

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria-Executiva
Departamento de Apoio à Gestão Descentralizada



**Colegiado de Gestão
Regional na Região
de Saúde Intraestadual**

**Orientações para
organização e
funcionamento**

Série B. Textos Básicos de Saúde
Série Pactos pela Saúde 2006, v. 10

Brasília – DF
2009

© 2009 Ministério da Saúde.

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da área técnica.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <http://www.saude.gov.br/bvs>

Série B. Textos Básicos de Saúde

Série Pactos pela Saúde 2006, v. 10

Tiragem: 1ª edição – 2009 – 2.000 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria-Executiva

Departamento de Apoio à Gestão Descentralizada

Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Edifício Sede, 3º andar, sala 351

CEP: 70058-900, Brasília – DF

Tel.: (61) 3315-2649

Fax: (61) 3226-9737

E-mail: descentralizacao@saude.gov.br

Home page: www.saude.gov.br/dad

Elaboração de texto:

Departamento de Apoio à Gestão Descentralizada (DAGD/SE/MS)

Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass)

Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems)

Capa e Projeto Gráfico:

Gilberto Tomé

Editoração:

Wagner Soares da Silva

Apoio:

Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)

Organização Mundial da Saúde (OMS).

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Gestão Descentralizada.

Colegiado de gestão regional na região de saúde intraestadual : orientações para organização e funcionamento / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Departamento de Apoio à Gestão Descentralizada. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009.

60 p. : il. – (Série B. Textos Básicos em Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006, v. 10)

ISBN 978-85-334-1620-8

1. Saúde pública. 2. Educação. 3. Políticas públicas. I. Título. II. Série.

CDU 005:614

Catálogo na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2009/0674

Títulos para indexação:

Em inglês: Regional Management Collegiate in intrastate Health Region: guidelines to organization and functioning

Em espanhol: Colegiado de Gestión Regional en la Región de Salud Intraestadual: orientaciones para organización y funcionamiento

Sumário

05	Apresentação
07	1 A Regionalização no Pacto pela Saúde
10	1.1 Sistema de Planejamento do SUS: incidência na organização regional
12	1.2 Construção de PDR: notas sobre experiências estaduais
14	1.3 Responsabilidades dos gestores na regionalização
17	2 Os Colegiados de Gestão Regional nas Regiões de Saúde Intraestaduais
18	2.1 Constituição dos Colegiados nos estados
23	3 O papel da Comissão Intergestores Bipartite na institucionalização e acompanhamento dos CGR
27	4 Organização e funcionamento do Colegiado de Gestão Regional
27	4.1 Composição e constituição do CGR
30	4.2 Reconhecimento do CGR
31	4.3 Funcionamento do CGR
38	4.4 Agenda
41	5 Recursos financeiros federais para apoiar o funcionamento do CGR
42	5.1 Acompanhamento do funcionamento dos Colegiados
44	Referências
49	ANEXOS
49	ANEXO A – Modelo de Regimento Interno de Colegiado de Gestão Regional
59	ANEXO B – Portaria GM/MS Nº 2.691, de 19 de outubro de 2007

Apresentação

Este documento trata da organização e funcionamento dos Colegiados de Gestão Regional (CGR) nas Regiões de Saúde intraestaduais, compostas por mais de um município, dentro do mesmo estado, devidamente reconhecidas nas Comissões Intergestores Bipartite (CIB) e constantes do Plano Diretor de Regionalização (PDR).

O objetivo deste volume é reunir um conjunto de orientações para os gestores estaduais e municipais, fundamentadas no Pacto pela Saúde e nas experiências de organização e funcionamento de CGR em curso nos estados. O texto foi elaborado a partir de iniciativa do Grupo de Trabalho de Gestão da Câmara Técnica da Comissão Intergestores Tripartite, integrado por representantes do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e do Ministério da Saúde (MS).

Os CGR têm se constituído em inovação importante instituída pelo Pacto pela Saúde. Estas orientações buscam contemplar conteúdos técnicos e organizacionais, que possam nortear tanto as experiências de implantação de CGR que estão em fase inicial quanto outras que, atualmente, se encontram em fase mais avançada. Como documento orientador, reitera o estabelecido no Pacto de Gestão que o funcionamento dos CGR é acordado na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), contendo recomendações relativas ao processo de implantação, tais como a composição, o processo decisório e estruturas de apoio.

O conteúdo destas orientações está fundamentado nas Portarias do Pacto pela Saúde, nomeadamente a Portaria GM/MS nº 399/2006 (BRASIL, 2006b), e na publicação Regionalização Solidária e Cooperativa – orientações para sua implementação no SUS, volume 3 da Série Pactos pela Saúde do Ministério da Saúde. Além destas referências institucionais, o texto incorporou recomendações obtidas a partir da observação e acompanhamento de experiências bem-sucedidas de implantação dos CGR, até o momento atual.

Em decorrência do reconhecimento da diversidade de realidades e dos estágios de efetivação da regionalização em cada estado, não cabe aqui a tentativa de normatizar o funcionamento de cada Colegiado do Gestão Regional (CGR). Por envolver processo permanente de negociação e pactuação, em situação de amplo dinamismo, como é a da regionalização, tão pouco cabe supor que a definição de orientações para o seu funcionamento é um processo acabado. Ao contrário, envolve permanente negociação e a diferenciação entre Regiões de Saúde do mesmo estado, incorporando avanços e superando desafios, com base nas experiências em curso nos estados.

Assim, este texto é parte das atividades de cooperação técnica que o MS oferece aos gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) para a efetivação do Pacto pela Saúde, especificamente no eixo de ação Regionalização do Pacto de Gestão. Como instrumento orientador, o texto inicia com aspectos conceituais da regionalização no Sistema Único de Saúde, traça panorama da implantação dos Colegiados, sinaliza as relações dos Colegiados com a CIB, discorre sobre temáticas da organização e funcionamento dos CGR, perpassa a questão dos recursos de incentivo e o acompanhamento. Constam, também, anexos com documentos de referência para apoiar a construção da institucionalidade desta nova figura colegiada.

Tendo em vista a agenda interfederativa acordada em abril de 2009 na CIT, o eixo orientador destas orientações é a busca do fortalecimento dos CGR como espaço de pactuação regional, cujos avanços na organização e plenitude de funcionamento concorrem para a efetivação das funções de gestão do SUS e, fundamentalmente, contribuem para o avanço e consolidação da descentralização e da regionalização do SUS.

1 A Regionalização no Pacto pela Saúde

O Pacto pela Saúde, estabelecido em 2006, expressa o compromisso firmado entre os gestores para o fortalecimento da gestão compartilhada e solidária do Sistema Único de Saúde (SUS), com base nos princípios constitucionais e ênfase nas necessidades de saúde da população.

Regionalização

*A regionalização é uma **diretriz** constitucional e um **eixo** estruturante do Pacto de Gestão e orienta a organização do Sistema e os processos de negociação e pactuação entre os gestores.*

A regionalização está prevista como diretriz do SUS desde a Constituição Federal. Entretanto, nos primeiros movimentos de implantação do SUS, houve foco acentuado na descentralização e na municipalização dos serviços e da gestão (Quadro 1). Embora a Constituição Federal (BRASIL, 1988) e a Lei Nº. 8080/1990 (BRASIL, 1990) tenham definido o papel central da regionalização na estruturação do sistema de saúde, sua implantação tem sido paulatina. A partir das normas operacionais, a organização dos serviços e da gestão municipal assume relevância, e a regionalização é abordada gradualmente. Assim, a Norma Operacional Básica de 1993 (BRASIL, 1993) cita a regionalização na introdução, porém com enfoque na articulação intermunicipal, sem estabelecer priorização na estruturação de Regiões de Saúde. A Norma Operacional Básica de 1996 (BRASIL, 1996), por sua vez, fica restrita ao enfoque quase exclusivo na estruturação do sistema municipal.

A partir das Normas Operacionais de Assistência à Saúde (BRASIL, 2001, 2002), a regionalização ganha importância na normatização do SUS, sendo colocada como objetivo central da norma que institui, entre outros,

o Plano Diretor de Regionalização (PDR) como instrumento de planejamento e organização do SUS. Porém, as Noas SUS 01/2001 (BRASIL, 2001) e Noas SUS 01/2002 (BRASIL, 2002) evidenciam apenas a regionalização da assistência à saúde e o PDR como instrumento de desenho da distribuição e articulação das ações e serviços assistenciais.

O Pacto pela Saúde mantém a regionalização como eixo central e reafirma os instrumentos de planejamento instituídos pelas Noas SUS 01/2001 (BRASIL, 2001) e Noas 01/2002 (BRASIL, 2002). O Pacto de Gestão amplia a visão da regionalização para além da assistência, evidencia a conformação de sistemas regionais que deem conta da organização da saúde integral nos diversos componentes. O PDR assume a função de instrumento de planejamento sistêmico do espaço regional, deixando de ser focado na assistência. Institui, além disso, o CGR como instância de cogestão no espaço regional.

QUADRO 1 – A REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE NA REGULAMENTAÇÃO DO SUS

ANO	LEGISLAÇÃO
1988	<p>CONSTITUIÇÃO FEDERAL – Art. 198</p> <p>As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede <u>regionalizada</u> e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade. (BRASIL, 1998).</p>
1990	<p>LEI Nº 8.080/1990 – Art. 7º</p> <p>As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS) são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios: [...] a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios; b) <u>regionalização</u> e hierarquização da rede de serviços de saúde; [...]. (BRASIL, 1990).</p>
1993	<p>NOB SUS 01/93 – Item g, Introdução, Anexo da Portaria GM/MS nº 545/1993</p> <p>g) a <u>regionalização</u> deve ser entendida como uma articulação e mobilização municipal que leve em consideração características geográficas, fluxo de demanda, perfil epidemiológico, oferta de serviços e, acima de tudo, a vontade política expressa pelos diversos municípios de se consorciar ou estabelecer qualquer outra relação de caráter cooperativo. (BRASIL, 1993).</p>
1996	<p>NOB SUS 01/96 – Item 4 Anexo da Portaria GM/MS nº 2203/1996</p> <p>A totalidade das ações e de serviços de atenção à saúde, no âmbito do SUS, deve ser desenvolvida em um conjunto de estabelecimentos, organizados em rede <u>regionalizada</u> e hierarquizada, e disciplinados segundo subsistemas, um para cada município – o SUS-Municipal – voltado ao atendimento integral de sua própria população e inserido de forma indissociável no SUS, em suas abrangências estadual e nacional. (BRASIL, 1996).</p>
2001	<p>NOAS SUS 01/2001 E NOAS SUS 01/2002</p> <p>[...] para o aprofundamento do processo de descentralização, deve-se ampliar a ênfase na <u>regionalização</u> e no aumento da equidade, buscando a organização de sistemas de saúde funcionais com todos os níveis de atenção, não necessariamente confinados aos territórios municipais e, portanto, sob responsabilidade coordenadora da SES.[...]. (BRASIL, 2001).</p> <p>1. Estabelecer o processo de <u>regionalização</u> como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade. [...] 2. Instituir o Plano Diretor de Regionalização – PDR como instrumento de ordenamento do processo de regionalização da assistência em cada estado [...]. (BRASIL, 2001).</p>
2006	<p>PACTO PELA SAÚDE 2006 – Item 2, Diretrizes para a Gestão do SUS, Pacto de Gestão, Portaria GM/MS nº 399/2006</p> <p>A <u>Regionalização</u> é uma diretriz do Sistema Único de Saúde e um eixo estruturante do Pacto de Gestão e deve orientar a descentralização das ações e serviços de saúde e os processos de negociação e pactuação entre os gestores. Os principais instrumentos de planejamento da <u>Regionalização</u> são o Plano Diretor de Regionalização – PDR –, o Plano Diretor de Investimentos – PDI e a Programação Pactuada e Integrada da Atenção à Saúde – PPI [...]. (BRASIL, 2006b).</p>

Fonte: CGPDP/DAGD/SE/MS. Elaboração própria com base nas regulamentações citadas.

1.2 SISTEMA DE PLANEJAMENTO DO SUS: INCIDÊNCIA NA ORGANIZAÇÃO REGIONAL

No SUS, para apoiar a gestão, configura-se um *Sistema de Planejamento* do SUS que pressupõe atuação contínua, articulada e integrada das áreas de planejamento das três esferas de gestão, reafirmada no Pacto pela Saúde. O Sistema de Planejamento do SUS tem por base, conforme a Portaria GM/MS nº 3.176/2008 (BRASIL, 2008d), a formulação ou revisão periódica dos instrumentos de Planejamento do SUS: Plano de Saúde, Programação Anual de Saúde e Relatório Anual de Gestão.

Plano de Saúde

Instrumento que, a partir de uma análise situacional, apresenta as intenções e os resultados a serem buscados no período de quatro anos, expressos em objetivos, diretrizes e metas.

Programação Anual de Saúde

Instrumento que operacionaliza as intenções expressas no Plano de Saúde.

Relatório Anual de Gestão

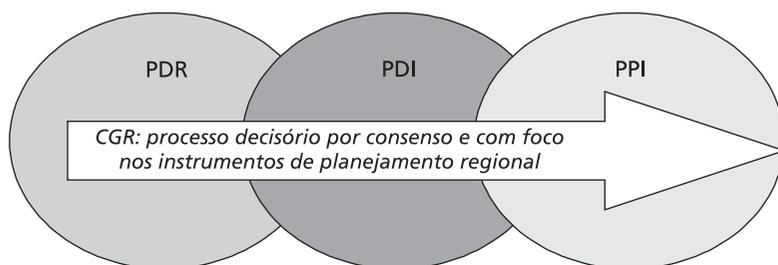
Instrumento que apresenta os resultados alcançados com a execução da Programação Anual de Saúde.

A gestão em saúde é um dos eixos orientadores para análise situacional e para a formulação dos objetivos, diretrizes e metas dos Planos de Saúde. A regionalização consta deste eixo, expressando a cooperação entre as esferas de governo, a estratégia de coordenação da promoção da equidade, a pactuação e a regulamentação do Sistema e o desenho das redes regionalizadas de atenção à saúde.

Como principais instrumentos de planejamento da regionalização, o PDR e o Plano Diretor de Investimento (PDI) são elaborados a partir das diretrizes determinadas no Plano de Saúde, mantendo coerência com os demais instrumentos do Sistema de Planejamento do SUS. As ações e

serviços organizados a partir do PDR fazem parte das Programações Pactuadas e Integradas (PPI), que são instrumentos de execução, controle e monitoramento dos Pactos estabelecidos. O PDI dimensiona os recursos financeiros necessários para atingir os objetivos da organização regional, expressa no PDR, e explicita a participação das esferas de governos neste financiamento (Figura 1).

FIGURA 1 – PROCESSO DECISÓRIO NO COLEGIADO DE GESTÃO REGIONAL COM FOCO EM INSTRUMENTOS DO PLANEJAMENTO REGIONAL DO SUS



Fonte: CGDPD/DAGD/SE/MS. Elaboração própria.

Plano Diretor de Regionalização

Expressa o desenho final do processo de identificação e reconhecimento das Regiões de Saúde, em suas diferentes formas, em cada estado, objetivando a garantia do acesso, a promoção da equidade, a garantia da integralidade, a qualificação do processo de descentralização e a racionalização de gastos e otimização de recursos.

Ao integrar os instrumentos do Sistema de Planejamento do SUS, o PDR consolida o processo de identificação e reconhecimento das Regiões de Saúde, nas diferentes formas acordadas, define as responsabilidades dos diversos atores envolvidos e ordena a regionalização da atenção no estado. O objetivo é a garantia do acesso, a promoção da equidade, a

integralidade da atenção, a qualificação do processo de descentralização e a racionalização de gastos e otimização de recursos.

Regiões de Saúde

As Regiões de Saúde são recortes territoriais inseridos em espaço geográfico contínuo, identificadas pelos gestores municipais e estaduais a partir de identidades culturais, econômicas e sociais, de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados do território.

1.3 CONSTRUÇÃO DE PDR: NOTAS SOBRE EXPERIÊNCIAS ESTADUAIS¹

Um PDR atualizado é considerado fundamental para a operacionalização e coordenação da regionalização, como observado nas experiências estaduais. A construção e atualização do PDR começam, em geral, com a delimitação dos termos políticos e geográficos, com a definição dos espaços político-administrativos dos municípios e do estado, que configuram os territórios da Região de Saúde. Alguns estados, para melhor organizar a atenção, adotam outras subdivisões além da Região de Saúde, tais como macro ou microrregiões. O recorte regional final alcançado explicita a suficiência de cada Região de Saúde nas ações de atenção primária, parte da média e de alta complexidade, ainda que em alguns casos, por razões de escala populacional, estas últimas não sejam executadas no espaço de uma única Região de Saúde.

Para a elaboração do PDR são considerados critérios políticos, culturais e técnicos. Os critérios técnicos se articulam ao conceito de redes de atenção à saúde, contemplando as complexas inter-relações entre escala, escopo, qualidade e acesso. Alguns estados organizam subdivisões administrativas internas, às quais se aplicam a todas as políticas governamentais, inclusive a saúde. Em outros, critérios geopolíticos tendem a ser os predominantes na territorialização. Os melhores recor-

¹ Este tópico foi construído a partir das experiências dos Estados de Minas Gerais, Ceará e São Paulo, apresentadas ao DAGD em atividades de extensão realizadas em 2007 e 2008.

tes regionais na saúde, contudo, tradicionalmente resultam do equilíbrio entre todos estes critérios, em processo de trabalho que envolve diversos atores sociais e agentes políticos.

O PDI, como parte do PDR, contém as propostas e os recursos de investimentos necessários ao alcance do contido no Plano para atender as necessidades pactuadas no processo de planejamento regional e estadual. Contém as ações de intervenção e os investimentos para garantir a implementação do PDR, a curto e longo prazo, que são organizados em projetos e, posteriormente, elaborados pelos gestores de saúde.

Cabe à Comissão Intergestores Bipartite (CIB) formalizar o processo e o resultado do PDR em todos os momentos: de elaboração, de atualização, ajuste ou revisão. A CIB trabalha, inclusive, na harmonização do PDR com os demais instrumentos do ciclo de planejamento (Sistema de Planejamento do SUS).

O PDR, como instrumento que expressa o desenho das regiões, deve ser submetido à aprovação do Conselho Estadual de Saúde (BRASIL, 2006b).

Para que o PDR esteja adequado às necessidades e acordos presentes, são fundamentais atualizações periódicas ou ajustes e revisões de todo ou parte de seu conteúdo. O PDR atualizado é base para a tomada de decisão de investimentos, novos financiamentos, reorganização da assistência, melhoria da gestão e inserção no ciclo de planejamento do SUS.

Orientações para a atualização do PDR de acordo com o Pacto pela Saúde – Portaria GM/MS Nº399/2006 (BRASIL, 2006b)

A organização do estado em Regiões de Saúde tem como objetivos garantir:

- o acesso, a resolutividade e a qualidade das ações e serviços de saúde cuja complexidade e contingente populacional transcendam a escala local/municipal*
- o direito à saúde, a redução das desigualdades sociais e territoriais e promoção da equidade, ampliando a visão dos problemas, associada à capacidade de diagnóstico e decisão localregional, que possibilite os meios adequados para a redução das desigualdades no acesso às ações e serviços de saúde existentes no âmbito do estado*
- a integralidade na atenção à saúde, ampliando o conceito de cuidado à saúde no processo de reordenamento das ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação com garantia de acesso a todos os níveis de complexidade do sistema*
- a potencialização do processo de descentralização, fortalecendo estados e municípios para exercerem o seu papel de gestores e para que as demandas dos diferentes interesses localregionais possam ser organizadas e expressadas na região*
- a racionalização dos gastos e otimização dos recursos, possibilitando ganho em escala nas ações e serviços de saúde de abrangência regional.*

1.4 RESPONSABILIDADES DOS GESTORES NA REGIONALIZAÇÃO

Ao definir as Regiões de Saúde, é preciso estabelecer a abrangência das ações e serviços e a responsabilidade dos respectivos gestores do SUS.

O Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006b) propõe que, no território municipal, se desenvolvam todas as ações e serviços de atenção primária à saúde, inclusive ações básicas de vigilância em saúde e que, nas

Regiões de Saúde, haja a suficiência de parte da média complexidade. Quando for o caso, outros recortes podem ser definidos, tais como macrorregião de saúde, onde se localizam os serviços especializados de maior densidade tecnológica.

A regionalização definida a partir destes parâmetros, agregando outros, de acordo com a realidade, favorece a ação cooperativa entre os gestores do SUS e o fortalecimento do controle social. Além disso, é fundamental para organizar a rede de ações e serviços de saúde, a fim de assegurar o cumprimento dos princípios constitucionais de universalidade do acesso, equidade e integralidade do cuidado.

Responsabilidades dos gestores na regionalização

Municípios	Estados	União
<ul style="list-style-type: none"> • contribuir para a constituição e fortalecimento do processo de regionalização solidária e cooperativa, assumindo os compromissos pactuados 	<ul style="list-style-type: none"> • contribuir para a constituição e fortalecimento do processo de regionalização solidária e cooperativa, assumindo os compromissos pactuados 	<ul style="list-style-type: none"> • coordenar o processo de regionalização em âmbito nacional, propondo e pactuando diretrizes e normas gerais, observando as normas vigentes e as pactuações na CIT
<ul style="list-style-type: none"> • participar da constituição da regionalização, disponibilizando de forma cooperativa os recursos humanos, tecnológicos e financeiros, conforme pactuações estabelecidas 	<ul style="list-style-type: none"> • coordenar a regionalização em seu território, propondo e pactuando diretrizes e normas gerais sobre a regionalização, observando as normas vigentes e as pactuações na CIB 	<ul style="list-style-type: none"> • cooperar técnica e financeiramente com as Regiões de Saúde, por meio dos estados e/ou municípios, priorizando as regiões mais vulneráveis e promovendo a equidade inter-regional e interestadual
<ul style="list-style-type: none"> • participar dos CGR, cumprindo suas obrigações técnicas e financeiras 	<ul style="list-style-type: none"> • coordenar o processo de organização, reconhecimento e atualização das Regiões de Saúde, conformando o PDR 	<ul style="list-style-type: none"> • apoiar e participar da constituição da regionalização, disponibilizando de forma cooperativa os recursos humanos, tecnológicos e financeiros, conforme pactuação estabelecida
<ul style="list-style-type: none"> • participar dos projetos prioritários das Regiões de Saúde, conforme definido no Plano Municipal de Saúde, no planejamento regional, no PDR e no PDI 	<ul style="list-style-type: none"> • participar da constituição da regionalização, disponibilizando de forma cooperativa os recursos humanos, tecnológicos e financeiros necessários à regionalização, conforme a pactuação estabelecida 	
<ul style="list-style-type: none"> • executar as ações de referência regional de sua responsabilidade, em conformidade com a PPI da atenção à saúde, acordada nos CGR 	<ul style="list-style-type: none"> • apoiar técnica e financeiramente as Regiões de Saúde, promovendo a equidade inter-regional 	
	<ul style="list-style-type: none"> • participar dos CGR, cumprindo suas obrigações técnicas e financeiras 	
	<ul style="list-style-type: none"> • participar dos projetos prioritários das Regiões de Saúde, conforme definido no Plano Estadual de Saúde, no planejamento regional, no PDR e PDI 	
	<ul style="list-style-type: none"> • contribuir para a constituição e fortalecimento do processo de regionalização solidária e cooperativa, assumindo os compromissos pactuados 	
	<ul style="list-style-type: none"> • fomentar a constituição das Regiões de Saúde fronteiriças, participando do funcionamento do CGR 	

Fonte: CGDPD/DAGD/SE/MS. Elaboração própria com base em BRASIL. Ministério da Saúde. *Regionalização Solidária e Cooperativa: orientações para sua implementação no SUS*. Brasília, 2007. (Série Pactos pela Saúde 2006, v. 3).

2 Os Colegiados de Gestão Regional nas Regiões de Saúde Intraestaduais

Qual a relação da constituição do CGR com a definição de Regiões de Saúde no PDR?

Para qualificar o processo de regionalização e garantir o exercício da ação cooperativa entre os gestores, em cada Região de Saúde é constituído um Colegiado de Gestão Regional (CGR), com a participação de todos os municípios da região e da representação do estado.

A constituição do CGR é uma etapa da regionalização que, para o pleno funcionamento, requer que os instrumentos de planeamento, a regulação, a programação e a ação coordenada entre os gestores sejam efetivos e permanentes.

O CGR se configura como espaço permanente de pactuação, cogestão e de decisão, mediante a identificação, definição de prioridades e de pactuação de soluções para a organização da rede regional de ações e serviços de atenção à saúde, integrada e resolutiva.

O CGR é uma inovação do Pacto pela Saúde, pois efetiva a articulação permanente e contínua entre todos os municípios e o estado, na Região de Saúde na qual está inserido, o que nem sempre ocorre nas CIB regionais. A partir da implantação do Pacto pela Saúde, todos os gestores dos municípios têm assento e voz no CGR e, por meio da pactuação, procuram garantir que demandas dos diferentes interesses regionais possam ser organizadas e expressadas naquele território.

2.1 CONSTITUIÇÃO DOS COLEGIADOS NOS ESTADOS

Desde a edição do Pacto pela Saúde, os gestores estaduais e municipais vêm procedendo a mudanças organizacionais e estruturais para a adesão ao Pacto. No final de 2008, apenas um estado ainda não havia aderido ao Pacto pela Saúde e a adesão municipal alcançou cerca de metade dos municípios brasileiros, mas com distribuição diferenciada no território (Figura 2).

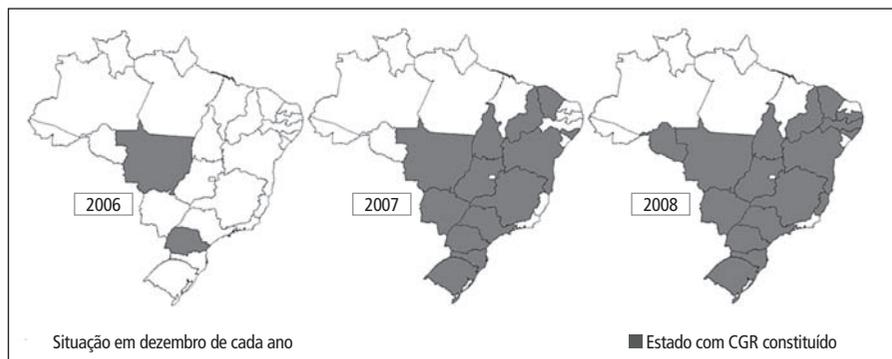
FIGURA 2 – ESTADOS E MUNICÍPIOS QUE ADERIRAM AO PACTO PELA SAÚDE, SITUAÇÃO EM DEZEMBRO DE 2008



Fonte: CGDPPD/DAGD/SE/MS. Elaboração própria com base nas informações da CIT. O mapa de adesão municipal foi elaborado pela Secretaria-Técnica da CIT.

Os mapas dos estados com CGR nos anos de 2006, 2007 e 2008 mostram que a constituição tem sido gradual, relacionada aos avanços anteriores de descentralização e regionalização, e ainda com baixa presença na Região Norte do País (Figura 3).

FIGURA 3 – EVOLUÇÃO DA CONSTITUIÇÃO DOS COLEGIADOS DE GESTÃO REGIONAL NOS ANOS DE 2006, 2007 E 2008, SITUAÇÃO EM DEZEMBRO DE CADA ANO.



Fonte: CGDPD/DAGD/SE/MS. Elaboração própria.

O número de CGR constituídos vem sendo crescente desde a edição do Pacto pela Saúde, com importante incremento no ano de 2007 (Tabela 1). Em 2008, o número de CGR totaliza 352, que corresponde a 78% do total de Colegiados estimados, de acordo com o número de Regiões de Saúde existentes em 2006.

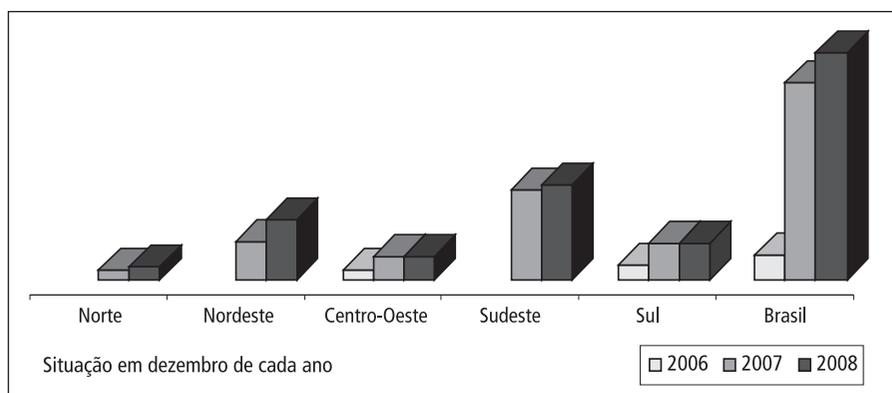
TABELA 1 – NÚMERO DE COLEGIADO DE GESTÃO REGIONAL CONSTITUÍDO E INFORMADO À CIT POR REGIÃO NOS ANOS DE 2006, 2007 E 2008, SITUAÇÃO EM DEZEMBRO DE CADA ANO

Regiões	Número de CGR		
	2006	2007	2008
Brasil	38	304	352
Norte	--	15	21
Nordeste	--	59	93
Centro-Oeste	16	35	35
Sudeste	--	139	147
Sul	22	56	56

Fonte: CGDPD/DAGD/SE/MS.

Os primeiros CGR foram constituídos ainda em 2006, em estados da Região Centro-Oeste e Sul. As demais regiões constituíram a partir de 2007 (Figura 4).

FIGURA 4 – EVOLUÇÃO DO NÚMERO DE COLEGIADOS DE GESTÃO REGIONAL POR REGIÃO NOS ANOS DE 2006, 2007 E 2008, SITUAÇÃO EM DEZEMBRO DE CADA ANO



Fonte: CGDPP/DAGD/SE/MS.

A correlação entre o número de municípios que constituem CGR e o número que aderiu ao Pacto pela Saúde mostra que 82% do total de municípios da federação participam de Colegiado enquanto apenas 51% aderiram ao Pacto (Tabela 2)

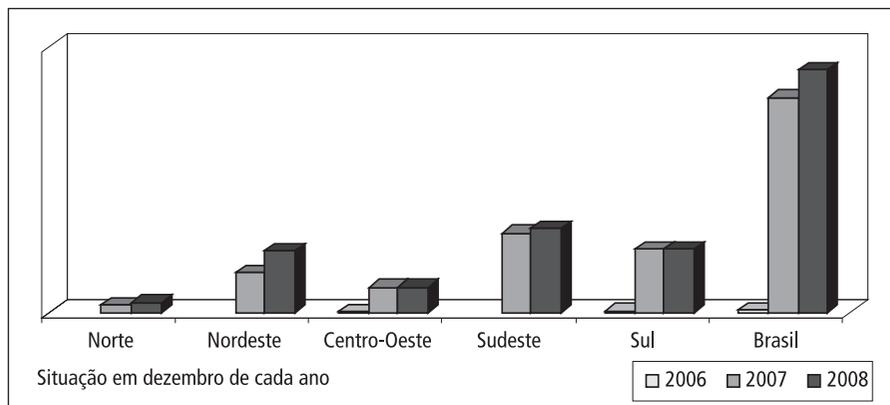
TABELA 2 – MUNICÍPIOS EM CGR E MUNICÍPIOS QUE ADERIRAM AO PACTO PELA SAÚDE POR REGIÃO NO ANO DE 2008, SITUAÇÃO EM DEZEMBRO

Regiões	Número de Municípios	
	Colegiado de Gestão Regional	Adesão ao Pacto pela Saúde
Brasil	4.578	2.839
Norte	191	89
Nordeste	1.158	504
Centro-Oeste	465	227
Sudeste	1.576	1.527
Sul	1.188	492

Fonte: CGDPP/DAGD/SE/MS.

Esta situação é indicativa de que, ainda que os CGR tenham sido instituídos pelo Pacto pela Saúde, não tem havido correspondência direta entre o processo de adesão municipal e a constituição dos colegiados, sendo exceções os estados da Região Sudeste (Figura 5).

FIGURA 5 – MUNICÍPIOS EM COLEGIADOS DE GESTÃO REGIONAL E MUNICÍPIOS QUE ADEIRAM AO PACTO PELA SAÚDE POR REGIÃO NOS ANOS DE 2006, 2007 E 2008, SITUAÇÃO EM DEZEMBRO DE CADA ANO



Fonte: CGDPP/DAGD/SE/MS.

Dos 4.578 municípios brasileiros em CGR, apenas 56% aderiu ao Pacto pela Saúde. Esta situação exhibe diferenças extremas entre as Regiões, já que, na Região Sudeste, 95% dos municípios em CGR aderiu ao Pacto pela Saúde, enquanto na Região Nordeste este percentual cai para 24% (Tabela 3).

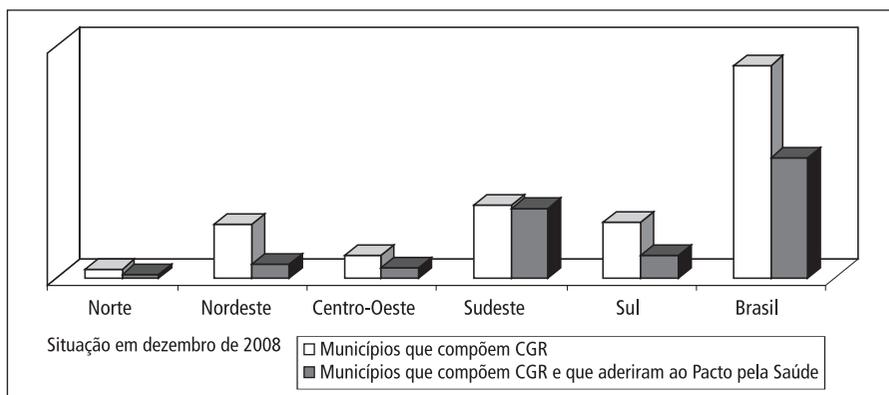
TABELA 3 – MUNICÍPIOS EM CGR QUE ADERIRAM AO PACTO PELA SAÚDE POR REGIÃO NO ANO DE 2008, SITUAÇÃO EM DEZEMBRO

Região	Nº. de municípios em CGR	Municípios em CGR que aderiram ao Pacto pela Saúde	
		Número	Percentual
Brasil	4.578	2.565	56%
Norte	191	76	40%
Nordeste	1.158	273	24%
Centro-Oeste	465	227	49%
Sudeste	1.576	1.502	95%
Sul	1.188	487	41%

Fonte: CGDPP/DAGD/SE/MS.

As Regiões Norte e Sul apresentam percentuais de adesão ao pacto pelos municípios em CGR próximos, 40% e 41% respectivamente (Tabela 3). Esta proximidade resulta de determinantes opostos: de um lado, a Região Norte é aquela com menor presença de CGR, e, de outro, a Região Sul é aquela a com menor adesão municipal ao Pacto (Figura 6).

FIGURA 6 – NÚMERO DE MUNICÍPIOS EM CGR E NÚMERO DE MUNICÍPIOS EM CGR QUE ADE- RIRAM AO PACTO PELA SAÚDE POR REGIÃO NO ANO DE 2008, SITUAÇÃO EM DEZEMBRO



Fonte: CGDPD/DAGD/SE/MS.

De que modo a constituição de CGR pode avançar na implantação do Pacto pela Saúde?

Este panorama mostra que a constituição dos Colegiados tem sido de implantação crescente, ainda que inacabada. Isto é devido, em parte, à diversidade regional e reflete, inclusive, movimentos anteriores de regionalização nos estados. A tendência é de avanço para a consolidação deste espaço de gestão interfederativa, considerando que as políticas recentes têm incluído o Colegiado como espaço de formulação e execução de suas ações, como é o caso da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

3 O Papel da Comissão Intergestores Bipartite na Institucionalização e Acompanhamento dos CGR

Até 2006, o processo de articulação e pactuação, entre os gestores das três esferas do SUS, ocorria, tradicionalmente, em dois colegiados: a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e as Comissões Intergestores Bipartite (CIB), com alguns estados tendo também CIB regionais. Em decorrência do Pacto pela Saúde, foram instituídos os CGR como instâncias permanentes de negociação e pactuação de aspectos relacionados à organização, direção e gestão do SUS no território da Região de Saúde.

A CIB, composta por representantes da Secretaria de Estado da Saúde (SES) e do Conselho de Secretários Municipais de Saúde (Cosems) estadual ou órgão equivalente, é a instância privilegiada de negociação e decisão quanto aos aspectos operacionais do SUS no âmbito dos estados.

De maneira geral, a CIB tem, entre outras, as seguintes atribuições para cumprir o papel de fórum de negociação e pactuação do estado:

- elaborar propostas e pactuar estratégias para a implantação e operacionalização do SUS no estado
- definir instrumentos, parâmetros, mecanismos de implantação e regulamentação, acompanhamento e avaliação do SUS no estado
- pactuar critérios para a distribuição e uso dos recursos financeiros do SUS no estado
- definir sua organização e forma de funcionamento, para fazer frente ao papel a ser assumido no Pacto de Gestão

- definir os fluxos e a metodologia de trabalho para a execução das atividades relacionadas à descentralização do processo administrativo
- analisar os pleitos de adesão dos municípios ao Pacto pela Saúde.

No processo de regionalização, a CIB assume papel de coordenação, no que tange à pactuação que sustenta os acordos das Regiões de Saúde.

Há concorrência, sobreposição ou superposição de funções entre CGR e CIB?

A instituição do CGR significa aprofundamento do processo de descentralização e impõe a revisão do papel e funções da CIB. Desse modo, os gestores reunidos na CIB devem assegurar que sejam definidas as atribuições de cada um dos fóruns de pactuação, zelando pelo funcionamento harmônico entre ambos os colegiados – CIB e CGR –, de modo a não incorrer em concorrência, conflito de competências ou sobreposição de funções. Devem ser consideradas, ainda, as situações específicas de cada estado e até mesmo particularidades de algumas Regiões de Saúde, no interior de um mesmo estado, que demandem detalhamentos locais.

Qual a relação entre CIB e CGR?

A definição pela CIB de diretrizes claras de funcionamento dos CGR configura-se como uma via de mão dupla. Ou seja, tanto contribui para o pleno funcionamento dos CGR como fórum de pactuação das questões regionais, quanto para as relações destes com a CIB como fórum de pactuação das questões do SUS no âmbito estadual.

A observância do disposto no Pacto pela Saúde, as orientações advindas da CIB e o próprio exercício de implementação do CGR configuram situações específicas que demandam o estabelecimento de canais permanentes entre cada CGR e a CIB. Tanto os consensos obtidos nas Regiões de Saúde quanto situações de divergência geram encaminhamentos à CIB, não como forma de supervisão ou controle, mas de harmonização.

Existem questões discutidas nas reuniões dos Colegiados que demandam remessa à CIB, como nos casos de impasse ou aquelas que implicam acordos entre Regiões de Saúde e, ainda, quando envolvem decisões sobre recursos do limite financeiro do estado que precisam ser homologadas pela CIB. Com a edição do Pacto pela Saúde e em conformidade com a Portaria GM/MS 399/06 (BRASIL, 2006b), a CIB passa a exercer novas atribuições no que refere à organização e funcionamento dos CGR:

- pactuar o nome e funcionamento do CGR
- aprovar as diretrizes gerais que norteiem a elaboração do Regimento Interno do CGR
- reconhecer a constituição do CGR
- enviar à CIT informações do reconhecimento dos CGR
- manter contato permanente com o CGR para acompanhamento e avaliação do processo de descentralização e regionalização do SUS no estado
- acompanhar as decisões do CGR quanto ao seu impacto nos planos, programas, projetos, nos acordos estaduais, legislação e normatização vigentes
- atuar como fórum de pactuação de questões trazidas pelo CGR que extrapolam a Região de Saúde e necessitam de acordos entre regiões

- atuar como instância de recurso para os municípios em temas nos quais não tenha havido decisão consensual no CGR
- regulamentar e orientar o fluxo das decisões dos CGR no sistema estadual
- acompanhar as atividades desenvolvidas pelos CGR – como o cumprimento do cronograma de reuniões, temas pautados nos colegiados, entre outros.

O acompanhamento das atividades de cada Colegiado é importante para incluir informações sobre o funcionamento dos CGR do estado no Relatório Anual de Gestão.

4 Organização e Funcionamento do Colegiado de Gestão Regional

4.1 COMPOSIÇÃO E CONSTITUIÇÃO DO CGR

Uma das estratégias utilizadas por alguns estados para a constituição dos CGR tem sido a realização de oficinas regionais, com envolvimento amplo dos gestores municipais, representantes das Secretarias de Estado da Saúde e dos Conselhos de Secretários Municipais de Saúde (Cosems) estadual, representantes do controle social e outros atores da saúde. Estas oficinas têm proporcionado um avanço nas relações intergestores, com a responsabilização dos diversos atores, desde o início do processo. Além disso, englobam pautas diversas que vão desde a constituição dos CGR, até a revisão de instrumentos como o PDR, o PDI, a PPI e o Termo de Compromisso de Gestão (TCG).

O CGR deve ser composto por gestores de todos os municípios da região e representantes do gestor estadual. Isso torna fundamental a presença do secretário municipal de saúde nas reuniões do CGR de forma a consolidar o processo de responsabilidade compartilhada entre todos os gestores da região.

Quando a SES não tem regionais, como garantir a representação estadual no CGR?

A representação estadual no CGR pode ser do nível central do estado ou regional sendo, preferencialmente, exercida pelo dirigente regional, ficando a critério do gestor estadual essa definição. Essa representação deve observar também a participação de técnicos de diversas áreas de atuação como atenção à saúde, promoção à saúde, vigilância em saúde, recursos humanos e outras, dependendo dos temas pautados para discussão. A participação da área de vigilância em saúde no Colegiado contribui para a superação do enfoque na assistência, direcionando-o para a integralidade.

Outros atores e instâncias regionais participam da formação e composição dos CGR?

Participação de prestadores e do controle social no CGR

Algumas CIB têm regulamentado que, por ser um fórum de gestão, a participação de prestadores de serviços, públicos ou privados, não foi prevista nos colegiados. Os prestadores de serviços universitários, serviços próprios dos municípios ou do estado, consórcios intermunicipais, organizações sociais, filantrópicos de relevância para a assistência no âmbito regional podem participar de reuniões do CGR ou de grupos de trabalho, conforme necessidade definida e na condição de convidados. Ainda que o CGR deva empreender esforços para fortalecer o controle social no território, não está prevista a representação do controle social no CGR.

Na lógica do Pacto pela Saúde, os gestores que compõem o CGR têm titularidade para representar de forma plena todos os interesses sanitários do território.

Alguns estados com grande quantidade de municípios e organizados em muitas Regiões de Saúde mantiveram em funcionamento Comissões Intergestores Bipartite regionais de abrangência macrorregional, que são responsáveis pela articulação e integração inter-regional, nas questões que ultrapassam os territórios regionais, buscando garantir a integralidade. A representação dos municípios nessa comissão tem sido preferencialmente exercida por um secretário municipal de saúde, escolhido por seus pares, representando cada CGR da macrorregião.

Como deve ser feita a adequação de CIB regional para CGR?

Nos estados onde estiverem funcionando as CIB regionais e não for possível a imediata incorporação de todos os municípios da Região de Saúde para adequação ao Pacto pela Saúde, deve ser pactuado um cronograma de adequação, no menor prazo possível, para a inclusão de todos os municípios nos respectivos colegiados.

A CIB regional e o CGR apresentam distinções no que tange à composição, objetivos, tomada de decisão e paridade (Quadro 2).

Quais são as diferenças efetivas entre CIB regional e CGR?

QUADRO 2 – DISTINÇÕES ENTRE CIB REGIONAL E COLEGIADOS DE GESTÃO REGIONAL

CIB Regional	Item	CGR
Representação de estados equilibrada numericamente (paridade) com a representação de municípios	Composição	Municípios: participação de todos na região Estado: representação
Viabilização da integração e da harmonização do sistema de saúde; negociação e integração dos gestores das três esferas de governo; instâncias privilegiadas de negociação e decisão operacionais; viabilização da unicidade e da equidade, de forma associada aos Conselhos de Saúde	Objetivos	Qualificação do processo de regionalização; aprimoramento dos princípios do SUS; espaço permanente de pactuação e cogestão; foco nos instrumentos de planejamento regional; expressão das responsabilidades dos gestores com a saúde da população do território
Por consenso entre as representações	Tomada de decisões	Obrigatoriamente por consenso, com envolvimento e comprometimento do conjunto de gestores
Exigida	Paridade	Abolida, já que participam representantes de todos os municípios da região

Fonte: DAGD/SE/MS.

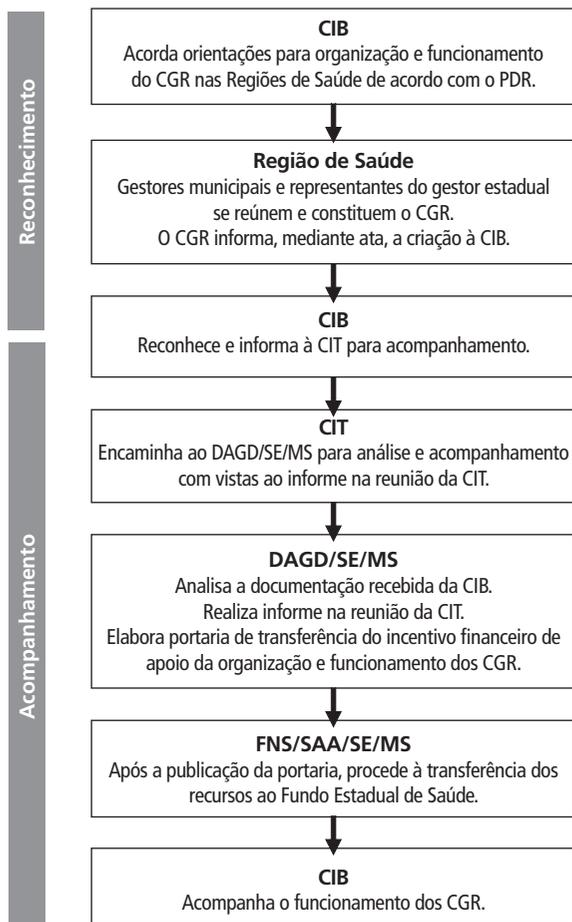
4.2 RECONHECIMENTO DO CGR

Para conformar o CGR, os secretários municipais de saúde da Região de Saúde e os representantes do gestor estadual indicados realizam a primeira reunião e, observadas as diretrizes pactuadas na CIB, elaboram a ata de constituição do Colegiado que após assinada por todos os presentes é enviada à CIB.

A CIB reconhecerá o CGR mediante cópia da ata da constituição com as assinaturas de todos os secretários municipais de saúde da Região de Saúde correspondente e dos representantes do gestor estadual. Após o reconhecimento do CGR, a CIB envia à CIT informações em formulário próprio definido na Portaria GM/MS nº 2.691/2007 (BRASIL, 2007c) (Anexo B).

As informações da constituição de CGR enviadas pela CIB são analisadas no Ministério da Saúde, na Secretaria-Executiva pelo Departamento de Apoio à Gestão Descentralizada (DAGD/SE/MS), com vistas ao informe na CIT e posterior publicação de portaria de repasse financeiro (Figura 7).

FIGURA 7 – FLUXO DO RECONHECIMENTO E ACOMPANHAMENTO DOS COLEGIADOS DE GESTÃO REGIONAL



Fonte: DAGD/SE/MS.

4.3 FUNCIONAMENTO DO CGR

No Pacto pela Saúde estão descritas diretrizes gerais para o funcionamento do CGR cuja observância é orientadora a todos os gestores. Essas diretrizes já estão incorporadas nas práticas dos gestores do SUS nos fóruns de negociação e pactuação e têm contribuído ao longo dos anos para o pleno funcionamento das CIB e da CIT.

Qual a proposta para orientar o funcionamento dos CGR?

Diretrizes gerais para o funcionamento do CGR

- *definir uma estrutura de apoio ao CGR para as providências administrativas e técnicas decorrentes das reuniões; preferentemente não se deve criar uma nova estrutura, mas sim utilizar uma já existente*
- *dispor de apoio de uma câmara técnica permanente e eventualmente de grupos de trabalho temporários, formados por técnicos do estado e dos municípios, que subsidiará o CGR com informações e análises técnicas relevantes*
- *compatibilizar e articular as agendas dos municípios que integram o CGR, bem como as responsabilidades do gestor estadual no processo de regionalização*
- *estabelecer uma agenda regular de reuniões com pauta de discussão de temas de interesse da região*
- *registrar as reuniões em atas*
- *enviar as decisões tomadas para todos os gestores da região, para a regional de saúde e para a CIB*
- *remeter os acordos regionais para conhecimento ou homologação na CIB.*

No CGR as decisões são por consenso entre as representações, pressupondo o envolvimento e comprometimento do conjunto de gestores com os temas pactuados. O Colegiado deve dispor de uma coordenação em sistema de cogestão.

Cogestão

É um modo de gestão compartilhado entre instituições do setor saúde ou integrantes de outros setores governamentais. Muitos processos relacionados à melhoria do nível de saúde da população dependem da ação de outros setores governamentais, especialmente relacionados às políticas sociais e as organizações da sociedade civil. Nesses casos, as práticas de cogestão têm o poder de potencializar as ações executadas, evitando paralelismos e desperdícios de esforços públicos. Para estabelecer processos de cogestão, deve-se identificar a necessidade e promover uma negociação entre as instituições envolvidas, definindo-se claramente, as atribuições, compromissos e deveres de cada uma delas, estabelecendo mecanismos permanentes de interação e integração das instituições. (BRASIL, 2009a).

Alguns estados têm acordado que a coordenação do CGR seja exercida por um representante da gestão estadual. A definição de pauta é de forma conjunta e não se restringe aos temas de assistência à saúde – abrange problemas de saúde e de gestão do SUS, no âmbito da região. O apoio de uma câmara técnica ou grupo de trabalho é fundamental para subsidiar tecnicamente as discussões e decisões do CGR. Esta câmara ou grupo, formado por representantes do estado e dos municípios, se reúne antes do pleno do Colegiado para analisar temas e pleitos da reunião. A relação entre o funcionamento do Colegiado e da CIB é muito estreita, principalmente, em questões regionais ou que demandam pactuações entre Regiões de Saúde.

Quem poderá se responsabilizar pela secretaria do CGR?

Algumas CIB têm orientado a definição de uma secretaria para o CGR com atribuições de apoio administrativo e logístico ao funcionamento do CGR (organização de atas, arquivos, correspondências, convocações). O coordenador desta secretaria é indicado pelo plenário do Colegiado e pode, por decisão também deste plenário, adotar um sistema de rodízio, entre

gestores municipais, estaduais ou técnicos do estado ou dos municípios.

A aprovação das diretrizes gerais de funcionamento do Colegiado é uma das atribuições da CIB. Tais diretrizes vão nortear a elaboração do Regimento Interno de cada CGR do estado. Para o pleno funcionamento, o Colegiado elabora e aprova o seu regimento interno observando as diretrizes da CIB.

Regimento Interno

É o conjunto de normas que regulamenta o funcionamento e os serviços internos de instituições ou organizações. É a lei interna de uma instância, entidade ou órgão tendo em vista detalhar o funcionamento concreto, respeitando as determinações gerais e outras definições normativas. Ao ser uma lei interna, é elaborado e aprovado pela própria instância a quem se destina. Contém procedimentos práticos e aspectos do dia a dia da entidade. Não existe um padrão único para os Regimentos Internos.

Pode-se se falar em modelo de regimento interno para os CGR?

Embora seja útil recorrer a um modelo para elaboração do regimento (Anexo A), é importante adequá-lo à realidade regional, com os ajustes necessários para que regule, de fato, o funcionamento interno do CGR.

Regimento Interno do CGR

A organização e o funcionamento de cada CGR ocorrerá de forma singular, a partir da construção do regimento interno. O Regimento Interno expressa as bases da relação entre os gestores para instituir uma gestão solidária e compartilhada e, assim, colocar em prática o processo de diálogo e de construção de consenso para a garantia do acesso à atenção integral naquele território.

Um modelo de regimento interno de CGR pode conter elementos que não se aplicam à realidade regional, portanto, ao servir de referência carece de adaptações e adequações para orientar de fato o funcionamento do Colegiado. Alguns aspectos são, contudo, parte integrante de todos os regimentos tais como natureza, atribuições e funcionamento.

O Regimento Interno deve conter itens como

- *a natureza e finalidade do Colegiado*
- *as atribuições*
- *a organização com descrição de órgãos que fazem parte da estrutura*
- *a composição, inclusive de grupos de trabalho ou equivalente*
- *o funcionamento da plenária*
- *os critérios de tomada de decisão*
- *a coordenação e respectivas atribuições*
- *os assuntos abordados nas pautas das reuniões ordinárias*
- *os membros e respectivas atribuições*
- *os encaminhamentos das decisões*
- *o desenvolvimento de aspectos acordados e articulação permanente entre os gestores*
- *a definição de quorum mínimo de modo a preservar e garantir as representações municipais e a estadual.*

Entre as atribuições do CGR estabelecidas na Portaria GM/MS nº 399/2006 (BRASIL, 2006b) e que orientam o funcionamento deste Colegiado está a instituição do processo de planejamento regional, que define as prioridades, as responsabilidades de cada ente, as bases para a programação pactuada integrada da atenção à saúde, o desenho do processo regulatório, as estratégias de qualificação do controle social, as linhas de investimento e o apoio para o processo de planejamento local.

O planejamento regional, mais que uma exigência formal, deverá expressar as responsabilidades dos gestores com a saúde da população do território e o conjunto de objetivos e ações que contribuirão para a garantia do acesso e da integralidade da atenção, devendo as prioridades e responsabilidades definidas regionalmente estar refletidas no plano de saúde de cada município e do estado.

Para que este planejamento possa efetivamente contribuir com a construção de uma nova realidade, que tenha por base as necessidades de saúde da população, torna-se necessário partir de uma análise da situação de saúde o que significa priorizar, nesse processo, as ações e responsabilidades da área de vigilância em saúde.

O funcionamento do Colegiado orienta-se para exercer as atribuições de

- *instituir processo dinâmico de planejamento regional*
- *atualizar e acompanhar as programações pactuadas integradas*
- *articular as ações de vigilância em saúde*
- *articular os diversos níveis de atenção*
- *desenhar o processo regulatório, com definição de fluxos e protocolos*
- *priorizar linhas de investimento*
- *estimular estratégias de qualificação do controle social*
- *apoiar o processo de planejamento local*
- *constituir um processo dinâmico de avaliação e monitoramento regional.*

Os CGR se constituem num espaço de decisão para a organização de uma rede regional de atenção à saúde, integrada e resolutiva, ordenada a partir da atenção primária. Para a constituição dessa rede de atenção à saúde em uma determinada região, é necessária a pactuação

entre todos os gestores envolvidos, do conjunto de responsabilidades não compartilhadas e das ações complementares. Em determinadas realidades, será necessário ultrapassar o limite territorial de uma Região de Saúde e, assim, demandar a articulação e negociação entre regiões sob a coordenação da Secretaria Estadual de Saúde.

Princípios e pressupostos da regionalização que orientam os trabalhos no CGR

Territorialização: reconhecimento e apropriação, pelos gestores, dos espaços locais e das relações da população com os mesmos, expressos por meio de dados demográficos e epidemiológicos.

Flexibilidade: respeitar às diversidades regionais, especificidades estaduais e municipais, próprias a um país de grandes dimensões.

Cooperação: ação conjunta entre as três esferas de governo, entre gestores, entre as equipes técnicas.

Cogestão: efetivado pelo Colegiado de Gestão Regional-arranjo institucional que propicia um novo significado às relações entre os gestores da Saúde, permitindo que desenvolvam, de forma solidária e cooperativa, as funções de planejamento, programação, orçamento, coordenação, execução e avaliação.

Financiamento Solidário: priorizar os investimentos que fortaleçam a regionalização, respeitando as estratégias nacionais e estaduais, assim como o Plano Diretor de Investimento e o mapeamento atualizado da distribuição e oferta de serviços, nos espaços regionais.

Participação e Controle Social: princípio doutrinário do SUS. Tem possibilitado avanços significativos na qualificação do sistema, viabilizando a formulação de políticas de saúde que expressem as necessidades reais da população (BRASIL, 2006c).

Que tipo de agenda pode ser recomendada para o CGR?

4.4 AGENDA

De acordo com o Pacto pela Saúde, algumas ações são relevantes para compor a agenda dos CGR (BRASIL, 2006c):

- adotar processos dinâmicos no planejamento regional, que deve definir as prioridades e as responsabilidades de cada ente
- pactuar ações articuladas de vigilância em saúde
- adotar estratégias para uniformizar o alcance e a resolutividade da atenção primária em saúde (APS) nos diversos municípios
- pactuar a organização das redes regionalizadas de atenção à saúde
- atualizar e acompanhar a PPI de atenção à saúde
- elaborar o desenho do processo regulatório, definindo fluxos e protocolos necessários
- priorizar as linhas de investimentos
- estimular estratégias que contribuam para a qualificação do controle social
- apoiar processos de qualificação da gestão do trabalho e da educação em saúde
- construir estratégias para que sejam alcançadas as metas prioritizadas no Pacto pela Vida, com a definição, se necessário, de outras prioridades locorregionais
- constituir processos dinâmicos para a avaliação e o monitoramento regional
- aprimorar os mecanismos de regulação da assistência à saúde
- fortalecer as iniciativas e ações contidas no Pacto em Defesa do SUS
- coordenar a agenda e o trabalho da câmara técnica.

Como o CGR é um espaço de pactuação política para a cogestão, torna-se imprescindível que os municípios que o integram expressem as respectivas responsabilidades sanitárias por meio da construção conjunta dos Termos de Compromisso de Gestão Municipal (TCGM).

5 Recursos Financeiros Federais para Apoiar o Funcionamento do CGR

O Ministério da Saúde transfere, anualmente, em parcela única, ao Fundo Estadual de Saúde montante de recursos financeiros destinado ao apoio à organização e ao funcionamento de cada CGR, em gastos de custeio.

Desde que esse incentivo foi instituído pela Portaria GM/MS nº 204/2007 (BRASIL, 2007b), o valor transferido anualmente tem por referência R\$ 20.000,00 (vinte mil reais) por CGR. A programação para a utilização desse recurso ocorre na CIB, buscando sempre a melhor utilização, com prioridade na construção de procedimentos institucionais de apoio para o desenvolvimento da capacidade de gestão do CGR.

Conforme as normas vigentes no SUS, a comprovação da aplicação desses recursos repassados pelo Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Estaduais de Saúde será feita mediante Relatório Anual de Gestão (RAG) do estado, que deve ser elaborado anualmente e aprovado pelo respectivo Conselho Estadual de Saúde.

De acordo com as normas relativas ao financiamento e aos gastos públicos, é vedada a utilização do recurso de incentivo financeiro para organização e funcionamento de CGR para o pagamento de:

- a. servidores inativos;
- b. servidores ativos, exceto aqueles contratados exclusivamente para desempenhar funções relacionadas aos serviços relativos ao respectivo bloco, previstos no respectivo Plano de Saúde;
- c. gratificação de função de cargos comissionados, exceto aqueles diretamente ligados às funções relacionadas aos serviços relativos ao respectivo bloco, previstos no respectivo Plano de Saúde;

- d. pagamento de assessorias/consultorias prestadas por servidores públicos pertencentes ao quadro do próprio município ou do estado; e
- e. obras de construções novas, exceto as que se referem a reformas e adequações de imóveis já existentes, utilizados para a realização de ações e/ou serviços de saúde.

5.1 ACOMPANHAMENTO DO FUNCIONAMENTO DOS COLEGIADOS

Como espaço de decisão, definição de prioridades e de pactuação de soluções para a organização regional das ações e serviços de atenção à saúde, o funcionamento do CGR é acompanhado pela CIB, de acordo com os fluxos estabelecidos. Este acompanhamento é permanente, considerando que toda a pactuação alcançada no CGR incide no planejamento local e estadual e vice-versa. Assim, as prioridades e responsabilidades acordadas na Região de Saúde constarão dos instrumentos do Sistema de Planejamento do SUS.

Ao ser situação inovadora, recente e em construção, os procedimentos de acompanhamento do CGR são parte das atividades de cooperação técnica da gestão estadual e da cooperação horizontal entre os municípios. A efetividade deste acompanhamento está no caráter permanente, acordado e orientado pela CIB, com vistas a oferecer bases para apoiar a organização e o funcionamento do Colegiado. Formalmente, o acompanhamento das atividades de cada CGR deve ser incluído nos respectivos Relatórios Anuais de Gestão – RAG estadual, conforme previsto nas Portarias anuais, que autorizam a transferência de recursos financeiros referentes ao incentivo dos CGR.

O acompanhamento dos CGR é, deste modo, parte das relações interfederativas. Orienta-se que a CIB discuta e acorde forma de acompanhamento do CGR na avaliação do processo de regionalização estabelecido no Pacto pela Saúde. De modo que este processo se institucionalize como meio de acompanhar as atividades de cada CGR e prestar cooperação técnica.

Componentes para o acompanhamento do funcionamento do CGR

- *Aspectos da organização, funcionamento e institucionalidade*
- *Resultados e impactos do trabalho do Colegiado para a organização e planejamento das ações*
- *Identificar dos avanços e desafios para a efetivação do CGR no estado*

Referências

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>. Acesso em: 30 abr. 2009.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 19 set. 1990a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. Acesso em: 14 de abr.2009.

_____. Ministério da Saúde; CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE (Conasems). *O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios*. 3. ed. Brasília, 2009a.

_____. Ministério da Saúde. *Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão*. Brasília, 2006a. (Série Pactos pela Saúde, v. 1).

_____. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde*. Brasília, 2009b. (Série Pactos pela Saúde; v. 9).

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 48, de 12 de janeiro de 2009. Ficam mantidas, para o ano de 2009, as prioridades, objetivos, metas e indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde, definidos no anexo da Portaria nº 325/GM, de 21 de fevereiro de 2008. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 13 jan. 2009c.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 91, de 10 de janeiro de 2007. Regulamenta a unificação do processo de pactuação de indicadores e estabelece os indicadores do Pacto pela Saúde, a serem pactuados por municípios, estados e Distrito Federal. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 16 jan. 2007a.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde. NOAS - SUS 01/2001. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 26 jan. 2001. Disponível em: <http://www.ucg.br/ucg/institutos/nepss/arq_doc/noas_sus2001.pdf>. Acesso em: 14 abr. 2009.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 jan. 2007b. Seção 1, p. 45-50.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 325, de 21 de fevereiro de 2008. Estabelece prioridades, objetivos e metas do Pacto pela Vida para 2008, os indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde e as orientações, prazos e diretrizes para a sua pactuação. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 22 fev. 2008a.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 361, de 27 de fevereiro de 2008. Autoriza transferência de recursos financeiros do Fundo Nacional de Saúde ao Fundo Estadual de Saúde do Espírito Santo referentes ao incentivo destinado ao apoio da organização e funcionamento dos Colegiados de Gestão Regional. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 28 fev. 2008b.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 373, de 25 de fevereiro de 2002. Aprova, na forma do anexo desta portaria, a norma operacional de assistência à saúde – NOAS – SUS 01//2002 que amplia as responsabilidades dos municípios na atenção básica, estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede a atualização dos critérios de habilitação de Estados e Municípios. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 25 fev. 2002. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html>. Acesso em: 01 set. 2009.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006: Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 23 fev. 2006b. Seção 1, p. 43-51.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 545, de 20 de maio de 1993. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica –SUS 01/93. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 maio 1993. Disponível em: <http://siops.da-tasus.gov.br/Documentacao/Portaria%20545_20_05_1993.pdf>. Acesso em: 14 maio 2009.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.440, de 15 de julho de 2008. Altera as Portarias GM/MS números 2.945/GM de 14 de novembro de 2007, 2.946/GM de 14 de novembro de 2007 e 3.264, de 27 de dezembro de 2007. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 16 jul. 2008c. Seção 1, p. 75.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.023, de 23 de setembro de 2004. Define que os municípios e o Distrito Federal sejam responsáveis pela gestão do Sistema Municipal de Saúde na organização e na execução das ações de atenção básica, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 23 set. 2004. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-2023.htm>>. Acesso em: 14 maio 2009.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.203, de 5 de novembro de 1996. Aprova, nos termos do texto a esta Portaria, a NOB 1/96, a qual redefne o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde, constituindo, por conseguinte, instrumento imprescindível à viabilização da atenção integral à saúde da população e ao disciplinamento das relações entre as esferas de gestão do Sistema. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 5 nov. 1996. Disponível em: <http://bvs-ms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html>. Acesso em: 14 maio 2009.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.691, de 19 de outubro de 2007. Regulamenta as condições para transferência de recursos financeiros federais referentes ao incentivo para apoiar as ações de regionalização no Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 22 out. 2007c.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.945, de 14 de novembro de 2007. Autoriza transferência de recursos financeiros do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Estaduais de Saúde referentes ao incentivo destinado ao apoio da organização e funcionamento dos Colegiados de Gestão Regional. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 16 nov. 2007d.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.946, de 14 de novembro de 2007. Autoriza transferência de recursos financeiros do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Estaduais de Saúde referentes ao incentivo destinado ao apoio da organização e funcionamento dos Colegiados de Gestão Regional. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 16 nov. 2007e.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 3.176, de 24 de dezembro de 2008. Aprova orientações acerca da elaboração, da aplicação e do fluxo do Relatório Anual de Gestão. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 30 dez. 2008d. Seção 1, p. 70.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 3.264, de 27 de dezembro de 2007. Autoriza transferência de recursos financeiros do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Estaduais de Saúde referentes ao incentivo destinado ao apoio da organização e funcionamento dos Colegiados de Gestão Regional. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 28 dez. 2007f.

_____. Ministério da Saúde. *Regionalização solidária e cooperativa: orientações para sua implantação no SUS*. Brasília, 2006c. (Serie Pactos pela Saúde, v. 3).

_____. Ministério da Saúde. *Sistema de Planejamento do SUS: uma construção coletiva: organização e funcionamento*. Brasília, 2006d. (Série Cadernos de Planejamento, v. 1).

_____. _____. Brasília, 2006e. (Série Cadernos de Planejamento, v. 2).

_____. Ministério da Saúde. *Sistema de Planejamento do SUS: uma construção coletiva: orientações gerais para elaboração de instrumentos de planejamento: Programação Anual de Saúde e Relatório Anual de Gestão: estrutura e conteúdo*. Brasília, 2009d. (Série Cadernos de Planejamento, v. 6).

CENTRO DE GESTÃO E ESTUDOS ESTRATÉGICOS. *Estudo da Dimensão Territorial do PPA: Estudos prospectivos setoriais temáticos: Módulo 4: Tema: Saúde: Nota Técnica Final*. Rio de Janeiro, 2007g.

NÁUFEL, J. *Novo Dicionário Jurídico Brasileiro*. 11. ed. [S.l.], Forense, 2008e. p. 391, 646.

SÃO PAULO (Estado). Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Estado de São Paulo. *O olhar municipal: desafios da implantação do Pacto pela Saúde e da regionalização solidária e cooperativa em São Paulo*. São Paulo, [200-?]. (Cadernos de Regionalização Cosems-SP, v. 1).

_____. Comissão Intergestores Bipartite. Resolução nº 153, de 21 de agosto de 2007. *Diário Oficial do Estado de São Paulo*, São Paulo, SP, 21 ago. 2007h. Disponível em: <ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpssp/bibliote/informe_eletronico/2007/iels.set.07/iels179/E_DL-CIB-153_2007.pdf>. Acesso em: 14 maio 2009.

_____. Departamento Regional de Saúde de Marília – DRS IX. Regimento Interno do Colegiado de Gestão Regional de Assis. *Diário Oficial do Estado de São Paulo*, São Paulo, SP, 29 jan. 2008f. Seção I. Disponível em: <ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpssp/bibliote/informe_eletronico/2008/iels.jan.08/iels20/E_CM-Assis_2008.pdf>. Acesso em: 14 maio 2009.

ANEXOS

ANEXO A – Regimento Interno de Colegiado de Gestão Regional¹

O regimento interno a seguir apresentado é de um CGR do Estado de São Paulo e foi incluído nestas orientações a título de ilustração. Para ser utilizado deve ser adaptado para atender às orientações da CIB e às especificidades regionais e assim servir como regimento interno.

REGIMENTO INTERNO DO COLEGIADO DE GESTÃO REGIONAL DE ASSIS, DO DEPARTAMENTO REGIONAL DE SAÚDE DE MARÍLIA - DRS IX

CAPÍTULO I – DA NATUREZA E FINALIDADE

Art. 1º o Colegiado de Gestão Regional (CGR) de Assis é órgão de instância colegiada, não paritário, de natureza permanente, cujas decisões são tomadas por consenso, em conformidade com as disposições estabelecidas pelo Pacto pela Saúde (Portaria GM/MS nº 399 de 22 de Fevereiro de 2006), e recomendações da Deliberação CIB 153/07 constituindo-se em um espaço de planejamento, pactuação e co-gestão solidária entre os gestores municipais e estadual de saúde da Região de Saúde de Assis.

Parágrafo Único - a Região de Saúde de Assis, é compreendida como um espaço geográfico contínuo, identificada pelos gestores municipais e estadual a partir de identidades culturais, econômicas e sociais, de redes de comunicação e de infra-estrutura de transporte compartilhadas no território, sendo constituída pelos seguintes municípios: Assis, Borá, Cândido Mota, Cruzália, Florinea, Ibirarema, Lutécia, Maracai, Palmital, Paraguaçu Paulista, Pedrinhas Paulista, Platina e Tarumã.

Art. 2º o CGR de Assis é responsável pela pactuação das estratégias de condução e operacionalização do SUS em âmbito regional e tem por finalidade qualificar o processo de regionalização e descentralização da gestão, ações e serviços de saúde, garantindo:

1 Fonte: BRASIL. Departamento Regional de Saúde de Marília - DRS IX. Regimento Interno do Colegiado de Gestão Regional de Assis. *Diário Oficial do Estado de São Paulo*, São Paulo, SP, 29 jan. 2008. Seção I. Disponível em: <ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpssp/bibliote/informe_eletronico/2008/iels.jan.08/iels20/E_CM-Assis_2008.pdf>. Acesso em: 14 maio 2009.

I - a organização do sistema regional de saúde a partir dos princípios doutrinários e de organização do SUS, favorecendo a ação cooperativa e solidária entre os gestores;

II - o acesso, resolubilidade, humanização e qualidade das ações e serviços de saúde cuja complexidade e contingente populacional transcendam a escala local;

III - a integralidade na atenção à saúde;

IV - a potencialização do processo de descentralização para que as demandas dos diferentes interesses loco - regionais possam ser organizadas e expressas na região de saúde;

V - a racionalização dos gastos e otimização dos recursos, possibilitando ganhos em escala nas ações e serviços de abrangência regional;

VI - o estabelecimento de ações que permitam superar o enfoque centrado na assistência, direcionando-o para a integralidade por meio de estratégias dirigidas a indivíduos e a coletividade, promovendo a articulação dos níveis de atenção à saúde e ações de promoção à saúde;

VII - o fortalecimento do controle social.

CAPÍTULO II – DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 3º São atribuições do CGR de Assis: I - Promover a articulação, de forma integrada e solidária, entre os gestores do SUS em âmbito regional;

II - Assegurar a participação dos gestores de saúde dos municípios que compõem a Região de Saúde e da representação estadual no processo de planejamento regional de saúde, na identificação de necessidades, definição de prioridades e no estabelecimento de soluções, inclusive nos seus aspectos econômicos e financeiros.

III - Identificar e reconhecer a Região de Saúde, propondo as modificações necessárias no desenho territorial.

IV - Propor diretrizes a serem observadas na elaboração de planos de saúde, de acordo com as características epidemiológicas e da organização dos serviços em cada esfera administrativa, em conformidade com o Art. 37 da Lei 8.080/90, visando a constituição de uma rede regional de ações e serviços de atenção à saúde que garanta a universalidade, a integralidade, a resolubilidade e a integração dos serviços de saúde, considerando ainda a equação entre equidade no acesso e economia de escala, definidas a partir de parâmetros técnicos.

V - Estabelecer as responsabilidades dos gestores com a saúde da população da Região de Saúde e o conjunto de objetivos e ações que

contribuirão para a garantia do acesso e da integralidade da atenção, devendo as prioridades e responsabilidades definidas regionalmente refletir-se no plano de saúde de cada município, no plano regional e estadual de saúde e nos Termos de Compromisso de Gestão respectivos;

VI - Analisar e propor medidas que visem a qualificação do modelo técnico-assistencial e de gestão dos serviços de saúde da região de saúde abrangida pelo CGR;

VII - Elaborar, avaliar e atualizar, em âmbito regional periodicamente a programação pactuada integrada da atenção à saúde (PPI);

VIII - Contribuir na elaboração do desenho do processo regulatório intra e inter regional de saúde, construindo fluxos e protocolos de abrangência regional;

IX - Participar do processo de planejamento, programação e integração inter-regional com outros Colegiados de Gestão Regional nas questões que ultrapassem o território da região de saúde, buscando garantir a integralidade e garantindo a atenção de média e alta complexidade em serviços que reclamem arranjos inter-regionais ou macro-regionais;

X - Analisar e opinar sobre a movimentação e aplicação dos recursos financeiros do SUS oriundos das distintas esferas de governo;

XI - Definir linhas prioritárias para alocação de investimentos e estabelecer o Plano Diretor de Investimento, no âmbito regional;

XII - Criar, coordenar e supervisionar uma Câmara Técnica e Grupos de Trabalho para subsidiar as discussões do CGR;

XIII - Definir estratégias de fortalecimento do Controle Social;

XIV - Participar do estabelecimento e implementação de normas, critérios, parâmetros e métodos para o controle da qualidade e avaliação da assistência à saúde em âmbito regional;

XV - Participar da elaboração, implantação e implementação de normas, instrumentos e métodos que fortaleçam a capacidade de gestão do SUS, em âmbito regional e municipal;

XVI - Fornecer subsídios técnicos no tocante à política regional de saúde favorecendo a participação de forma integrada com outras secretarias, órgãos públicos e a sociedade civil na formulação e implementação de políticas intersetoriais;

XVII - Participar da elaboração, implantação e implementação da política de formação e educação permanente para os trabalhadores do SUS em âmbito regional;

XVIII - Promover a articulação com instituições de ensino e pesquisa vi-

sando a produção de conhecimentos científicos a partir das necessidades e prioridades do SUS em âmbito regional.

XIX - Acompanhar o processo de desenvolvimento e incorporação científica e tecnológica na área de saúde, visando à observação de padrões éticos, a racionalização dos gastos e a otimização dos recursos;

XX - Divulgar suas ações através dos diversos mecanismos de comunicação social;

XXI - Construir e pactuar estratégias para que sejam alcançadas as metas prioritárias do Pacto pela Vida;

XXII - Pactuar estratégias de apoio para o planejamento local;

XXIII - Fortalecer iniciativas do Pacto em Defesa do SUS;

XXIV - Permitir o intercâmbio de experiências entre os diversos municípios, visando a disseminação de tecnologias e conhecimentos voltados à melhoria do sistema regional de saúde;

XXV - Manifestar-se sobre todos os assuntos de sua competência.

CAPÍTULO III - ORGANIZAÇÃO DO COLEGIADO

Art. 4º o CGR de Assis terá a seguinte organização:

I - Plenário;

II - Câmara Técnica;

III - Grupos de Trabalho;

SEÇÃO I - PLENÁRIO

Art. 5º o Plenário do CGR de Assis é o fórum de deliberação plena e conclusiva, configurado por Reuniões Ordinárias e Extraordinárias, de acordo com requisitos de funcionamento estabelecidos neste Regimento.

SUBSEÇÃO 1 - COMPOSIÇÃO

Art. 6º a composição do Plenário do CGR de Assis será a da totalidade dos Gestores Municipais de Saúde dos municípios que integram a região de saúde, de acordo com o parágrafo Único do Artigo 1º e por Gestores da Secretaria de Estado da Saúde: Diretor Técnico do DRS-IX Marília, Diretores dos Grupos de Vigilâncias Sanitária e Epidemiológica XIII de Assis, Diretor da Assistência Farmacêutica, representantes da Sucen e Instituto Adolfo Lutz. Parágrafo Único - Não haverá participação de prestadores

de serviços, públicos ou privados e de representação do controle social neste fórum, os quais estarão representados pelos gestores de seus respectivos municípios.

Art. 7º a representação de cada membro do CGR incluirá um titular e um suplente.

§ 1º.- Os suplentes deverão ser indicados por meio de ofício ao diretor do DRS-IX Marília.

§ 2º.- no caso de afastamento temporário ou definitivo de um dos membros titulares, o suplente assumirá até a indicação de outro titular.

SUBSEÇÃO II - FUNCIONAMENTO

Art. 8º O CGR de Assis reunir-se-á, ordinariamente, 12 (doze) vezes por ano, e, extraordinariamente, em decorrência de requerimento do Diretor do DRS ou por convocação formal de no mínimo 1/3 (um terço) dos membros titulares e em dependências que lhe forem destinadas.

§ 1º o Plenário definirá anualmente calendário fixo de reuniões ordinárias, convocadas com 07 (sete) dias de antecedência;

§ 2º As reuniões ordinárias serão realizadas nas dependências do Auditório do DRS-IX Localizado no município de Assis.

§ 3º As reuniões extraordinárias serão realizadas preferencialmente em dependências que lhe forem destinadas com antecedência mínima de 48 (quarenta e oito) horas.

§ 4º Poderão participar das reuniões pessoas ou entidades oficialmente convidadas, com aprovação prévia e consensual do CGR.

Art. 9º As reuniões ordinárias e extraordinárias do CGR serão realizadas com a presença, no mínimo, de metade mais um de seus integrantes.

Parágrafo Único - Após 30 (trinta) minutos do horário fixado para a primeira convocação, a reunião poderá ter início com qualquer número de presentes, contudo sem poder de decisão.

Art. 10 As decisões do CGR de Assis, observado o quorum estabelecido, serão tomadas por consenso.

§ 1º - As recomendações e deliberações serão identificadas pelo seu tipo e numeradas correlativamente;

§ 2º - Quando não for possível estabelecer consenso sobre temas que exijam deliberação e que não tenham interface com as outras regiões de saúde, a questão deverá ser remetida à CIB (Comissão Intergestores Bipartite), para apreciação e deliberação.

Art. 11 a coordenação do CGR será exercida pelo Diretor Técnico do DRS e funcionará em sistema de co-gestão com os municípios.

§ 1º. O Coordenador terá as seguintes atribuições:

I - Convocar as reuniões ordinárias de acordo com o cronograma anual, estabelecido em comum acordo com os demais membros do CGR;

II - Convocar as reuniões extraordinárias do CGR, de acordo com o disposto neste regimento;

III - Coordenar as Reuniões Plenárias;

IV - Encaminhar para efeitos de divulgação as Análises, Recomendações e Deliberações emanadas do Plenário;

V - Supervisionar o funcionamento da Câmara Técnica e dos Grupos de Trabalho do CGR;

VI - Receber o relatório conclusivo da Câmara Técnica e dos Grupos de Trabalho, providenciando a remessa de cópias para ciência dos membros do Plenário do CGR;

VII - Enviar em tempo hábil ao coordenador da Câmara Técnica, a pauta da Ordem do Dia e os documentos pertinentes, bem como ao coordenador dos Grupos de Trabalhos, os assuntos a serem elaborados;

VIII - Enviar cópia das atas das reuniões a todos os integrantes do CGR;

IX - Assinar correspondências dirigidas aos integrantes do CGR, às autoridades do SUS e aos dirigentes de órgãos públicos e privados, naquilo que se refere à finalidade e competências e for aprovado pelo Plenário.

§ 2º. O coordenador será substituído em caso de ausência pelo seu suplente e na ausência do coordenador e seu suplente, fica como seu substituto o Gestor Municipal nomeado entre os gestores municipais como representante do Cosems.

§ 3º. na ausência dos membros citados o Plenário fará a indicação, entre seus membros, de um substituto para coordenação da reunião.

Art. 12 Cabe ao Coordenador a prerrogativa de deliberar em casos de extrema urgência ad referendum do Plenário, mediante prévia consulta aos demais membros do CGR efetuado por ofício ou meio eletrônico, submetendo o seu ato à ratificação deste na reunião subsequente.

Art. 13 a pauta da reunião ordinária constará de:

a) discussão e aprovação da ata da reunião anterior;

b) informes dos integrantes do Colegiado e apresentação de temas relevantes para o conhecimento da plenária.

c) ordem do dia constando dos temas previamente definidos e preparados;

d) deliberações e recomendações e) definição da pauta da reunião seguinte construída de forma conjunta;

f) encerramento.

§ 1º Os informes e apresentação de temas não comportam discussão e votação, somente breves esclarecimentos. Os membros que desejarem apresentar informes devem inscrever-se logo após a leitura e aprovação da ata anterior

§ 2º para apresentação do seu informe cada integrante do Colegiado inscrito disporá de 5 (cinco) minutos improrrogáveis.

Em caso de polêmica ou necessidade de deliberação, o assunto deverá passar a constar da ordem do dia da reunião ou ser pautado para a próxima reunião, sempre a critério do Plenário;

§ 3º a definição da ordem do dia será efetuada sempre de forma conjunta a partir da relação de temas indicados pela Câmara Técnica e Grupos de Trabalho ou propostos pelos integrantes do CGR ao final de cada Reunião Ordinária e;

§ 4º Excepcionalmente poderão ser incluídos temas para discussão na ordem do dia não previstos nos termos do parágrafo anterior, desde que haja consenso entre os membros do CGR.

Art. 14 As Reuniões do CGR terão as seguintes rotinas para ordenamento de seus trabalhos:

I - As matérias pautadas, após o processo de exame preparatório pela Câmara Técnica serão apresentadas preferencialmente por escrito, destacando-se os pontos essenciais, seguindo-se a discussão;

II - o consenso deve ser aferido mediante manifestação expressa de cada integrante do CGR.

Art. 15 das reuniões do CGR de Assis serão lavradas atas das quais devem constar:

I - relação dos participantes seguida do nome de cada membro com a menção da titularidade (titular ou suplente) e do órgão ou entidade que representa;

II - resumo de cada informe, onde conste de forma sucinta o nome do integrante do Colegiado e o assunto ou sugestão apresentada;

III - relação dos temas abordados na ordem do dia com indicação do(s) responsável (eis) pela apresentação e a inclusão de alguma observação quando expressamente solicitada por integrante do Colegiado;

IV - as deliberações e recomendações tomadas, inclusive quanto à aprovação da ata da reunião anterior e os temas a serem incluídos na pauta da reunião seguinte;

§ 1º - o teor integral das matérias tratadas nas reuniões do CGR deverão ficar arquivadas junto ao DRS-IX e disponíveis para consulta do CGR, incluindo-se os documentos apresentados;

§ 2º - o CGR deverá eleger entre seus pares, um responsável e um suplente para elaboração das atas.

- Art. 16 Os pleitos de consenso do CGR serão encaminhados pelo DRS à CIB quando se referirem a questões regionais, se necessário.
- Art. 17 As questões que demandarem pactuações entre distintas regiões de saúde deverão ser encaminhadas à Comissão Intergestores Macrorregional de Marília e destas à CIB, se necessário.
- Art. 18 o CGR poderá organizar mesas-redondas, oficinas de trabalho e outros eventos visando subsidiar o exercício das suas competências.

SUBSEÇÃO III - ATRIBUIÇÕES DOS REPRESENTANTES DO COLEGIADO

Art. 19 Aos integrantes do CGR incumbe:

I - Zelar pelo pleno e total desenvolvimento das atribuições do CGR;

II - Estudar e relatar matérias que lhes forem distribuídas, podendo valer-se de assessoramento técnico e administrativo;

III - Appreciar e deliberar sobre matérias submetidas para consenso;

IV - Apresentar proposições sobre assuntos de interesse da saúde;

V - Requerer apreciação e consenso de matéria em regime de urgência;

VI - Representá-lo quando designado pelo Plenário ou por seu coordenador;

VII - Desempenhar outras atividades necessárias ao cumprimento do seu papel e ao funcionamento.

Art.20 Aos integrantes do CGR é vedado:

I - Alterar ou deturpar o teor de documentos que deva encaminhar para providências;

II - Realizar atividade de natureza político-partidária nos locais de reunião, ou utilizar o nome do CGR para os mesmos fins;

III - Dar curso a notícias falsas ou alarmantes que envolvam o nome do CGR.

SEÇÃO II – CÂMARA TÉCNICA

Art. 21 o CGR contará com uma Câmara Técnica, de caráter permanente, que subsidiará as discussões do Plenário.

§ 1º Compete a Câmara Técnica preparar previamente os temas da pauta da ordem do dia, com documentos e informações disponíveis, inclusive destaques aos pontos recomendados para deliberação, a serem distribuídos pelo menos uma semana antes da reunião, sem o que, salvo a critério do Plenário, não poderá ser objeto de deliberação;

§ 2º a Câmara Técnica será formada por representantes do Estado e por no mínimo 50% (cinquenta por cento) de representantes dos municípios que compõe o CGR.

§ 3º a Câmara Técnica reunir-se-á antes da reunião do CGR para analisar os pleitos apresentados e os temas da reunião e preparar subsídios técnicos para a decisão do Colegiado sobre os temas da pauta, inclusive aqueles produzidos pelos Grupos de Trabalho.

§ 4º o Diretor Técnico do DRS indicará o membro coordenador da Câmara Técnica.

SEÇÃO III – GRUPOS DE TRABALHO

Art. 22 o CGR poderá criar Grupos de Trabalho permanentes ou transitórios, com a finalidade de efetuar estudos técnicos sobre políticas e programas de interesse para a saúde, cujos produtos irão colaborar e subsidiar as decisões do Plenário do CGR.

Parágrafo Único - em função das suas finalidades, os Grupos de Trabalho têm como clientela exclusiva o Plenário do CGR que lhes encomenda objetivos, planos de trabalho e produtos e que poderá delegar-lhes a faculdade para trabalhar com outras entidades.

Art. 23 Os Grupos de Trabalho serão constituídos por técnicos indicados pelos entes integrantes do Colegiado.

Parágrafo Único - Os Grupos de Trabalho serão dirigidos por um Coordenador designado pelo Plenário do Colegiado e deverão contar com no máximo de 6 (seis) a 10 (dez) membros efetivos;

Art. 24 a constituição e funcionamento de cada Grupo de Trabalho será estabelecida em Deliberação específica e deverá estar embasada na explicitação de suas finalidades, objetivos, produtos, prazos e demais aspectos que identifiquem claramente a sua natureza.

Parágrafo Único - Os locais de reunião dos Grupos de Trabalho serão escolhidos segundo critérios de praticidade.

- Art. 25 - Aos coordenadores dos Grupos de Trabalho incumbe:
- I - Coordenar os trabalhos;
 - II - Promover as condições necessárias para que o Grupo de Trabalho atinja a sua finalidade, incluindo a articulação com os órgãos e entidades geradores de estudos, propostas, normas e tecnologias;
 - III - Designar secretário "ad hoc" para cada reunião;
 - IV - Apresentar relatório conclusivo sobre matéria submetida a estudo à Câmara Técnica, para posterior encaminhamento ao Plenário do CGR;
 - V - Assinar as atas das reuniões e as recomendações elaboradas pelo Grupo de Trabalho.
- Art. 26 Aos membros dos Grupos de Trabalho incumbe:
- I - Realizar estudos, apresentar proposições, apreciar e relatar as matérias que lhes forem distribuídas;
 - II - Requerer esclarecimentos que lhes forem úteis para melhor apreciação da matéria;
- Parágrafo Único: Após 03(três) faltas consecutivas nas reuniões ocorrerá substituição imediata na próxima reunião do Colegiado.
- Art. 27 Os Grupos de Trabalho poderão convidar pessoas ou representantes de órgãos públicos, empresas privadas, sindicatos ou entidades civis para comparecer às Reuniões e prestar esclarecimentos, desde que aprovado pelo Plenário.

CAPÍTULO IV - DISPOSIÇÕES GERAIS

- Art. 28 As prerrogativas e atribuições da Comissão Intergestores Regional (CIR) passam para responsabilidade e competência do CGR de Assis.
- Art. 29 Os casos omissos e as dúvidas surgidas na aplicação do presente Regimento Interno serão dirimidas pelo Plenário do CGR.
- Art. 30 o presente Regimento Interno entrará em vigor na data da sua publicação, retroagindo seus efeitos à 1º de outubro de 2007, só podendo ser modificado por quorum qualificado de 2/3 (dois terços) de seus Membros.
- Art. 31 Ficam revogadas as disposições em contrário.

ANEXO B – Portaria GM/MS Nº 2691, de 19 de outubro de 2007²

Regulamenta as condições para transferência de recursos financeiros federais referentes ao incentivo para apoiar as ações de regionalização no Sistema Único de Saúde.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe confere o inciso II, do parágrafo único, do art. 87, da Constituição Federal, e

Considerando que a regionalização é uma diretriz do Sistema Único de Saúde – SUS e um eixo estruturante do Pacto de Gestão, que deve orientar a descentralização das ações e dos serviços de saúde, e os processos de negociação e pactuação entre os gestores;

Considerando a competência comum dos três entes federados de contribuir para a constituição e o fortalecimento do processo de regionalização solidária e cooperativa, assumindo os compromissos pactuados;

Considerando que os recursos financeiros federais destinados à organização e ao funcionamento dos Colegiados de Gestão Regional - CGR compõem objetivo da ação do Componente de Qualificação da Gestão, dentro do Bloco de Financiamento de Gestão do SUS;

Considerando a responsabilidade dos gestores em promover e apoiar a regionalização, disponibilizando de forma cooperativa recursos humanos, tecnológicos e financeiros necessários, conforme pactuação estabelecida;

Considerando que a informação sobre a constituição de Colegiados de Gestão Regional, com reconhecimento pela Comissão Intergestores Bipartite e informação à Comissão Intergestores Tripartite é um dos critérios para o repasse dos recursos financeiros federais; e

Considerando a Portaria nº 204/GM, de 29 de janeiro de 2007, resolve:

Art. 1º Regulamentar as condições de transferência dos recursos financeiros federais para apoiar a organização e o funcionamento dos Colegiados de Gestão Regional - CGR.

Art. 2º A transferência dos recursos dar-se-á após a adesão ao Pacto pela Saúde, mediante homologação do Termo de Compromisso de Gestão Estadual ou dos Termos de Compromisso de Gestão dos Municípios componentes da Região de Saúde e respeitadas as seguintes condições:

I - O CGR deve enviar à Comissão Intergestores Bipartite Estadual - CIB cópia

2 Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.691, de 19 de outubro de 2007. Regulamenta as condições para transferência de recursos financeiros federais referentes ao incentivo para apoiar as ações de regionalização no Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 22 out. 2007.

da ata de sua constituição com as assinaturas de todos os Secretários Municipais de Saúde da Região de Saúde correspondente e do(s) representante(s) da Secretaria de Estado da Saúde no CGR, para reconhecimento.

II - A CIB deve enviar à Secretaria Técnica da Comissão Intergestores Tripartite o documento constante no Anexo a esta Portaria com informações do reconhecimento dos CGR.

Art. 3º O valor de R\$ 20.000,00 (vinte mil reais) por CGR será transferido em parcela única, anual, ao Fundo Estadual de Saúde e, no caso de região intramunicipal, ao Fundo Municipal de Saúde, devendo ser utilizado apenas em gastos de custeio.

Parágrafo único - As CIBs definirão as regras de aplicação dos recursos transferidos para os CGR.

Art. 4º A transferência de recursos deverá onerar a Funcional Programática 10.122.0016.8287 - Qualificação da Gestão Descentralizada do Sistema Único de Saúde.

Art. 5º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

JOSÉ GOMES TEMPORÃO

Anexo – Informações do Reconhecimento dos Colegiados de Gestão Regional pela Comissão Intergestores Bipartite Estadual à Comissão Intergestores Tripartite

Denominação do CGR	Desenho X (X = Intramunicipal ou Intraestadual ou interestadual ou fronteira)	*Relação dos Integrantes

* A palavra "Integrantes" deve ser substituída por:

1. Distritos ou similar, no caso de abrangência intramunicipal ou
2. Municípios. Neste caso relacionar nome dos:
 - a) Municípios; no caso de abrangência intraestadual;
 - b) Município (s) por Estado, no caso de abrangência interestadual e
 - c) Município(s) ou similar(es), por Estado ou similar, por país, no caso de abrangência fronteira.

Local e data _____

Assinatura da Representação da Secretaria Estadual de Saúde _____

Assinatura da Representação do COSEMS _____