribui para gerar uma cultura de responsabilidade, pois cria hábito naqueles que devem prestar contas das suas ações a atuarem com mais visibilidade em seus atos, sendo que a lei ainda determina que a programação anual de saúde, que inclui ações regionais, devam também ser submetidas previamente aos conselhos de saúde.

É importante também mencionar que a iniciativa do COSEMS MG em instituir o Premio COSEMS em ação, que considera o desempenho dos planos de ação regional está totalmente de acordo com a teoria matusiana ao se constituir em mecanismos de incentivo à responsabilização. O COSEMS não é órgão do sistema de controle interno e externo a quem cabe fiscalização e punição. E o prêmio parece estar surtindo efeito, dada sua existência já há 5 anos e o aperfeiçoamento anual

dos critérios de premiação. Na lei 141, estão previstas punições como suspensão de receitas tributárias dos fundos de participação dos Estados e Municípios, suspensão de transferências voluntárias da união, dentre outras, embora os mecanismos de sua aplicação às questões que envolvem o compartilhamento da gestão nas regiões de saúde ainda precisem ser melhor esclarecidas e também sua aplicação quando o descumprimento for por parte da União. Segundo Matus, em um sistema de alta responsabilidade como deve ser o SUS, todos devem se sentir responsáveis por prestar contas a todos.

Matus não escreveu diretamente sobre compartilhamento, pois não era esse o contexto de sua análise. Mas na dimensão do sistema de gerência por operações que adaptamos, falou bastante sobre o planejamento/plano; a participação no processo decisório; os espaços de comunicação; a gerência orientada por resultados e o financiamento das ações.

Como foi mencionado neste estudo, ainda há muito que se acordar quanto ao que venha a ser um plano regional de saúde, previsto na Lei 141, ou quanto aos instrumentos do planejamento regional. A experiência estudada tem inclusive esse mérito ao buscar formular uma dinâmica e proposta. Os planos de ação regionais construídos e pactuados precisam ser desenvolvidos, e isto estava claro para o COSEMS MG e a SES MG desde o início, tanto para diminuir a responsabilização difusa já mencionada, quanto para objetivar mais prioridades, metas, indicadores e principalmente quanto ao que Matus formulou como momento estratégico e momento tático operacional.

Se a dinâmica implementada para o planejamento regional de combinar harmonização de pactuações micro e macrorregionais, contribuiu para a análise e construção da viabilidade do plano, não foi possível no tempo da experiência, verificar maior dedicação à operacionalização do plano, embora como o próprio Matus afirme, os momentos não são etapas, pelo contrário, se contrapõe a esse conceito rígido, interagindo e criando movimentos e isso é preocupação do COSEMS MG. Verificamos tal fragilidade na análise da agenda das CIR aqui já discutido e na ausência de uma planilha ou outro instrumento para acompanhamento da operacionalização das soluções. Também fica evidente esta fragilidade pela inexistência de indicadores para avaliação mesmo que estejam explicitados os descritores dos problemas priorizados. De qualquer forma, os pontos

fortes relacionados ao compartilhamento no caso em estudo estão no estímulo à ampla participação e instrumentos e mecanismos de comunicação acerca dos quais já discorremos.

De qualquer forma, o estudo realizado não permite classificar o sistema de gestão regional mineiro como um Sistema de Gerência por Operações, que se guia pelas operações e ações planejadas, fazendo o acompanhamento de sua implementação e de seus resultados. Isso não significa que não esteja sendo construído e muito menos que não seja a intenção dos gestores. Ressalte-se que este modelo de gestão por objetivos com definição de resultados é bastante raro na administração pública brasileira.

Contudo, se considerarmos para nossa análise as ideias destacadas por Matus da valorização da criatividade e de que cada nível da Macroorganização deve operar com problemas de alto valor, exigindo para isso um modelo de gestão descentralizado e com autonomia teremos indícios desse processo na experiência.

O principal está na divisão de responsabilidades COSEMS MG e SES pelo planejamento, o que caracterizou o início do caso em estudo. Quando Matus falou de descentralização, se referiu a poder, capacidade de decisão, e não apenas de descentralização de responsabilidades. Em resumo, falou de autonomia, e isto foi demonstrado o tempo todo no caso mineiro. O COSEMS MG formulou, pactuou, elaborou, propôs e em conjunto com a SES criou dinâmica para as demandas de planejamento e vem desenvolvendo a experiência.

Quanto ao financiamento, o estudo realizado não reuniu informações sobre os resultados, até porque existem estratégias que incidem sobre a questão e estão ainda em curso, como a implementação da RAS.

## **9 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O desenvolvimento do Sistema Único de Saúde requer além do enfrentamento de seus problemas estruturais de financiamento e presença de profissionais com perfil adequado em quantidade suficiente em todas as regiões de saúde, o fortalecimento de suas organizações e instâncias de pactuação. A missão, visão e valores, tem que estar presentes em todos os processos de tomada de decisão. É preciso desenvolver capacidade de resposta rápida ante as mudanças, aumentar a capacidade de resolução de problemas para garantir o acesso universal e de qualidade e satisfazer a população, gestores e trabalhadores de saúde.

Há uma distância muito grande entre a estrutura e funcionamento de nossas organizações e instâncias e o que a sociedade espera delas. A dissociação de agendas de decisão e os problemas locais, a pouca aderência entre políticas e problemas de saúde nas regiões de saúde, a lentidão dos processos, os insuficientes recursos financeiros que, mesmo assim, não são gastos devido à incapacidade de executá-los, as contradições entre as regras do direito administrativo brasileiro e as necessidades de fazer funcionar um sistema de saúde baseado no direito humano, enfim tudo isso faz com que a imagem negativa de hospitais lotados, filas e mal atendimento se torne a imagem do sistema para a sociedade.

As estruturas verticalizadas e centralizadas das nossas organizações públicas devem ser substituídas por organizações mais descentralizadas e mais responsáveis. Para isso, novas práticas de gestão devem ser instituídas e fortalecidas. Modelos de gestão democráticos, com base na comunicação intensa, com sistemas de avaliação das ações e resultados alcançados e que enfatizem as visões de médio e longo prazo são fundamentais para uma nova organização pública na saúde. Experiências têm sido vivenciadas, embora ainda sem visibilidade que transcenda o espaço local.

É fundamental que os gestores da área da saúde pública voltem seus olhares para o funcionamento das nossas organizações, buscando tanto a verificação dos principais problemas vividos por elas e estratégias para a sua superação, quanto a visualização de novas experiências de gestão que possam servir para orientar novos estudos e novas práticas.

Neste sentido, este estudo buscou analisar o planejamento regional como instrumento de gestão de um sistema de saúde, dada a incipiente instituição na agenda nacional do compartilhamento da gestão regional como um dos meios para viabilizar o acesso universal e integral aos serviços de saúde.

A Teoria das Macroorganizações e o sistema de Direção Estratégica elaborados por Carlos Matus foram muito pertinentes para a realização desta análise do planejamento macrorregional em Minas Gerais. Isto porque o espaço de análise correspondia de fato a uma Macroorganização. Esse referencial permitiu uma avaliação ampla, baseada em grandes categorias de análise do planejamento como instrumento de gestão. Possibilitou ainda a verificação do funcionamento do sistema

de planejamento e como aplicar seus conceitos em prol da co-gestão regional do sistema. Não se constituiu objeto de discussão nesse estudo, mas a fragilidade observada no desempenho quanto a categoria responsabilização traz a oportunidade de discutir o que se chama internacionalmente de 'accountability' <sup>(37)</sup>.

Segundo o artigo precursor da discussão no Brasil, de autoria Anna Maria Campos e publicado em 1990, a possibilidade de tornar a administração pública brasileira "*accountable*" estaria diretamente relacionada às chances das seguintes ocorrências, as quais, como podem ser verificadas, guardam certa interdependência e estão diretamente relacionadas à democracia: a) organização dos cidadãos para exercer o controle político do governo; b) descentralização e transparência do aparato governamental; e c) substituição de valores tradicionais por valores sociais emergentes. Temos no País uma democracia muito nova em relação a acumulação mundial, e esse exercício da democracia ainda irá desenvolver em muito nossas organizações públicas e a relação com a sociedade.

O Centro Latino-Americano de Administração para o Desenvolvimento (CLAD) alertou, mais recentemente, para o fato de que a realização do valor político da *accountability* depende de dois fatores: um deles é o desenvolvimento da capacidade dos cidadãos de agir na definição das metas coletivas de sua sociedade, já que uma população indiferente à política inviabiliza tal processo; o outro é a construção de mecanismos institucionais que garantam o controle público das ações dos governantes ao longo de todo o seu mandato. Estamos ainda 'engatinhando' nessa prática no SUS, embora a saúde seja a política pública com maior participação da população no território nacional. O desenvolvimento da experiência de compartilhamento da gestão nas regiões de saúde se fortaleceria muito com o desenvolvimento de mecanismos para essa prática e a edição recente da Lei Complementar 141 de 2012 contribuirá em muito para isso. Também é importante considerar que não temos Conselhos Regionais de Saúde, sendo necessário desenvolver mecanismos de articulação entre os Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional para a gestão regionalizada.

Feitas estas considerações, cabe mencionar a importância do planejamento para a discussão da descentralização e autonomia com base no modelo matusiano de Direção. Matus afirma claramente que não há qualidade na gestão quando não há planejamento. Descentralização e a implementação de sistemas de cobrança e

prestação de contas são estímulos indiretos para o planejamento na visão matusiana. Para isso, há necessidade de muita evolução em nossas macroorganizações públicas de saúde e suas práticas. É urgente que geremos demanda por planejamento em todos os níveis da Macroorganização SUS. Gestores, não apenas em MG, vêm dizendo isso mas também o movimento do controle social e trabalhadores da saúde.

Em relação à experiência do COSEMS MG, acreditamos que pode, tanto pelos seus aspectos mais inovadores e positivos quanto pelas deficiências identificadas, ajudar a aprimorar o processo de planejamento regional, respondendo a algumas questões colocadas pela oficina nacional realizada em novembro de 2012. Cabe informar aqui, que no âmbito mineiro, COSEMS MG e SES vem analisando os regimentos das CIR buscando aperfeiçoamento do funcionamento das comissões.

Quanto ao primeiro objetivo específico do estudo (identificar se a configuração da agenda dos dirigentes de saúde nas regiões confere direcionalidade à gestão regional no processo de planejamento regional) cabe ainda dizer que ficou claro que o enunciado da missão, com discussões envolvendo todos os gestores e sendo publicizada pelo site do COSEMS, além de publicações e realização de eventos, é um potencializador da participação dos gestores nas CIR, mesmo que no dia a dia as agendas sejam fragmentadas. Sem a clareza do papel dos gestores municipais no sistema, individual e coletivamente, torna-se difícil a construção de um sistema compartilhado e solidário. Além disso, é importante mencionar que a forte presença do COSEMS nas regiões, tanto pelo COSEMS regional, como pelo apoiador, contribui muito para o desenvolvimento da missão.

Não avaliamos o tempo e atenção dedicados às prioridades pelo gestores, mas nos relatórios de pactuação percebe-se uma tendência à deixar as agendas serem engolidas pelos problemas emergenciais, ou por prazos ditados por ritos emanados de outras instâncias. (CIT e CIB). Isto faz com que não se tenha tempo para se pensar sobre os objetivos a serem desdobrados das prioridades, a fim de lhes dar maior concretude e facilitar o acompanhamento e a avaliação.

Em relação ao segundo objetivo deste estudo (verificar se a prestação de contas das ações pactuadas confere responsabilização pela gestão regional), além do já discutido aqui, acreditamos com base na experiência realizada, que há uma

grande contribuição da Teoria das Macroorganizações, principalmente porque chama a atenção para a necessidade de se articular maior descentralização com maior responsabilidade, ou seja, preza pelo “ser responsável por” ao mesmo tempo em que exige mecanismos efetivos de prestação de contas.

A experiência do COSEMS MG, inconclusa porque ainda em desenvolvimento, apresenta essa falha, pois não foram identificados mecanismos de avaliação de resultados, tal como sugerido pela Teoria das Macroorganizações. A única avaliação que consta das publicações, diz respeito às expectativas colocadas pelos gestores no início do processo em 2007. Dos 19 objetivos mencionados, apenas 7 não tiveram respostas, mas na continuidade do processo, acordou-se em estabelecer estratégias para responder. São eles: Construir um sistema de planejamento integrado (ainda é desafio nacional); Facilitar o diálogo com o mundo jurídico e com o poder judiciário; Estabelecer complementariedade com o planejamento microrregional (COSEMS e SES estabeleceram a homologação na CIB das pactuações, embora precise ser aperfeiçoado); Aperfeiçoar o planejamento intramunicipal utilizando o planejamento regional (dialoga com o primeiro objetivo, constitui desafio nacional falar de espaço intermunicipal dentro do município); Desenvolver cultura de planejamento como instrumento de gestão (isso é permanente, daí o caráter contínuo do processo); Implementar o sistema de planejamento em todos os níveis da atenção; Unificar o Sistema de Planejamento, rompendo com fragmentações de programas (também é desafio nacional).

Fica claro que para responder a estes problemas é necessário aperfeiçoar os instrumentos de planejamento e a sincronicidade dos processos intramunicipal, regional, estadual e nacional. Os relatórios de gestão, por exemplo, precisam dialogar com as estratégias planejadas e necessitam critérios para sua avaliação para muito além do cumprimento da exigência legal de serem apresentados.

Por isso, os resultados precisam ser pactuados e conhecidos por todos os membros da CIR. O estabelecimento de objetivos (resultados), metas, indicadores e instrumentos para verificá-los ampliam a responsabilidade de todos. Isso permite estabelecer a avaliação, tanto por parte de quem realiza a avaliação quanto por parte do avaliado, que passa a ter critérios objetivos “do que” deve prestar contas, ou seja, dos seus compromissos assumidos.

Apesar dessa falha, O COSEMS MG e a SES tem demonstrado preocupação em aperfeiçoar esse processo. Tanto por iniciativas como o Prêmio COSEMS em Ação, quanto pela divulgação nos sites do COSEMS e da SES na internet dos relatórios de pactuação, demonstrando a preocupação com visibilidade.

Por fim, o terceiro objetivo específico (analisar se ocorre compartilhamento da gestão das ações na região de saúde). Não analisamos o processo das reuniões das CIR e talvez seja importante desenvolver este estudo, mas podemos afirmar com base nos relatórios e demais documentos que é ampla a participação dos gestores nas reuniões e decisões e que os mecanismos de comunicação do COSEMS são bastante eficazes para isso. Se o fato das estratégias terem sido atribuídas a responsabilidade de vários atores dificulta a responsabilização, podemos afirmar que demonstra grande participação na gestão das ações. De qualquer forma, esta é uma preocupação do COSEMS MG ao analisar o processo de funcionamento das CIR e avaliar como aperfeiçoá-lo.

O Sistema de Direção Estratégica de Carlos Matus tem vários elementos que contribuem para a conformação de modelos de gestão compartilhados. As contribuições de experiências como essa do COSEMS MG, ajudam a torná-lo mais potente não apenas como instrumento de análise, mas também como instrumento operacional.

Algumas questões que julgamos importantes e que poderão ser objeto de novos estudos podem agora ser mencionadas. Primeiro, o sistema de gestão regionalizada em MG apresenta indícios de que um sistema de gestão descentralizado, com envolvimento dos vários atores no processo de tomada de decisão, tende a gerar um sistema de maior responsabilidade, operacionalizando os conceitos descentralização e responsabilidade. Embora não tenhamos elementos empíricos neste estudo para estabelecer de modo conclusivo esta relação, parece ter havido maior participação e visibilidade na gestão da saúde nas regiões concomitante à manutenção da autonomia dos entes federados. Há de se realizar novos estudos que possam apreender melhor a relação entre esses conceitos.

Uma segunda questão que merece aprofundamento por meio de novos estudos é como compartilhar responsabilidades na gestão, ou estabelecer a co-gestão regional entre 3 entes federados autônomos e contratualizados por meio do COAP e planejamento. Se a função do planejamento é realizar a integração das

práticas de gestão, ainda temos uma cultura do direito administrativo de tratar as responsabilidades considerando cada ente isoladamente. A experiência estudada também apresenta indícios de que o planejamento ajudou a fomentar um olhar regional e não apenas para o território intramunicipal entre os gestores.

## **10 REFERÊNCIAS**

1. Rivera FJU, Artmann E. Planejamento e gestão em saúde: conceitos, história e propostas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012.
2. Matus C. Política, Planejamento e Governo. Brasília: IPEA; 1997.

3. Cecílio LCO. Organizador. Inventando a Mudança na Saúde. São Paulo: Hucitec; 1997.
4. Rivera FJU. Agir Comunicativo e Planejamento Social: Uma Crítica ao Enfoque Estratégico. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1995.
5. Rivera FJU. Planejamento Situacional: uma análise reconstrutiva. In: Gallo E, Rivera FJU e Machado MH. Organizadores. Planejamento Criativo: Novos Desafios em Políticas de Saúde. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 1992.
6. Matus C. O Líder sem Estado Maior. São Paulo: Fundap; 2000.
7. Matus C. Adeus, Senhor Presidente: Governantes Governados. São Paulo: Fundap; 1996.
8. Matus C. El Metodo PES, Reingenieria Publica y La Teoria de Las Conversaciones: Trabas y Problemas. Santa Fé, Colômbia: Fondo Editorial Altadir, Colección Ciências y Técnicas de Gobierno; 1994.
9. Artmann E. Planejamento Estratégico Situacional: A Trilogia Matusiana e uma Proposta para o Nível Local de Saúde [Dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 1993.
10. Silva R. A Teoria Organizacional do Planejamento Estratégico Situacional e a Gestão do Setor Saúde: Análise da Experiência da Santa Casa de Misericórdia do Pará [Dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 1994.
11. Cecílio LCO. Inventando a Mudança na Administração Pública: Reconstituição e Análise de Três Experiências de Saúde [Tese]. Campinas: Faculdade de Medicina, Universidade Estadual de Campinas; 1994.
12. Rivera FJU. A gestão situacional (em saúde) e a organização comunicante. Cadernos de Saúde Pública. 1996; Volume 12: 357-372.

13. Rivera FJU, Artmann E. Planejamento e gestão em saúde: flexibilidade metodológica e agir comunicativo. *Ciência e Saúde Coletiva*. 1999; Volume 4: 355-365.
14. Kopf A, Hortale VA. Contribuição dos sistemas de gestão de Carlos Matus para uma gestão comunicativa. *Ciência & Saúde Coletiva* [internet]. Dezembro 2005 [acesso em 2013 Janeiro 11]; Volume 10; suplemento 0: 157 – 165. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-1232005000500018&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-1232005000500018&script=sci_arttext).
15. Campos GWS. O anti-Taylor: Sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. *Cadernos de Saúde Pública*. 1998; Volume 14: 863-870.
16. Campos GWS. *Um Método para Análise e Co-gestão de Coletivos*. São Paulo: Hucitec; 2000.
17. Merhy EE. Planejamento como tecnologia de gestão: tendências e debates em planejamento em saúde no Brasil. In: Gallo E. Organizador. *Razão e Planejamento: Reflexões sobre Política, Estratégia e Liberdade*. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: Abrasco. 1995.
18. Lima SML. O contrato de gestão e a conformação dos modelos gerenciais para as organizações hospitalares públicas. *Revista de Administração Pública*. 1996. Volume 30: 101-138.
19. Silva R. *A Teoria Organizacional do Planejamento Estratégico Situacional e a Gestão do Setor Saúde: Análise da Experiência da Santa Casa de Misericórdia do Pará [Dissertação]*. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 1994.
20. Acurcio FA, Santos MA, Ferreira SMG. O Planejamento Local de Serviços de Saúde. In: Mendes EV. Organizador. *A Organização da saúde no nível local*. São Paulo: Hucitec, 1998.

21. Brasil. Ministério da Saúde, Comissão Intergestores Tripartite. Planejamento do Sistema Único de Saúde [Internet]. Brasília; 2011. [Acesso em 2013 Janeiro 11]. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2a\\_nov2011.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2a_nov2011.pdf).
22. Stake RE. The case study method in social inquiry. In: Denzin NK, Lincoln YS. The American tradition in qualitative research. Thousand Oaks, California: Sage Publications. 2001; Volume II.
23. Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais. Comissão Intergestores Bipartite: CIB MG. Belo Horizonte; 2013. [Acesso em 2012 janeiro 11]. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/institucional/cib>.
24. Conselho de Secretarias Municipais de Saúde de Minas Gerais. Homepage. Belo Horizonte; 2013. [Acesso em 2013 Janeiro 12]. Disponível em: <http://www.cosemsmg.org.br/>.
25. Lima JC. Gestão estratégica de sistemas de saúde: estudo de caso de uma região de saúde à luz da teoria das macroorganizações [Dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2003.
26. Trosa S. Gestão Pública por Resultados: Quando o Estado se Compromete. Rio de Janeiro, Brasília: Revan-ENAP. 2001.
27. Cecílio LCO. Trabalhando a missão de um hospital como facilitador da mudança organizacional: limites e possibilidades. Cadernos de Saúde Pública; 2000. Volume 16: 973-983.
28. Malachias I, Leles FAG, Pinto MAS. Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2010.
29. Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde. Carta de Maceió [Internet]. Brasília; 2012. [Acesso em 2013 Janeiro 17]. Disponível em <http://www.conasems.org.br/site/index.php/comunicacao/ultimas-noticias/2373-carta-de-maceio>.

30. Testa M. Pensar em Saúde. Porto Alegre: Artes Médicas. 1992.
31. Mendes EV. Uma Agenda Para a Saúde. São Paulo: Hucitec. 1996.
32. Conselho de Secretarias Municipais de Saúde de Minas Gerais. Seminário de Integração Estado – Municípios [Internet]. Belo Horizonte; 2012. [Acesso em 2013 Janeiro 17]. Disponível em <http://www.cosemsmg.org.br/index.php/ultimasnoticias/1881-cosems-mg-realiza-seminario-de-integracao-estado-municipios>.
33. Brasil. Ministério da Saúde, Comissão Intergestores Tripartite. Metas e Indicadores para composição da Parte II do COAP [Internet]. Brasília; 2012. [Acesso em 2013 Janeiro 17]. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/caderno\\_marco12.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/caderno_marco12.pdf).
34. Brasil. Ministério da Saúde, Comissão Intergestores Tripartite. Diretrizes para regulação do acesso às ações e serviços de saúde, visando a implementação da Política Nacional de Regulação [Internet]. Brasília; 2012. [Acesso em 2013 Janeiro 17]. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/3a\\_120612.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/3a_120612.pdf).
35. Brasil. Ministério da Saúde, Comissão Intergestores Tripartite. Situação de Estados e Municípios quanto aos Relatórios de Gestão 2011 [Internet]. Brasília; 2012. [Acesso em 2013 Janeiro 17]. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/4e1\\_121212.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/4e1_121212.pdf).
36. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. Plano Nacional de Saúde 2008 – 2009 - 2011 [Internet]. Brasília; 2009. [Acesso em 2013 Janeiro 17]. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pns2008\\_2011\\_preimpressao.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pns2008_2011_preimpressao.pdf)
37. Pinho JAG, Sacramento ARS. Accountability: já podemos traduzi-la para o português?. RAP. 2009; Volume 43: 1342 – 1368.

**Artigo apresentado à Revista Physis: Revista de Saúde Coletiva, em  
dezembro de 2012**

Título: Os municípios e o Planejamento Regional em Saúde em Minas Gerais

1 – Introdução

Este artigo representa produto parcial de dissertação de mestrado profissionalizante em saúde coletiva, desenvolvida junto ao Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília. Os resultados

apresentados neste artigo são fruto da aproximação entre a realidade do SUS regionalizado e a teoria, configurando um estudo de caso cujos resultados finalísticos estão contidos na dissertação em questão.

Entre os maiores desafios à construção do Sistema Único de Saúde está a necessidade da regionalização solidária e cooperativa entre entes federados com a integração e o compartilhamento da gestão nas regiões de saúde por meio dos contratos organizativos de ação pública (COAP). Ganha centralidade assim, a discussão a respeito do planejamento em saúde e como torná-lo instrumento de tomada de decisão por gestores nas regiões de saúde.

Apesar da longa história da presença do planejamento em saúde na América Latina e no Brasil desde o Método CENDES – OPAS (Centro de Desenvolvimento da Universidade Central da Venezuela - Organização Pan-Americana da Saúde) até as produções derivadas da crítica a esse método normativo, agrupadas em três vertentes de pensamento - o planejamento estratégico situacional de Carlos Matus, o pensamento estratégico de Mário Testa e o enfoque estratégico de saúde para todos de Bornechea, Trujillo e Chorny (Uribe Rivera & Artmann, 2012) – a fragilidade do planejamento nos processos de tomada de decisão, sinaliza a necessidade de superação de obstáculos de aplicação metodológica, a necessidade de maior contextualização de seu uso, de maior abrangência de modelos explicativos de causalidades dos problemas de saúde e de incorporação de conteúdos comunicativos capazes de alavancar mudanças.

A construção regionalizada de políticas de saúde e com ação integrada entre entes federados autônomos resultante da evolução da implementação do SUS, traz um novo desafio e talvez uma oportunidade para o aperfeiçoamento dos processos

de planejamento. Já não se trata de planejamento de um ente federado, mas de compartilhamento de estratégias, de ações combinadas e de concatenação de esforços entre entes autônomos. Sem abrir mão da unicidade de princípios diretivos e organizativos do sistema, a atual política de construção do SUS, representada pela regulamentação da Lei 8080, inserida no pacto interfederativo brasileiro, exige diversidade de estratégias e de ação para enfrentamento dos problemas de saúde.

Este é o ponto de partida do estudo desenvolvido e apresentado no presente artigo que analisando o caso do planejamento regional desenvolvido pelo Conselho Estadual de Secretarias Municipais de Saúde de Minas Gerais (COSEMS MG) tem o propósito de identificar dimensões que orientem o planejamento regional integrado subsidiado pela acumulação teórico – prática e possibilitem ao planejamento em saúde a centralidade nos processos de tomada de decisões.

## 2 – Método

A pesquisa é um estudo de caso, portanto, de natureza qualitativa, da experiência de planejamento macrorregional desenvolvido em Minas Gerais, pelo Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Estado (COSEMS MG), durante os anos de 2007 a 2011 e orientado pela decisão política da diretoria da entidade e pela divisão de responsabilidades entre COSEMS MG e Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (SES MG).

Por meio dessa experiência, as 25 regiões de organização do COSEMS, nas quais estão presentes as 77 regiões de saúde definidas pela Comissão Intergestores Bipartite de Minas Gerais (CIB MG), bem como os 853 municípios mineiros, vivenciaram oficinas de planejamento com base no pensamento estratégico de Mario Testa e posterior alinhamento de estratégias nas Comissões Intergestores

Regionais (CIR) e Comissões Intergestores Regional Ampliada (CIR-A), bem como na própria CIB MG. Estas oficinas resultaram em relatórios temáticos de planejamento e o alinhamento de estratégias em relatórios de pactuação nos fóruns intergestores.

Através da leitura do referencial teórico do planejamento estratégico, em especial da teoria das Macroorganizações e do Sistema de Direção Estratégica de Carlos Matus (Matus, 1993), da análise de suas regras: a Direcionalidade/Sistema de Conformação da Agenda do Dirigente; a Descentralização e Autonomia/Sistema de Gerência por Operações e a Responsabilidade/Sistema de Petição e Prestação de Contas por Resultados, aliada a leitura de críticas contemporâneas ao uso dessa teoria e métodos, e também de trabalhos anteriores realizados por outros pesquisadores (Lima, 2003), bem como de documentos formais de orientação nacional (Ministério da Saúde, 2011) para a implementação dos dispositivos da regulamentação da Lei 8080, foi elaborada uma matriz analítica adaptada para o planejamento regional integrado em saúde contendo três dimensões esperadas para um consistente e potente planejamento regional em saúde (direcionalidade, responsabilidade e compartilhamento), bem como para cada dimensão, variáveis e critérios de análise do conteúdo do planejamento.

Como Macro-organização, Matus se refere a um sistema onde coexistem várias organizações, e ninguém possui autoridade absoluta sobre todas as organizações que integram tal sistema. O exemplo que o autor traz de Macro-organização é o da “institucionalidade de um país”, pois todas as organizações nele existentes respondem a diferentes autoridades. No cenário deste estudo, a Macro-organização é um sistema de saúde regionalizado, onde estão presentes várias

outras macro-organizações (superintendências e gerencias regionais do estado, COSEMS regional, secretarias municipais) e micro-organizações (estabelecimentos de saúde), e onde nenhuma tem autoridade absoluta sobre as demais organizações. Assim, uma Superintendência ou Gerencia Regional de Saúde, não detém poder total para influenciar os serviços de saúde de determinado município, pois lá também reside outra organização (Secretaria Municipal de Saúde) responsável pela gestão da saúde em seu território.

Para Matus, em uma Macro-organização prevalecem relações paralelas de coordenação, pelas quais os jogadores coexistem e competem em um jogo sujeito a regras. As relações paralelas podem ser relações de igualdade ou desigualdade, mas nunca relações de dependência hierárquica. Nas relações paralelas só é exigida obediência às regras do jogo. No caso do sistema de saúde regionalizado mineiro, as regras são definidas pela pactuação nas instâncias intergestoras, respeitadas as regras nacionais e estaduais.

Outro conceito de Carlos Matus importante para se compreender a Teoria das Macroorganizações é o de Alta Direção, entendida como coordenação de alta direção àquela que se realiza na cúpula das organizações participantes do jogo macro-organizacional, e caracteriza-se por ser criadora de diretrizes para o nível gerencial, por se auto-impor os grandes objetivos e por conduzir a estratégia de convivência com as outras organizações participantes do jogo macro-organizacional. Nas Regiões de Saúde, conforme definidas pelo Decreto Presidencial 7508 de 28 de junho de 2011, podemos considerar como alta direção a Comissão Intergestores Regional - CIR. E em Minas Gerais, cenário deste estudo, podemos considerar alta direção regional, as CIR de abrangência microrregional e as Comissões Intergestores Regional Ampliada – CIRA de abrangência macrorregional.

Quanto à dinâmica de funcionamento das Macroorganizações, Carlos Matus aplica a sua Teoria da Produção Social, compreendendo estas como um sistema social, que pressupõe a presença de diversos atores com interesses e motivações variadas e que não apenas estabelecem relações de cooperação, mas também de conflito. No caso deste estudo, o conflito existe em algumas situações, mas não há vencedores ou vencidos, pois as decisões são tomadas por consenso, embora várias interações mediadas por relações de poder estejam envolvidas na obtenção deste consenso.

O funcionamento das Macro-organizações se dá, em três planos: regras, acumulações e fluxos de produção. Neste estudo, as regras da Macro-organização seriam, portanto, a direcionalidade (prioridades), a governabilidade (capacidade de obtenção de consensos sobre as estratégias ou sua fraqueza diante da não obtenção, a demanda a outra esfera pela decisão) e as responsabilidades (petição e prestação de contas).

A Direcionalidade diz respeito à missão da Macro-organização, às funções que deve cumprir para dar resposta e satisfazer às necessidades sociais, atuais ou potenciais. Matus assinala que embora qualquer organização nasça para satisfazer uma demanda social externa, não é pouco frequente que elas envelheçam servindo a si mesmas, relegando a um segundo plano sua missão principal. Nesta concepção, as organizações podem ser, em dois tipos ideais, adequadas ou inadequadas, dependendo de ela satisfazer ou não àquela demanda. Assim, o sistema de gestão regional da saúde pode ser analisado do ponto de vista de sua ação institucional frente as necessidades e demandas do sistema de saúde em situações concretas. No caso do Planejamento regional em estudo, a formulação dos

problemas a serem enfrentados e as estratégias para esse enfrentamento podem ou não responder ao incômodo inicial e a função desse sistema em responder a essas necessidades.

A Governabilidade exprime-se na forma de distribuição das capacidades de tomar decisão pelo interior da organização, o que está relacionado com a distribuição do poder. Esta regra define o grau de centralização ou descentralização do sistema macro-organizacional. Matus demonstra que a centralização do poder, acarreta ineficácia e ineficiência, pois o poder de decisão concentrado mata a criatividade e a capacidade de resposta oportuna do sistema ante as mudanças da realidade e as oportunidades, e enfatiza as relações hierárquicas de dependência, ao passo que a distribuição de poder enfatiza as relações de coordenação. A governabilidade concentrada acumula na cúpula inumeráveis problemas de baixo valor nesse nível, mas de alto valor na base. As instâncias interfederativas de saúde regionais, por serem inclusive mais recentes, correm o risco de apenas homologarem decisões tomadas nas esferas estaduais e nacional e não exercerem a criatividade necessária para dar respostas aos problemas de saúde da região.

Matus classifica as organizações em dois extremos: centralizadas ou descentralizadas. Mas usa outro princípio que complementa e afasta a possibilidade de uma autonomização, que pode levar à atomização e desintegração na Macro-organização: o princípio da centralização. Em sua teoria, se um problema pode ser dissolvido eficazmente em um espaço maior ou mais amplo, não deve ser processado no espaço original, e sim ascender até encontrar o nível mais centralizado que o possa abordar com maior criatividade, visão de conjunto, responsabilidade e controle das variáveis. No sistema de saúde regionalizado, problemas que envolvem financiamento, formação de recursos humanos, articulação

entre regiões e outras estratégias para enfrentamento, devem ascender a Comissão Intergestores Bipartite estadual (CIB), ou mesmo a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) para solução mais adequada.

Na aproximação da teoria à realidade de uma região de saúde, este conjunto de regras descritos até aqui compõe uma primeira dimensão de análise do planejamento, que agrupamos sob o nome de dimensão da direcionalidade. Podem ser verificadas no sistema de gestão regional pela configuração da agenda dos dirigentes, analisando se a missão foi definida coletivamente e incorporada pelos gestores, se esta agenda privilegia questões contidas na missão e não por rotinas e emergências, e embora este estudo não faça esta avaliação, se o foco da atenção do dirigente está voltado para as prioridades de gestão e para a missão verificando a distribuição e tempo despendido com discussão de problemas dessa agenda. Também é preciso verificar o entorno dos dirigentes, ou seja, a forma como os problemas são ou não processados previamente por Câmara técnica ou assessoria para a tomada de decisão. A Existência e funcionamento de unidade de processamento tecnopolítico de problemas contribuem para a racionalização ou não da agenda, mantendo ou não o tempo e o foco de atenção do dirigente voltado para as prioridades da gestão.

Carlos Matus analisa ainda em sua teoria a regra da responsabilidade. Esta regra discute a distribuição de responsabilidades e/ou compromissos pelo interior da organização e, principalmente, a forma pela qual é exigido o cumprimento dos compromissos assumidos. Classifica a organização como de alta ou baixa responsabilidade. Para Matus, somente há planejamento em organizações onde predominam regras de alta responsabilidade. Ele refere-se a uma organização de

alta responsabilidade quando ninguém está isento de pedir ou prestar contas sobre seu desempenho. Para Matus a responsabilidade obriga à criatividade e esta obriga à descentralização.

No presente estudo do sistema regional, esta regra pode ser analisada na sistematicidade da prestação de contas, pela existência de mecanismos formais de avaliação/ prestação de contas presentes no sistema regional de saúde e de sua publicização, na regularidade e Periodicidade dessa prestação de contas, na forma de definição dos critérios de avaliação e acompanhamento, se utiliza ou não indicadores de desempenho para avaliar o sistema de saúde, se as informações consideradas relevantes e critérios de avaliação são conhecidos por todos antes da prestação de contas, o que demonstra o grau de pactuação em relação aos resultados/indicadores e mecanismos de avaliação utilizados, na existência e funcionamento de sistema de monitoramento e os Instrumentos utilizados, no Sistema de incentivo ou punição pela existência de incentivos e/ou punições de acordo com o alcance dos resultados. Também é importante verificar se todos os atores estão sujeitos ou não à prestação de contas.

Na teoria de Carlos Matus, as regras descritas se expressam, no nível das acumulações, em um sistema organizativo que acarreta um determinado fluxo de produção, representado no estudo pelas resoluções e outros produtos organizacionais. As regras de direcionalidade exigem um sistema de agenda dos dirigentes; as regras de governabilidade exigem por sua vez, um sistema de gerência por operações e; as regras de responsabilidade, um sistema de petição e prestação de contas. Estes três sistemas compõem o Sistema de Direção Estratégica da Teoria Macro-organizacional do PES, expresso em um Triângulo de Ferro.

Cabe mencionar, que a matriz analítica apresentada aqui representa uma adaptação do trabalho formulado por Juliano de Carvalho Lima, orientado por Francisco Javier Uribe Rivera. A adaptação aqui, se justifica além de um referencial teórico em comum com diversos autores, também por um pressuposto comum, de que a qualidade da gestão de um sistema de saúde depende da qualidade e desempenho do conjunto dessas regras. Citando Lima, *“em um sistema de baixa responsabilidade, onde não há exigibilidade do cumprimento dos compromissos assumidos, não haveria demanda por planejamento, a agenda do dirigente (que não planeja) seria repleta de problemas de baixo valor, e sua atenção estaria voltada para problemas emergenciais. Consequentemente o dirigente acumularia em sua agenda todos os problemas da organização e tenderia a centralizar as decisões. A centralização impediria o desenvolvimento de um sistema de gerência por operações, não haveria responsabilização dos níveis inferiores, o que não geraria demanda por planejamento. Os problemas que seriam de alto valor nestes níveis estão ocupando a agenda do dirigente, restando apenas problemas de baixo valor, que são processados rotineiramente (sem criatividade). Estas são, inclusive, as características que, ao nosso ver, predominam nos sistemas públicos, inclusive no setor saúde”*.

Mas a adaptação justifica-se fundamentalmente por um cenário totalmente diferente, neste estudo, o COSEMS MG assumindo responsabilidade pactuada, fato que já supera além da análise da departamentalização, o dilema da descentralização autárquica do sistema de saúde e do poder descrita por Lima e da responsabilização de uma entidade de representação dos municípios ao invés de uma análise de um nível subgerencial de uma SES. Justifica-se também por uma época diferente - dos anos 90 do século passado para uma década e meia seguinte

– período esse marcado por grande acumulação na gestão e traduzida na regulamentação do SUS pelo Decreto Presidencial 7508 de 2011, bem como pela Lei federal 12.466 de 24 de agosto de 2011 e Lei Complementar 141 de 16 de janeiro de 2012 bem como no citado documento nacional com diretrizes sobre o processo de planejamento (4). Por fim justifica-se também, por ter objeto de análise distinto. Lima analisa o sistema organizacional da gestão na região de uma Coordenadoria Regional de Saúde, enquanto este estudo pretende analisar o processo de planejamento macrorregional de saúde.

Assim, a dimensão de análise, descentralização e autonomia descrita nas regras de responsabilidade de Matus, compondo o sistema de gerencia por operações, é substituída por compartilhamento, diretriz norteadora presente fortemente nos documentos e legislação citadas e que deve operar o modo de ação nas regiões de saúde. Nessa aproximação com as regiões de saúde, o envolvimento de todas as Secretarias Municipais de Saúde da Região no processo de planejamento regional, a pactuação da metodologia adotada para o planejamento e o grau de sistematização do planejamento, os mecanismos utilizados para garantir a execução do plano devem ser garantidos pela existência de mecanismos de representação e participação das SMS no sistema de gestão da região, pela existência e funcionamento de espaços e instrumentos de comunicação entre o COSEMS, os municípios e a SES na região e ainda pela presença de estímulos à autonomia dos atores ou seja, COSEMS e a SES devem desenvolver ações que permitem aos participantes do planejamento exercer os poderes a eles atribuídos. A tabela abaixo sintetiza as dimensões encontradas nesse trabalho e descritas acima, configurando um modelo de análise do processo de planejamento macrorregional em MG.

Dimensões de Análise	Sistema de Gestão de Carlos Matus	Variáveis
DIRECIONALIDADE	Configuração da agenda dos dirigentes	Missão Foco dos dirigentes Análise Prévia dos Problemas
RESPONSABILIDADE	Petição e prestação de contas	Sistematicidade da prestação de contas Forma de definição dos critérios de avaliação e acompanhamento Utilização de instrumentos Sistema de monitoramento Sistema de incentivo/punição
COMPARTILHAMENTO	Gerencia por operações	Envolvimento de todos os gestores no Planejamento Existência de mecanismos de representação e participação das Secretarias Municipais de Saúde no sistema de gestão da região Espaços de comunicação e negociação entre o COSEMS, os municípios e a SES na região

Tabela 1- Matriz Analítica para o Planejamento Regional Integrado

O confronto entre os relatórios produzidos, o referencial teórico e o tratamento proporcionado pela matriz analítica, resultaram em considerações sobre aproximação ou distanciamento da prática produzida em relação à modelagem esperada, bem como a processos que possam ter facilitado ou dificultado essa aproximação.

### 3. Resultados

Em relação à dimensão da direcionalidade, verifica-se que os relatórios do Planejamento Macrorregionais reproduzem como missão para os gestores na região, a tradução para a região de saúde do enunciado expresso pelo COSEMS MG como sua missão, em sua página na internet: *“Trabalhar pela autonomia dos municípios, congregando os gestores municipais de saúde na macrorregião na análise e formulação de estratégias para enfrentamento dos problemas de saúde,*

*fortalecendo a participação efetiva na formulação das políticas públicas de saúde no âmbito das regiões de saúde e buscando a melhoria da saúde da população mineira*". Tal enunciado marca claramente o posicionamento político dos gestores municipais e diz muito da organização do COSEMS MG que tem em sua estrutura os COSEMS regionais com as mesmas funções no âmbito de cada região de saúde. Porém, nos relatórios de pactuação produzidos no âmbito das Comissões Intergestores Regionais, verifica-se na pauta dos dirigentes o privilegiamento de discussões a respeito de ações não planejadas. Também, verifica-se nestes relatórios uma forte composição de agendas determinadas de cima para baixo visando cumprir ritos e fluxos decisórios determinados pelas CIT e CIB, em detrimento dos problemas locais. Assim por exemplo, a aprovação de credenciamento de serviços e outros tem maior presença na agenda do que o fortalecimento da atenção básica.

As CIR, recente criação do SUS, em sua maioria ainda não possuem Câmaras Técnicas consolidadas para processamento de problemas que objetivem e facilitem o processo de tomada de decisões pelos gestores. Em Minas Gerais, embora elas estejam previstos nos regimentos internos das CIR, ainda tem funcionamento desigual entre as regiões e nem sempre funcionam, estando inclusive prevista uma revisão regimental que fortaleça essa organização. Embora este fato, prejudique a direcionalidade do processo de planejamento regional, principalmente em sua implementação, a análise dos problemas para formulação das estratégias foi conduzida pelo COSEMS que conta com um apoiador em cada região de saúde que realizou o processamento técnico dos problemas. Outra iniciativa importante foi a realização de conjunta do COSEMS MG com a SES MG de Curso de Especialização em Planejamento no ano de 2010, que embora não tem

sido analisado no presente estudo, com certeza contribuiu pra melhoria na direcionalidade do planejamento.

No que tange a dimensão da responsabilização, verifica-se que é bastante incipiente, dada a incipiência da própria CIR. Ainda não existe prestação de contas públicas, embora todos os relatórios de pactuação estejam disponíveis na internet. Da mesma forma, não foi organizado um sistema de monitoramento e avaliação que possibilitasse a adoção de mecanismos de incentivos ou punição. O COSEMS MG, como iniciativa própria que funciona como estímulo, instituiu em 2007, o Prêmio COSEMS em Ação visando estruturar, organizar e fortalecer os COSEMS Regionais. Associado ao Projeto Apoiador já mencionado, e ao planejamento regional que além das ações a serem pactuadas, tem como resultado um plano de ação para o COSEMS regional, o prêmio anual avalia iniciativas como capacidade de aglutinação dos municípios em cada região, capacidade de trazer propostas para discussão no nível central, agilidade na disseminação das informações, comparecimento nas reuniões ordinárias mensais do COSEMS, entre outras questões.

Na dimensão do compartilhamento, ocorre o envolvimento de todos os gestores municipais no processo de planejamento verificado nas atas e pela convocação das reuniões ordinárias dos COSEMS regionais onde consta a discussão e aprovação do planejamento consolidado. Além disso, o COSEMS MG desenvolveu um sistema de registro e comunicação do projeto apoiador que além de possibilitar a comunicação com a diretoria do COSEMS regional e com os assessores do COSEMS MG, contem atas de reuniões, relatório de atividades, planilhas de sistematização de planejamento, resoluções de colegiados gestores, pautas de reuniões, documentos técnicos e políticos de apoio, apresentações e outros. A

funcionalidade de Registro desse sistema contém relatórios, validados pelo presidente do COSEMS Regional que são organizados em Temáticos; de Atividades Mensais e de Pactuações na CIR e CIR – A. A funcionalidade de comunicação é materializada por e-mails institucionais, @cosemsg.org.br, FORUM Virtual dos apoiadores e FORUM Virtual COSEMS Regional.

O sistema de comunicação por email\_atua em três níveis por meio de endereços eletrônicos previamente cadastrados, entre os apoiadores e seu território; dos apoiadores com o seu presidente; e ainda com o nível central do COSEMS. O FÓRUM DOS APOIADORES, garante a comunicação ágil entre os apoiadores e a coordenação, possibilitando a troca de experiências entre os territórios, bem como o rápido acesso às ações desencadeadas em cada espaço regional, subsidiando o encaminhamento de soluções pactuadas pela SES e pelo COSEMS em todo o estado de Minas Gerais. Da mesma forma O FÓRUM REGIONAL DO COSEMS, garante a comunicação ágil entre os apoiadores e os gestores municipais do território, possibilitando a troca de experiências da gestão municipal, bem como o rápido acesso às ações desencadeadas de interesse municipal em cada espaço regional, subsidiando o encaminhamento de soluções pactuadas nos Colegiados intergestores Regionais (CIR e CIRA), na CIB MG.

#### 4. Discussão e Conclusões

O Sistema de Direção Estratégica de Carlos Matus traz vários elementos que contribuem para a conformação de modelos de gestão que fortaleçam o SUS. As contribuições de vários autores nesse sentido ajudam a torná-lo mais potente não apenas como instrumento de análise, mas também como instrumento prático-operacional.

Pensar em modelo de gestão para o SUS traz a necessidade de diferenciar o papel de ser gestor enquanto um ator coletivo do mero estar gestor representado por um cargo de direção. O protagonismo exercido por gestores municipais ao longo dos 25 anos do SUS, como é o caso da experiência mineira nesse estudo, demonstra ser possível qualificar as respostas que sistema de saúde oferece a população e mesmo com necessidades de adaptações nas formulações metodológicas, a teoria tem validade e explica muito do exercício da gestão compartilhada.

Esse ser que representa um projeto coletivo tem o desafio de transformar o plano, de uma exigência burocrática legal em um eixo estruturante da gestão, parte integrante do processo de tomada de decisões. Não há gestor responsável, que meça esforços para ganhar direcionalidade, responsabilização e compartilhamento de projeto, dimensões encontradas nesse trabalho, fruto do encontro entre teoria e prática.

Mas além de aplicar estas dimensões e seu embasamento teórico, é preciso pensar nos processos de mudança e quais pactos de comunicação realizar para sua efetividade e portanto legitimação. O próprio Carlos Matus aponta que mudar para melhor as instituições públicas Latino-americanas exigiria repensar seus fluxos (produtos), de maneira a torná-los mais adequados às necessidades sociais, estimar as deficiências de suas acumulações (seu Sistema de Direção Estratégica) em relação aos novos fluxos e verificar a necessidade de mudar as regras organizacionais, tornando-as mais adequadas às acumulações requeridas.

Ele apontou duas possibilidades concretas para isso. A primeira implicaria em mudar gradualmente cada sistema da organização, um de cada vez (reforma horizontal); a segunda pressupõe mudança simultânea de todos os sistemas de cada organização (reforma vertical). Sua opção é a segunda alternativa, o que

possibilita uma perspectiva de mudança global e total. Sua justificativa está calcada no fato de que uma mudança gradual, sistema por sistema, enfrenta sempre grande resistência, pois à medida em que se vai reformulando um, os demais vão criando mecanismos de defesa contra tal processo e, ao mesmo tempo, quando se passa de um sistema reformado para outro, existe a tendência de o primeiro retroagir ao estado inicial, uma vez que vai entrando em conflito com os sistemas ainda não reformados.

A proposta de mudança organizacional da Teoria das Macro-organizações pretende gerar mudança no nível das estruturas mentais e das práticas de trabalho. Por isso, o sucesso desta mudança irá depender do funcionamento do Sistema de Direção Estratégica, de acordo com as regras, na busca deste objetivo.

Como fazer isso nas regiões de saúde é o desafio que assumiu o COSEMS MG quando se lançou nessa empreitada. Ao invés de assistir passivamente a formulação de propostas pela SES MG, mesmo opinando sobre elas e pactuando ou não, propôs a construção de uma proposta metodológica que contribuísse para a mudança.

Como prática de gestão, o planejamento não tem um fim. Ainda mais considerando que compartilhar um pacto na região de saúde somente se sustenta como fruto de consenso entre demandas e resoluções, estratégias de resposta de governos e diálogo com a sociedade e para isso é fundamental investir para além do espaço territorial do município o qual representa. Somente a liderança de uma entidade como o COSEMS MG e seus COSEMS regionais pode assegurar governabilidade e autonomia a essa prática intermunicipal.

Algumas análises realizadas na teoria de Carlos Matus acrescentam forte correlação com esse desafio atual do SUS. A agenda do dirigente administra dois

dos recursos mais críticos: tempo e foco de atenção. Os dirigentes gastam muito tempo com atividades que não são tão importantes para a consecução da missão, acumulando em sua agenda problemas de baixo valor neste nível, mas de alto valor nos níveis inferiores. Por isso, a agenda do dirigente deve focar as questões importantes para a missão e estar sempre apoiada pelo plano. Caso contrário, prevalecem a improvisação e a centralização, pois às variadas pressões que o dirigente sofre em sua gestão, tendem a fazer com que se esqueça do planejamento, já que precisa, em boa parte do tempo, dar respostas imediatas sobre problemas que não são bem conhecidos.

Os problemas com menos chances de entrar para a agenda seriam justamente aqueles que têm o potencial de apresentar maior importância: *os que consomem muito tempo, são aparentemente adiáveis e não urgentes, não emitem sinais ruidosos, ou seja, não representam uma ameaça imediata, são complexos e parecem inevitáveis, dão a impressão de que há pouca competência para tratá-los, exigem inovação e risco (Matus, 1996).*

Mas há de se reconhecer que é muito difícil definir o que entra ou não na agenda. No SUS, as instâncias de pactuação tem suas câmaras técnicas que mesmo a da CIT, frequentemente não consegue processar os problemas de gestão adequadamente, resultando em agenda com acréscimos ou exclusões ou ainda postergações para melhor processamento.

Aqueles que estão ao redor do dirigente desempenham papel importante na racionalização de seu tempo. Para Matus, não basta a presença de uma assessoria especializada, é necessária uma Unidade de Processamento Tecnopolítico. Esta desempenharia as seguintes funções: trabalhar como um filtro de qualidade para os problemas que ascendem na organização, mediando os extremos do politicismo e

do tecnocratismo, defendendo os casos importantes em detrimento dos urgentes; deve realizar uma síntese desses problemas e facilitar a interação entre os dirigentes e os assessores; manter uma apreciação ao mesmo tempo sintética e global da situação da organização; lembrar constantemente o governante das características projetadas para o seu final de governo; colaborar com o dirigente para a preparação e implementação de um sistema de petição e prestação de contas por desempenho.

O Projetor apoiador regional do COSEMS MG associado ao plano de ação de cada COSEMS regional e ao prêmio COSEMS em ação, muito ajudou na qualificação desse processo ao tentar exercer esse papel, mas isso é uma prática que tem de ser construída junto com valores sociais e estes não mudam radicalmente simplesmente porque há a decisão de implementar um novo processo.

Também para Matus, a adoção de compromissos e a necessidade de se prestar contas sobre os mesmos são indutoras, segundo a Teoria Macro-organizacional, do planejamento criativo, ou seja, pressiona pela demanda por planejamento. Portanto, há em sua teoria uma relação direta entre responsabilidade e planejamento. Essa é uma prática das mais difíceis hoje no SUS. O Conselho Nacional de Saúde aprovou diretrizes nacionais a serem observadas no planejamento ascendente e portanto no planejamento regional integrado. De encontro com a teoria e acordando com seu enunciado, precisamos de um sistema de monitoramento e avaliação e de um sistema de prestação de contas.

Embora tenhamos inclusive pactuado nacionalmente, estadualmente e regionalmente metas e indicadores, esses na grande maioria dos casos representam processos e que mesmo bem sucedidos não representam o alcance dos objetivos

definidos pelas diretrizes e pelas políticas. Isso afasta mais ainda a resposta do sistema de saúde das demandas e enfraquece o planejamento como tomada de decisão. Essa é uma questão que claramente não se resolve eficazmente na região de saúde e representa um desafio para além do caso em estudo.

Não desenvolvemos ainda uma cultura de accountability nem em nossa sociedade e muito menos em nossas organizações. Além das conotações éticas do termo Accountability que denotam [responsabilidade social](#), imputabilidade, obrigações e prestação de contas, é um aspecto central da [governança](#), pois confirma [responsabilidades](#) para ações, produtos, decisões, e políticas e sua implementação e incluir a obrigação de [informar](#), [explicar](#) e ser responsáveis para resultar consequências positivas sobre a realidade.

Por fim, o estudo apresentado na dissertação de mestrado, confrontando os relatórios de planejamento produzidos e os relatórios de pactuação com a matriz analítica pode ajudar a elucidar estes aspectos e ainda trazer outros que aqui ainda não foram declarados.

Algumas questões preliminares são aqui apontadas, mas merecem aprofundamento de análise e talvez estimule novos estudos que aprofundem as observações empíricas aqui relatadas. Em primeiro lugar, o planejamento como parte integrante do sistema de gestão regional em construção apresenta indícios de uma gestão mais descentralizada, com envolvimento dos vários atores no processo de tomada de decisão, tendendo a gerar um sistema de maior responsabilidade, tornando possível a operacionalização dos conceitos descentralização e responsabilidade. Embora faltem elementos empíricos neste estudo para estabelecer de modo conclusivo esta relação, parece ter havido maior transparência

na gestão da saúde nas diversas regiões observados na publicação na internet de relatórios de gestão bem como realização de audiências públicas regionais. Porém, essa maior participação pode também ter sido induzida tanto pela maior presença do COSEMS na região, pelos seus dirigentes e apoiadores, como por receios de maior centralização de responsabilidades ou ainda de perda de prerrogativas no caso dos maiores municípios.

Em segundo lugar, também é importante que se invista em estudos que possam tornar mais clara a relação entre responsabilidade e planejamento. Para Matus, em um sistema de alta responsabilidade, haveria demanda por planejamento em todos os níveis da organização. No entanto, o que se verifica em Minas Gerais é que mesmo com toda regulamentação do sistema de petição e prestação de contas e toda cobrança tanto pelo SUS como pelos órgãos de controle externo, ainda é necessário um grande esforço do COSEMS para que isso não seja uma mera formalidade.

## 5. Referencias

LIMA, J C. Gestão estratégica de sistemas de saúde: estudo de caso de uma região de saúde à luz da teoria das macroorganizações. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ. Rio de Janeiro: s.n., 2003. 182p.

MATUS R., C.. Política, Planejamento e Governo. Brasília: IPEA, 1993. 591p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE & COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE.

Planejamento do Sistema Único de Saúde. Disponível em:

<[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2a\\_nov2011.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2a_nov2011.pdf) >. Acesso em 7 de Janeiro de 2013.

URIBE RIVERA, F J & ARTMANN, E. Planejamento e Gestão em saúde: conceitos, história e propostas. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012. 162p.

## 6. Resumo

Este artigo faz parte de dissertação de mestrado profissionalizante em saúde coletiva, desenvolvida junto ao Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília. Os resultados apresentados são fruto da aproximação entre a realidade do SUS regionalizado e a teoria, configurando um estudo de caso que busca analisar o processo de planejamento desenvolvido pelo Conselho de Secretarias Municipais de Saúde de Minas Gerais, no período de 2007 a 2012. Foram verificadas nos relatórios de planejamento e de pactuação, variáveis relacionadas às dimensões da direcionalidade, da responsabilização e do compartilhamento das estratégias, segundo a teoria das Macroorganizações e do Sistema de Direção Estratégica de Carlos Matus. Verificou-se grande contribuição da teoria ao fortalecimento do planejamento regional integrado no SUS e ao mesmo tempo necessidade de fortalecimento da responsabilização. O estudo aponta que é possível um planejamento regional compartilhado entre os entes federados que supere as desigualdades entre os sistemas de saúde e seja capaz de enfrentar os problemas de gestão e de organização da rede de atenção.

### Abstract:

This article is part of master's thesis in public health professional, developed by the Public Health Department, Faculty of Health Sciences, University of Brasilia. The results presented are the result of the approachment between reality and theory of regionalized nacional healthy system, configuring a case study that analyzes the planning process developed by the Council of Municipal Health

Managers of Minas Gerais, in the period from 2007 to 2012. Were verified in the reports of planning for negotiation, variables related to the dimensions of directionality, accountability and sharing of strategies, according to the theory of Macroorganizações and Steering System Strategic of Carlos Matus. There was great theory contribution to the strengthening of regional integrated planning in national healthy system and at the same time need to strengthen accountability. The study shows that it is possible for a shared regional planning among several entities that overcomes the gap between health systems and is able to face the problems of management and organization of care network.

Unitermos: Planejamento em Saúde; Gestão em Saúde; Regionalização

Keywords: Health Planning, Health Management, Health System;  
Regionalization

## **11. ANEXOS**

### **Anexo A – Relatório da Oficina do Planejamento Regional Integrado realizada em novembro de 2012.**

MINISTÉRIO DA SAÚDE  
Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP)  
Departamento de Articulação Interfederativa (DAI)  
Coordenação-Geral de Articulação de Instrumentos da Gestão Interfederativa (CGAIG)

#### **Relatório da Oficina do Planejamento Regional Integrado da SGEP**

##### **1 APRESENTAÇÃO**

O Ministério da Saúde (MS), através da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP) / Departamento de Articulação Interfederativa (DAI) / Coordenação-Geral de Articulação de Instrumentos da Gestão Interfederativa (CGAIG), orienta seus esforços para colaboração técnica com os estados e municípios na busca de promover o debate sobre o processo de *Planejamento do Sistema Único de Saúde*.

Desta forma, compreendendo o momento atual da vigência do Decreto nº 7.508/2011 e da Lei Complementar nº 141/2012 que se apresentam como um importante marco legal, exigindo a curto e médio prazo, o desenvolvimento de um processo de planejamento mais integrado, a CGAIG/DAI/SGEP promoveu uma Oficina do Planejamento Regional Integrado, com vistas a debater o tema.

Tomando como ponto inicial o processo de planejamento já existente no SUS, a perspectiva de fortalecer a governança das Regiões de Saúde apoia-se no dispositivo de que o planejamento deve ser o indutor de políticas e deve se dar em um processo ascendente e integrado. Ao considerar as Regiões de Saúde como espaços privilegiados para garantia da integralidade na atenção à saúde da população, o estabelecimento de um processo de planejamento nos moldes preconizados, será um facilitador da sua governança.

*A oficina teve as discussões focadas na interface entre os instrumentos do planejamento, a governança regional e a contratualização, bem como no levantamento de subsídios norteadores para a modelagem do processo de planejamento regional integrado, na perspectiva de construção de uma agenda para 2013.*

*O presente Relatório consolida os resultados da oficina, como parte das iniciativas da CGAIG/DAI/SGEP, que, por meio desta estratégia, busca uma construção coletiva de ferramentas para o aprimoramento do processo de planejamento com vistas a subsidiar a contratualização entre os três entes federativos.*

A estrutura deste relatório está constituída em três vertentes: organização e metodologia; conceitos e base legal; consensos e agenda. Na primeira vertente apresenta-se a programação, o perfil dos convidados e o desenvolvimento dos trabalhos. Na segunda, aborda-se mapeamento dos conteúdos trazidos pelos participantes frente a alguns aspectos da base legal que tratam do planejamento no SUS. E finalmente, na terceira vertente, faz-se um resumo dos consensos que indicaram a construção da agenda.

## **2 ORGANIZAÇÃO E METODOLOGIA**

A oficina teve duração de um dia e meio, ocorrendo nos dias 21 e 22 de novembro de 2012. Reuniram-se neste período, 61 participantes oriundos de 11 estados (RJ, MS, CE, SE, DF, MG, SP, PR, BA, TO e AM), representantes do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), do Conselho Nacional de Secretários

Municipais de Saúde (CONASEMS) e das diversas secretarias do Ministério da Saúde.

Para o início das atividades foi distribuído material com programação detalhada (APÊNDICE A) e o documento “Diretrizes para o Processo de Planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde”, com informações sobre o planejamento da saúde (APÊNDICE B). A metodologia envolveu momentos de concentração e de dispersão. Os momentos de concentração aconteceram no início e no final da oficina, sendo o primeiro, uma exposição dialogada com explanações dos representantes do MS, CONASS e CONASEMS e no encerramento a consolidação dos consensos dos grupos.

Após exposição, houve explicitação da metodologia dos trabalhos, seguida do momento de dispersão, com a divisão dos participantes em três grupos (APÊNDICE C).

Para subsídio à discussão dos grupos, foi disponibilizada uma planilha constando três eixos temáticos (APÊNDICE D):

Eixo 1: Estrutura dos Instrumentos de Planejamento dos Entes Federados

Eixo 2: Organização das Ações e Serviços de Saúde na Região

Eixo 3: Contratualização Interfederativa

Os eixos temáticos contaram com o levantamento de aspectos dos instrumentos de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), acompanhado de pergunta norteadora das discussões, conforme apresentados no APÊNDICE D.

A orientação metodológica consistiu de que cada grupo produzisse uma conclusão das discussões, sempre na tentativa de responder a pergunta de cada eixo (APÊNDICE E) a ser apresentada ao final da oficina, no segundo momento de concentração.

### **3 CONCEITOS E BASE LEGAL**

A apresentação dos conteúdos envolvendo o planejamento integrado, a regionalização, a governança das Regiões de Saúde e as bases legais para a contratualização entre entes federativos, aconteceu em uma exposição dialogada, durante as duas primeiras horas da oficina. Como expositores atuaram representantes do MS, CONASS e do CONASEMS, como já referido anteriormente.

Coube ao representante do DAI/SGEP/MS, explanação mais consubstanciada sobre o Planejamento Regional Integrado. A fala resgatou aspectos conceituais do planejamento, destacando o planejamento governamental como uma ação política, que no Brasil também é exigência constitucional. Partindo desta afirmativa, relembrou os artigos da Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/90 que tratam deste

assunto apontando, a vigência dos novos marcos legais: o Decreto presidencial nº 7.508/2011 e a Lei Complementar nº 141/2012, as Diretrizes o Processo de Planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), pactuado na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) em Novembro de 2011, direcionando para a modelagem do planejamento e sua interface com o Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP).

Discorreu sobre o Decreto 7.508/2011, que tem o Capítulo III dedicado ao planejamento, dando formatação jurídica ao fortalecimento do processo de planejamento e qualificação da gestão e reforçando a ação interfederativa com a instituição de instrumento próprio, o COAP, que resulta da integração dos planos de saúde dos três entes federados no espaço regional. Outro aspecto destacado é o Mapa da Saúde, que deve ser utilizado como um conceito para subsidiar o processo de planejamento, e não uma mera ferramenta.

Resgatou o processo de pactuação na CIT, com uma linha histórica de cada decisão a partir Setembro de 2011, fazendo notar que a Portaria GM/MS nº 4279, de 2010, já colocava a perspectiva do planejamento regional. Desta forma, pontuou que sem perder de vista as questões locais, há necessidade de fortalecer o processo de planejamento integrado regionalmente.

Elencou, também, algumas definições da Lei Complementar nº 141/2012, que estabelece prazos para o gestor público elaborar os instrumentos do planejamento governamental, que devem estar sincronizados em datas de apresentação e conteúdos.

Por fim, lembrou que há um ano ocorreu a Oficina Nacional para Implantação do Decreto 7.508/2011 e Aprimoramento do Pacto pela Saúde, que dois estados assinaram o COAP, e que a discussão sobre o planejamento, nestes estados, permitiu que isso fosse possível. Expressou sua expectativa de que esta oficina favoreça a discussão do planejamento do SUS e do fortalecimento de conceitos e instrumentos concluindo: “Em 2013 haverá mudança de 73% dos gestores municipais. Não podemos perder essa oportunidade de aproveitarmos tudo que já produzimos e darmos um passo à frente no próximo ano”.

A representante do CONASS pontuou o grande desafio de por em prática o que está no documento de orientação da implantação dos dispositivos do Decreto nº 7.508/2011, ressaltando que dois estados aprofundaram o exercício da contratualização e tais experiências, permitiram disseminar um aprendizado e fez algumas afirmações e interrogações:

- O Decreto trata de diretrizes nacionais, mas há que se ouvir estados e municípios para diretrizes locais;
- O Mapa da Saúde será importante ferramenta, quando estiver adequadamente em funcionamento;
- Quando falamos em Região de Saúde, falamos em um ambiente de conflito. Não é um ambiente pacificado. Como podemos trabalhar nesse ambiente? Apesar do conflito, há que se ter solidariedade. Mas como? As estratégias

para que os conflitos possam ser trabalhados, e que se crie um ambiente favorável à solidariedade é um ponto a refletir;

- Os estados devem coordenar o planejamento regional, mas por quê?
- As Comissões Intergestores Regionais (CIR) devem ser organizadas, caso contrário, teremos reuniões sem qualificação técnica que possa produzir algo na região;
- Na região vai haver adesão ao COAP ou imposição?

E encerrou: “Nossa expectativa nesse encontro é de fazer uma boa reflexão para podermos implementar o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP) em 2013”.

O representante do CONASEMS destacou a importância de implementar o que foi deliberado na Oficina Nacional de Implantação do Decreto 7.508/2011 e Aprimoramento do Pacto pela Saúde, quando produziu-se o documento orientador do processo de implantação dos dispositivos do Decreto 7.508/2011, fruto de uma discussão tripartite, e afirmou que:

- Há necessidade de implantação e funcionamento das Câmaras Técnicas nas CIR para manutenção do foco no planejamento;
- O planejamento regional envolve os três entes federativos;
- O trabalho da CIR deve estar focado menos na rotina e mais no planejamento;
- Há necessidade da prestação pública de contas incluindo: periodicidade, critérios, aproximação da meta, sistematização, entre outros;
- Há necessidade da revisão das rotinas atuais a fim de justificar o compromisso assumido, pelos entes federados, para o COAP;
- Deve ser feita uma reflexão sobre os mecanismos de comunicação entre os Conselhos Estaduais de Saúde e Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS), os espaços de negociação e os instrumentos de gestão, pensados na perspectiva da região.

Concluiu apontando que “[...] o que há de novo é pensarmos diretrizes para um processo de planejamento regional” enfatizando a necessidade do cumprimento das responsabilizações, da disponibilização de recursos pelos três entes federativos e a construção de redes interfederativas para que “[...] a Região seja viva. Não haverá contrato algum se não estabelecermos a integração do processo de planejamento”.

#### **4 CONSENSOS E AGENDA**

No momento de dispersão foram formados grupos de trabalho, onde foram discutidos os três eixos e apresentada uma síntese no momento final de dispersão.

Consensos:

1. O Decreto 7.508/2011 e a LC 141/2012 exigem um processo de planejamento regional que terá sua expressão no COAP;
2. O processo de planejamento regional, embora ocorra no espaço da CIR, deve envolver o Controle Social;

3. Os instrumentos que darão sustentação ao Planejamento Regional Integrado (PRI) devem ser construídos de forma tripartite, cabendo ao MS a disponibilização de ferramentas que auxiliem a construção dos mesmos nas Regiões de Saúde;
4. Os atuais instrumentos de planejamento dos entes federativos – PS, PAS, RG – são suficientes, contudo necessitam de ajustes para atender as normativas atuais;
5. O processo de planejamento do setor saúde necessita estar alinhado ao processo de planejamento governamental;
6. As CIR devem ser fortalecidas como espaço político e instância de decisão para exercer a governança regional;
7. Os consórcios, as redes ou outros arranjos devem estar submetidos ao processo de PRI;
8. Deve-se fazer um esforço para atender ao disposto no art. 6º do Decreto 7.508/2011 quanto da alocação de recursos do SUS de forma regionalizada;
9. Em áreas onde haja população indígena, as diretrizes do Plano Municipal para essa população devem ser incorporados ao processo de PRI;
10. A educação permanente deve estar na pauta da CIR para absorver os conteúdos do PRI;
11. Há necessidade de aprofundar as discussões sobre regiões interestaduais e de fronteiras;

Decorrente dos consensos construiu-se uma agenda a ser conduzida de forma tripartite pelos entes federados que compõem o SUS.

Agenda 2013	Cronograma
<p>1. Revisar as estruturas dos instrumentos de planejamento do SUS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Definição de indicadores passíveis de apuração quadrimestral e ajustes dos sistemas de informação nacional para o Relatório Detalhado.</li> <li>- Alinhamento conceitual dos instrumentos de planejamento e dos elementos que os compõem;</li> <li>- Identificação de conteúdos dos instrumentos de planejamento de governo (PPA, LDO e LOA) a serem explicitados nos instrumentos estaduais e municipais de saúde;</li> <li>- Identificação de conteúdos intermunicipais a serem explicitados nos instrumentos de planejamento do ente municipal;</li> <li>- Identificação de conteúdos regionais a serem explicitados nos</li> </ul>	<p>FEV a JUN</p> <p>FEV</p> <p>MAR</p> <p>MAR</p> <p>JUN</p>

instrumentos de planejamento do ente estadual.	JUN
2. Organizar os sistemas de informação (indicadores) de avaliação nacional IDSUS, SISPACTO e RIPSAs para serem expressão dos indicadores do COAP na região.	A definir
3. Desenvolver métodos para alocação de recursos financeiros de cunho regional.	A definir com a SE do MS
4. Incluir o conteúdo do planejamento regional integrado na pauta da educação permanente.	Contínuo
5. Implementar o Programa de Inclusão Digital (para as CIB e CIR) com vistas ao processo de fortalecimento da governança sistêmica do SUS.	JAN a DEZ
6. Iniciar imediatamente um processo de qualificação das equipes gestoras municipais para o processo de planejamento do governo (PPA, LDO e LOA), articuladas com o processo de planejamento da saúde.	JUN
7. Agilizar a disponibilização de ferramentas que auxiliem a construção do COAP: SIOPS..... .... Mapa da Saúde..... ..... SISCOAP..... ..... PGASS..... ....	JAN MAR JUN DEZ
8. Iniciar um processo de Mobilização e Acolhimento dos novos gestores incluindo os conteúdos do processo de Planejamento Regional Integrado;	JAN
9. Produzir material instrucional atualizado sobre planejamento do SUS.	MAR

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As informações deste relatório subsidiaram a construção de uma agenda induzindo ações proativas, considerando a atualidade dos marcos legais do SUS e a chegada

e acolhimento de novos gestores na esfera municipal que representam cerca de 73% do total.

Cabe destacar que as discussões e conclusões da oficina foram potencializadas pela diversidade de inserção dos participantes em órgãos da saúde das três esferas de governo e dos seus colegiados de gestores.

Pontos importantes foram levantados, a exemplo da constatação que os instrumentos de planejamento do SUS estão parcialmente consolidados no Brasil, contudo se faz necessário um alinhamento entre eles, assim como ajustar suas estruturas às definições do Decreto nº 7508/2011 e da LC 141/2012.

Reconheceu-se que há fragilidades nos estados e municípios para desencadear um processo de planejamento integrado nas Regiões de Saúde, entretanto, a experiência da implantação do COAP nos estados do Ceará e Mato Grosso do Sul poderá produzir práticas a serem disseminadas para os outros estados, repercutindo como uma fortaleza para o desafio de garantir a atenção á saúde preconizada pelo SUS.

A governança do espaço regional deve ser conduzida a partir das Comissões Intergestores Regionais sustentada por um processo de planejamento integrado, entretanto, as gestões municipais também precisam ser fortalecidas. O êxito da implantação do COAP resultará de uma articulação interfederativa forte e solidária.

Percebe-se que há grande compatibilidade entre as demandas expressas pelos participantes. O produto final da oficina mostrou coerência entre os grupos. Não se identificou a existência de dissensos. As falas do MS, do CONASS e do CONASEMS retratam a importância de consensos. Resta o desencadeamento para pautar a agenda aqui proposta internamente no MS, e externamente com os gestores das outras esferas de governo.