



Comissão intergestores regional em Minas Gerais: fatores que influenciam o processo decisório

*Regional inter-managerial commissions in Minas Gerais:
factors that influence the decision making process*

Aline Cerqueira Cruz¹

Marília Alves²

Resumo

Com o objetivo de compreender os fatores que influenciam o processo decisório na Comissão Intergestores Bipartite Regional do Estado de Minas Gerais (CIR) foi realizado um estudo de caso qualitativo, com uma abordagem metodológica que possibilitou a imersão no contexto desta instância colegiada. Os sujeitos da pesquisa foram seis gestores municipais de saúde e três sujeitos representantes estaduais, membros da Comissão Intergestores, totalizando nove sujeitos. Os dados foram coletados por meio da observação das reuniões e entrevistas semiestruturadas que foram submetidas à análise de conteúdo. Os resultados mostram que as decisões são influenciadas por múltiplos aspectos tais como; conhecimento, informação, capacidade técnica, interesses particulares diversos, perfil, experiência prévia em gestão, fator político, realidade local, planejamento da gestão pública capacidade de articulação e de convencimento dos atores envolvidos, o que provoca distintos anseios em relação à participação efetiva dos membros nas decisões.

Palavras-chaves: Saúde Pública; Política de Saúde; Gestor de Saúde; Políticas, Planejamento e Administração em Saúde; Conselhos de Planejamento em Saúde.

Abstract

In order to understand the factors that influence the decision-making process in the Minas Gerais State Regional Bipartite Inter-Managers Commission (RIC), a qualitative case study was conducted with a methodological approach that allowed the immersion in the context of this collegiate body. The research subjects were six municipal health managers and three subject state representatives of the Inter-Managers Commission, totaling nine subjects. Data was collected through observation of the meetings and semi-structured interviews that were submitted to content analysis. The results show that decisions are influenced by multiple aspects such as; knowledge, information, technical capacity, diverse particular interests, profile, previous management experience, political factor, local reality, public management planning, capacity for articulation and convincing of the actors involved, which causes distinct longings regarding the effective participation of members in decisions.

Keywords: Public Health; Health Policy; Health Manager; Health Policy, Planning and Management; Health Planning Councils.

1 Mestre em Enfermagem pela UFMG na linha de pesquisa de planejamento e gestão dos serviços de saúde e enfermagem (2011). Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES/MG). Belo Horizonte, Minas Gerais - Brasil.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2716-1192>
alinecruzbr@yahoo.com.br

2 Doutora em enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Belo Horizonte, Minas Gerais – Brasil.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4695-0787>
marilix@enf.ufmg.br



1 Introdução

A Teoria das Decisões nasceu de Herbert Simon, que a utilizou para explicar o comportamento humano nas organizações (Simon, 1963). Simon (1970), em sua obra *O Comportamento Administrativo*, diz que a Teoria Comportamental concebe a organização como um sistema de decisões. Nesse sistema, cada pessoa participa racional e conscientemente, tomando decisões individuais a respeito de alternativas racionais de comportamento. Assim, a organização está permeada de decisões e de ações.

Uma das questões fundamentais, se não a mais importante em uma decisão, é o conflito interno dentro de cada decisor sobre o que se quer fazer e o que precisa ser feito (Silva, 2017). Conforme Kleba, Zampirom e Comerlato (2015), a distribuição de poder na tomada de decisões é estabelecida a partir de regras definidas por meio de debates e processos de negociação intensos entre os diversos atores.

No Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil, os espaços de negociação e tomada de decisão foram criados pelas Comissões Intergestores Bipartite (CIBs) (compostas por gestores estaduais e municipais) e Comissão Intergestores Tripartite (CIT) (composta pelo Ministério da Saúde, representantes dos gestores estaduais, Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e municipais Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), durante os anos de 1993 e 1994, a partir de determinação da Portaria do Ministério da Saúde de n.º 545 (Brasil, 1993). Especificamente, em Minas Gerais, as CIB-SUS/MG foram instituídas pela Resolução nº 637, de 25/06/1993 (Minas Gerais, 1993).

Conforme Leão e Dallari (2016), a proposta de concepção das CIBs e CITs foi articulada junto ao Conselho Nacional de Saúde (CNS) por gestores estaduais e municipais que buscavam maior autonomia e gerência do sistema. Resultado de uma questão demandada pelos gestores, que encontravam problemas em gerir um sistema federativo, para viabilizar a coordenação vertical e horizontal de forma descentralizada.

Em 24 de agosto de 2011, foi criada a Lei nº 12.466 (2011), que acrescenta ao Art. 1º do Capítulo III do Título II da Lei nº 8.080 (1990), os seguintes Arts. 14-A e 14-B: “Art. 14-A. As Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite

são reconhecidas como foros de negociação e pactuação entre gestores, quanto aos aspectos operacionais do SUS. Parágrafo único. A atuação das Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite terá por objetivo: I - decidir sobre os aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS, em conformidade com a definição da política consubstanciada em planos de saúde, aprovados pelos conselhos de saúde; II - definir diretrizes, de âmbito nacional, regional e intermunicipal, a respeito da organização das redes de ações e serviços de saúde, principalmente no tocante à sua governança institucional e à integração das ações e serviços dos entes federados; III - fixar diretrizes sobre as regiões de saúde, distrito sanitário, integração de territórios, referência e contrarreferência e demais aspectos vinculados à integração das ações e serviços de saúde entre os entes federados. Art. 14-B. O CONASS e o CONASEMS são reconhecidos como entidades representativas dos entes estaduais e municipais para tratar de matérias referentes à saúde e declarados de utilidade pública e de relevante função social, na forma do regulamento. § 1º O CONASS e o CONASEMS receberão recursos do orçamento geral da União por meio do Fundo Nacional de Saúde, para auxiliar no custeio de suas despesas institucionais, podendo ainda celebrar convênios com a União. § 2º Colegiado de Secretários Municipais de Saúde de Minas Gerais (COSEMS) são reconhecidos como entidades que representam os entes municipais, no âmbito estadual, para tratar de matérias referentes à saúde, desde que vinculados institucionalmente ao CONASEMS, na forma que dispuserem seus estatutos”.

A história da descentralização das Instâncias Colegiadas no SUS/MG iniciou da seguinte forma: as primeiras CIB Regionais (CIB-R) foram criadas em 1993 com base na divisão administrativa do SUS/MG, na época denominadas Diretorias Regionais de Saúde (DRS).

Gonçalves *et al.* (2006) descreveram que, em 1997, a fim de ampliar a negociação desenvolvida pelas CIB-R e de aprofundar o processo de descentralização decisória, se criam, sob a subordinação das CIB-R, as Comissões Intergestores Bipartites Microrregionais (CIB-M), constituídas segundo a organização dos Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS). Tal alteração não proporcionou, contudo, a extinção das CIBs Regionais. As CIB-M, baseadas nos Consórcios Intermunicipais



de Saúde, constituíam-se como estruturas paralelas às CIB-R, que foram extintas em 1999 por força da Resolução SES nº 050.

Em conformidade com o desenho assistencial do PDR/MG/2003, foram criadas as CIB Macro e Microrregionais pela Deliberação CIB-SUS/MG nº 095, (Minas Gerais, 2004). Mas, em Deliberação da CIB-SUS/MG nº 1.219, (Minas Gerais, 2012), após a data da pesquisa, estas comissões foram renomeadas de Comissão Intergestores Microrregional (CIB Micro), para Comissões Intergestores Regional (CIR), e Comissão Intergestores Macrorregional (CIB Macro), para a Comissão Intergestores Regional Ampliada (CIRA), sempre seguindo a atualização do PDR/MG (Minas Gerais, 2012).

A CIB é um foro de negociação e pactuação consensual entre gestores quanto aos aspectos operacionais e definição das regras de gestão compartilhada do SUS (Minas Gerais, 2016). A articulação estabelecida pela CIB-SUS/MG, para a estruturação das várias redes de atenção à saúde, constitui condição essencial para a regionalização e a hierarquização de suas ações e de seus serviços, a qualificação da gestão, além da garantia de acesso e melhoria da assistência à população do Estado.

A implantação das CIB Macro e Microrregionais, atualmente CIR e CIRA, foi um avanço do SUS/MG em direção à descentralização e regionalização, uma condição para se alcançar maior efetividade e equidade no SUS. Conforme o Instrumento Operativo das Comissões Intergestores de Minas Gerais (Minas Gerais, 2016), a CIR é uma instância colegiada de articulação, negociação e pactuação dos aspectos de gestão do SUS, no âmbito da Região de Saúde, com a finalidade de fortalecer a identidade sanitária regional por meio do debate de problemas comuns, com destaque na Atenção Primária, Vigilância em Saúde e Assistência Farmacêutica, da busca por soluções conjuntas, do compartilhamento de recursos, culminando na consolidação das ações e serviços de saúde ofertados à população.

As CIB Macro e Microrregionais (CIR e CIRA) compõem mecanismos importantes para a gestão compartilhada e descentralizada e os atores desse processo são cruciais para a condução das políticas de saúde. Desse modo, essas instâncias, como espaços de negociação e decisão, possibilitam a discussão de problemas comuns

e responsabilidades dos diferentes municípios de uma região, o que faz significativos os processos decisórios nelas efetivados.

Desse modo, este artigo justificou-se pelo propósito de contribuir para as discussões sobre a gestão colegiada no SUS e a melhor compreensão dos fatores que influenciam o processo decisório na instância de decisão do SUS CIB Micro (CIR).

2 Método

Este artigo é parte da pesquisa intitulada *Comissão Intergestores Bipartite Microrregional em Minas Gerais: Processo Decisório e Responsabilidades da Gestão Municipal em Saúde*, que consistiu em um estudo de caso qualitativo.

O cenário da pesquisa foi a Microrregião (Região) de Saúde Betim (MG), composta por treze municípios. A escolha justificou-se por ser campo de inserção e vivência da pesquisadora como coordenadora da Atenção Básica da Gerência Regional de Saúde de Belo Horizonte, na época, que abrange essa Região de Saúde, e por ser a região que apresenta os projetos de formação de redes de atenção à saúde e resolubilidade da assistência.

A escolha dos sujeitos desta pesquisa foi intencional, tendo como critério de inclusão os membros da CIR Betim, e contou com nove entrevistados, sendo seis representantes municipais e três representantes estaduais, utilizando o critério de saturação, sendo entrevistados gestores municipais de saúde e representantes estaduais membros da CIR Betim.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas com roteiro semiestruturado e observação com participação nas reuniões colegiadas. As entrevistas foram realizadas individualmente, mediante agendamento prévio com os informantes, de acordo com sua disponibilidade, e foram gravadas após a autorização e, em seguida, transcritas integralmente; foram numeradas sequencialmente, de acordo com a data de sua realização, e identificadas nos resultados da seguinte forma: Entrevistado Representante Municipal (ERM) e Entrevistado Representante Estadual (ERE).

Além disso, foi realizada a observação das reuniões da CIR Betim. As reuniões foram gravadas e





transcritas com a autorização dos participantes. Foram, ainda, identificadas pela data da reunião, além de realizada a descrição em diário de campo durante as observações das reuniões. As observações foram utilizadas como fonte de informações para o processo de análise e interpretação dos resultados. Os dados coletados foram submetidos à Análise de Conteúdo de Bardin e optou-se pela Análise Temática.

Avaliou-se o estudo, atendendo às diretrizes da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre os aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (COEP/UFMG). No momento das entrevistas e das observações das reuniões, os sujeitos foram informados sobre os objetivos do estudo; foram-lhes garantidos o anonimato e a utilização das informações coletadas somente para fins desta pesquisa e solicitada, aos que concordaram em participar, a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Os dados coletados foram submetidos à Análise de Conteúdo que Bardin. Dentre as modalidades de análise de conteúdo, optou-se pela Análise Temática que, segundo Bardin (2009), é organizada em três polos cronológicos. O primeiro é a pré-análise; fase de organização dos dados, em que se fazem leituras sistematizadas dos relatos das entrevistas, e se determinam as unidades de análise; o segundo é a exploração do material; que consiste na ordenação dessas unidades nos temas, com vistas a alcançar o núcleo de compreensão do texto; a terceira e última fase, é o momento de interpretação; quando se fazem as relações com o referencial teórico (Bardin, 2009; Minayo, 2006).

3 Apresentação dos resultados

Quanto ao perfil dos gestores e representantes estaduais da CIR entrevistados, seis são do sexo feminino e três, do masculino e a idade variou entre 26 e 60 anos. Em relação às categorias profissionais, há psicólogo, médico, enfermeiro, administrador, farmacêutico, fonoaudiólogo e uma estudante de graduação em Fisioterapia. Os entrevistados têm entre nove meses a três anos e nove meses no cargo.

Na CIR, assim como em todos os espaços de decisão, existem fatores que influenciam o Processo Decisório. Nesta pesquisa, pode-se identificar que os atores presentes, suas características pessoais, as relações de poder, os conflitos, acordos, interesses e aspirações ou fatores técnicos, políticos ou de planejamento foram alguns destes fatores.

Pelos relatos dos sujeitos, verifica-se que muitos gestores municipais não apresentam experiência de gestão e que, de certa forma, acompanham os pareceres dos gestores considerados experientes.

Os mais simples e os que estão começando, depois que acaba a reunião, eles te procuram. Às vezes, ficam calados, mas vão pela definição de todo mundo; o grupo vai, eles vão, porque sabem que existe um interesse, eles confiam. (ERM2)

Segundo relatos dos entrevistados, alguns gestores não compreendem nem mesmo o significado da instância CIR e seu papel dentro dela, pois estão despreparados ou pouco preparados para realizar a tomada de decisão por falta de conhecimento, experiência e informação.

Há um despreparo, houve mudanças de secretários, então, tem a presença de secretários novos. [...] então, eu já ouvi isso de alguns colegas, que eles vão pra CIB para cumprir a necessidade do Estado e é totalmente diferente. (ERM3)

A CIR é considerada, em seu Regimento Interno, uma instância eminentemente técnica. Esse fator, o técnico, foi considerado conforme as falas dos entrevistados como de ampla influência no processo decisório, não se escapando da importância do fator político, pois, em uma instância colegiada, que discute políticas públicas de saúde, os fatores técnico e político perpassam todo o processo decisório.

Então, a gente nota que os fatores que norteiam todas as decisões, eles perpassam desde marcos técnicos até os marcos políticos e é realmente uma mudança desses



trilhos. Porque, dentro do técnico, eu estou abrangendo tudo, os marcos, as portarias, os atos normativos, e o político é a direção que a gestão dá, que ela se propõe. **(ERM3)**

Então, o fator técnico é primordial, mas o fator político também é importante [...] o principal fator é que nós temos a discussão técnica. **(ERE1)**

Quando a decisão na CIR ocorre por fundamento técnico, não ocorre alteração, mas, quando é apenas político, existe maior probabilidade de ser alterada entre uma reunião e outra. Foi relatado, também, que, atualmente, a conduta na CIR é mais técnica. Nota-se um desenvolvimento nas discussões dessa instância, pois, do ponto de vista histórico-cultural, as decisões da gestão pública apresentam um forte componente político, que vem desde a política partidária ampla até as políticas locais.

[...] hoje, nós, gestores, temos uma conduta mais técnica, não tem muito mais aquilo do político, a conduta é mais técnica. Quando você toma uma decisão com critério mais técnico, a população ganha muito, sai muito beneficiada, a Micro, a Macrorregião, então, isso cresce em nível de Estado. **(ERM6)**

Tecnicamente, é difícil você mudar porque, tecnicamente, a decisão vai seguir a técnica, mas politicamente muda. **(ERE1)**

Alguns gestores criam estratégias para que haja melhoria da informação do município e não ocorram prejuízos em sua decisão, levando técnicos da área para darem suporte à discussão do assunto do ponto de pauta da reunião de CIR.

[...] eu não me sinto preparada em alguns espaços. Por exemplo, para defender meu município na urgência e emergência, tem toda uma coisa complexa em volta, então, eu levo a funcionária da regulação, junto da funcionária da urgência e emergência e é definido em trio. **(ERM5)**

Normalmente, os secretários municipais levam os técnicos para discutir. Quando nós temos alguns programas, algumas atitudes que interessam ao SUS, no âmbito estadual ou mesmo no âmbito da população, nós levamos o técnico estadual para abrir a discussão, provocando a discussão. Esse é um fator decisivo dentro da decisão porque toda decisão tem que ser embasada em conhecimento técnico, mesmo que a decisão seja política. **(ERE1)**

Os decisores, ao optarem por uma alternativa, tendem a considerar aquela opção que melhor se ajuste aos resultados possíveis, tendo como referência fatores intervenientes como: informação, características estruturantes, seu conhecimento técnico e experiências anteriores. Em relação a esses aspectos, a formação dos gestores municipais de saúde foi outro fator recorrente nas falas dos entrevistados, os quais relataram que existem muitos gestores que não apresentam formação na área de saúde ou mesmo de nível superior.

[...] a formação é importante: se você for avaliar a formação dos gestores da Microrregião, somente uns três ou quatro devem ter nível superior, é um nível de formação muito pequeno. **(ERM3)**

Foi possível perceber que o perfil do membro da CIR interfere diretamente na decisão. Pelos relatos dos entrevistados, existem diferentes perfis de gestores municipais de saúde, os que buscam o conhecimento e a atualização dos assuntos tratados na CIR e gestores que sequer vão às reuniões.

[...] eu mesmo acompanho sempre, todas as deliberações que são publicadas, eu acompanho. **(ERM3)**

Sinceramente, eu acho que tem município que tem gestor que cai lá ou seus representantes nem sabendo por onde que passa a CIB, vai lá mais porque é obrigação. **(ERM5)**





Eu acho que eles ficam à margem, não estão incluídos em todos os processos decisórios. Tanto do perfil das pessoas, pois algumas não fazem questão de participar, tanto pelas vezes pelo perfil do município. **(ERE3)**

Outro aspecto que deve ser ponderado é que os prefeitos nomeiam os gestores municipais de saúde sem considerar os aspectos técnicos e que devem tomar decisões técnicas. Esses gestores necessitam de capacitação sobre políticas de saúde para que as decisões da CIR sejam melhor qualificadas e realizadas por todos os membros.

Isso não quer dizer que os processos sejam os processos que o SUS necessita, uma vez que os prefeitos escolhem secretários municipais de Saúde, que a maioria não é técnico de saúde ou não entendem nada de saúde ou não tem a menor compreensão do que o sistema necessita, do que a população necessita. **(ERE1)**

Mudou a gestão, eu acho que o gestor tinha que ter um treinamento para receber. **(ERM1)**

Na CIR estudada, pontuou-se que nem todos os membros participam do processo decisório, ficando à margem das decisões e da formulação e implementação das mesmas.

Em algumas decisões, a maioria dos gestores fica muito à margem; alguns gestores, alguns municípios têm mais poder, têm uma participação mais eficiente. **(ERE3)**

A relação de poder relacionada ao governo estadual, que aqui significa a SES/MG nível – central e regional – é de poder/controle. A abordagem das políticas públicas de saúde, a partir das regras do jogo de poder e seus efeitos na conduta dos atores, fica evidenciada quando se verifica que a SES/MG é responsável pela alteração dessas regras e, muitas vezes, já encaminha à CIR a decisão e a definição de determinada política de saúde. Isso influencia a capacidade de intervenção da CIR, posto que limita as

escolhas dos atores a ponto de definir, de forma muito particular, a política de saúde no Estado para aquela microrregião. Ou seja, o Estado desenha a política pública de saúde e cria “estratégias” verticalizadas para que os municípios implantem tal política.

Outro aspecto que chama a atenção, do ponto de vista do poder formal, é o fato de o segmento estadual ter o mesmo peso dos membros municipais, independentemente do número de representantes. O ente estadual, mesmo estando em minoria, tem o mesmo peso de todos os municípios presentes. Além disso, a própria conformação da reunião também expressa relação de poder, pois as reuniões de CIR sempre são coordenadas por um membro estadual. O entrevistado retoma, também, as características pessoais, a habilidade do discurso, a representação do Estado como formas de gerar timidez e inibição dos representantes do município.

Eu vejo na CIB Micro uma questão que eu não concordo, do ente estadual ser sempre o presidente da CIB Micro; é um processo invasor do ponto de vista democrático, da Constituição. O Estatuto da CIB já prevê isso. Acredito que os entes têm a mesma força do ponto de vista da discussão, da decisão; eu acredito que esse é um ponto invasor e que inibe muito o papel do município enquanto ente decisório. O secretário diz que tem uma qualidade, uma habilidade técnica maior de discussão de compreensão de política pública, ele consegue resgatar ali o que lhe convém. Mas os outros, eu posso afirmar, até pela inibição, pela timidez de fala, a gente nota que não têm tanta propriedade e capacidade de resposta em discussão, acaba sendo emanado por uma força maior que é a de presidência, de condução da reunião. **(ERM3)**

O governo estadual também detém poder, por ser o financiador das políticas de saúde a serem implantadas e implementadas, e os municípios ficam dependentes do recurso financeiro. Desse modo, o financiamento é uma forma de poder do Estado, por meio do qual exerce pressão,



e define as estratégias a serem utilizadas, influenciando diretamente o processo decisório da CIR.

Olha, nesses processos decisórios, o Estado pesa muito. Pode ter Micro com 13 municípios, mas o Estado é um participante também. Ele tem um fator, uma influência ou um peso maior na decisão. Por ser o financiador, o formador da política do Estado ou mesmo do Governo Federal. Então, o peso não é igual. **(ERE2)**

Mas nós temos que conseguir na persuasão, sem interferir na administração municipal, forçar para que as decisões aconteçam. Isso requer estratégia, técnica, artifícios que você tem que fazer. Um deles é dar dinheiro, é financiar as ações que o município não consegue executar; o Estado vai lá e financia para que a coisa aconteça. **(ERE1)**

Por outro lado, conforme relatos dos sujeitos, os municípios também são detentores de poder na instância CIR. Há uma articulação dos municípios pequenos, que se unem para se posicionar em relação ao município-polo da Microrregião, o qual possui maior capacidade instalada. Percebe-se aí dupla polarização do poder e das estratégias utilizadas; de um lado, o poder do polo da Micro, que possui os serviços ofertados, maior capacidade instalada e que se considera com maior nível de responsabilidade, às vezes, posicionando-se na “defensiva”; de outro, o poder do conjunto dos municípios pequenos da Microrregião, que adotam a estratégia de se unificar e se tornar aliados em determinado momento, estratégia peculiar e sem neutralidade.

A Microrregião, com todos os seus municípios, também se une em prol do objetivo da Micro e, se necessário, aciona o COSEMS/MG para ganhar mais poder na discussão com o ente estadual na redefinição de algumas ações e políticas de saúde da Microrregião, principalmente quando diz respeito ao financiamento das mesmas. Os membros da CIR apresentam o mesmo interesse de melhoria da Microrregião, mas, ao mesmo tempo, apresentam interesses particulares e de sua realidade local,

caracterizando uma dualidade de interesses e de poder na instância colegiada.

Nesse contexto, o poder na CIR é circular: ora um detém um poder, ora outro. O Estado adota estratégias de acordo com seus interesses para “pressionar” os municípios e vice-versa, e todas essas “formas” de poder interferem diretamente no processo decisório. Devem-se considerar o contexto histórico e a cultura político-partidária. Na Microrregião em análise, percebem-se interferências político-partidárias no processo decisório e de implementação de determinadas políticas de saúde direcionadas pelo ente estadual.

Então, o fator técnico é primordial, mas o fator político também é importante. Por exemplo, como o Estado hoje é dirigido pelo PSDB, toda a decisão na CIB Microrregional de Betim, aonde a administração é petista, tudo que o Estado leva para discutir eles são contra, a princípio. Até que a necessidade da população fale mais alto, aí eles são obrigados a aceitar porque estão diante de uma necessidade da população. Aí, a questão política sabe, e essa necessidade da população se demonstra através da técnica. **(ERE1)**

Em relação à cultura político-partidária, também se verificou, pelas falas dos sujeitos, que as discussões na CIR, quando em ano de eleição, são diferentes das discussões dos outros anos.

Há, também, as diferenças locais, pois cada município tem uma realidade diferente e a necessidade de um nem sempre é a necessidade do outro. Nem sempre, o município apresenta recursos para implantar determinada política, para cumprir determinados prazos. Há municípios muito pequenos para uma decisão mais qualificada dentro da CIR.

Na instância CIR, existem relações condicionadas a uma série de variáveis – econômicas, políticas, culturais e históricas – próprias dos municípios da Microrregião que ajudam a moldá-las e que particularizam, dessa forma, cada CIR que tem seus aspectos generalizáveis e individuais. Conforme relato dos entrevistados, percebem-se





diferenças entre uma CIR e outra, e isso interfere na tomada de decisão final.

Eu acho que, na Micro, nossas coisas são discutidas e acordadas. Então, agora, tenho participado também das reuniões da Região da Macro Centro aqui, que tem Regional de Sete Lagoas, de Itabira e, às vezes, eu percebo que, nessas outras regiões, as coisas não são tão discutidas e são do conhecimento de todo mundo, como de todos os gestores, como acontece na Micro de Betim. A impressão que eu tenho é que, na Micro de Betim, os gestores estão mais por dentro das coisas, eles discutem entre eles, principalmente na hora das pactuações. Eu tenho essa percepção que, na Micro de Betim, a coisa tá mais clara, mais transparente. **(ERM6)**

Eu já participei de outras Microrregiões. Outras regiões, por exemplo, as pessoas se dividem muito. Por exemplo, na época que eu trabalhei na Micro de Belo Horizonte, a decisão já vem tomada. Não precisa de ir pra reunião de CIB Micro não. Então, é uma das CIBs que você vê que tem menos movimentação. Menos participação, né, nas CIBs que você vê. Lá no norte de Minas, pega fogo. Aqui, a gente pauta pouco e isso é muito triste, né? **(ERM2)**

4 Discussão dos resultados

A CIB trabalha como uma instância parcial de decisão submetida a uma concepção democrática e institucionalizada de pretensão em que o princípio do discurso do direito pode tornar-se visível por meio de artifícios discursivo-democráticos imprescindíveis à tomada racional de decisões, sem arrastar de vista o controle exercido pela esfera pública. Como ocorreria em outros ambientes deliberativos, como o próprio Poder Legislativo, em que não há participação direta e contínua da sociedade civil.

Dessa maneira, a CIR, operando no interior de uma democracia, acaba por possuir características próprias, ou

seja, cada CIR apresenta uma “performance” diferente na tomada de decisão, revelando sua particularidade, o contexto histórico e cultural do grupo e a complexidade da gestão pública.

Tanaka e Tamaki (2012) afirmaram que a tomada de decisão é o momento em que o gestor recebe os resultados da avaliação e decide sobre as ações a serem empreendidas para solucionar o problema que lhe deu origem. Esse momento também é revestido de subjetividade, pois o gestor tem que contextualizar os resultados da avaliação dentro dos vários cenários e fatores que lhe são próprios: questões estratégicas, políticas, econômicas, circunstanciais (oportunidades), enfim, os diversos fatores que afetam a gestão de um serviço, e formar uma convicção que lhe permitirá tomar a decisão.

Na CIR estudada, verificaram-se os seguintes fatores: a) atores - perfil, participação, experiência, técnica, conhecimento e informação; b) relações de poder, acordos, articulações, estratégias e interesses e c) gestão pública de organização, planejamento, realidade local e o fator político (partidário, pessoal e de política pública).

Santos e Giovanella (2014) relataram que, em um estudo feito por secretários de Saúde em 20 cidades paulistas, se constatou baixa capacidade para formular, implementar e avaliar políticas municipais de saúde atrelada, igualmente, ao predomínio de gestores sem formação, sem experiência na gestão pública ou mesmo sem entendimento do que é o SUS.

Para Simon (1976), o processo de decisão é composto de três etapas: o conhecimento das possíveis estratégias que poderão ser adotadas, as consequências de cada estratégia a ser escolhida e a escolha de uma alternativa frente às várias disponíveis a partir das informações e valores pessoais e organizacionais.

Dessa maneira, a experiência prévia e o conhecimento são interventores no processo decisório e o ator experiente e detentor de maior conhecimento apresenta-se como detentor de maior poder de decisão naquele momento.

Valentim (2010) comentou que a informação é elemento essencial dos ambientes organizacionais, uma vez que toda ação se deriva de uma informação que, por sua vez, dá origem à nova informação. Angeloni (2003) e Torres e Simões (2009) afirmaram que, no processo de tomada de decisão, se torna necessário ter dados,



informações e conhecimentos disponíveis, contudo não é raro que esses se encontrem dispersos, fragmentados e armazenados na cabeça dos indivíduos e sofram intervenções de seus modelos mentais. Não somente informação e conhecimento são fatores intervenientes no processo decisório, como também um conjunto de outros fatores pertinentes ao decisor, bem como suas condições emocionais no momento da decisão. Nesse sentido, toda escolha é influenciada pelas características estruturais do decisor, o conhecimento e a situação existencial deste.

O tomador de decisão, segundo Moreno (2009, p. 105), deve ser capaz de refinar a informação. Entretanto, a imensa quantidade de informações produzidas diariamente no mundo traz, por um lado, grandes benefícios, mas, por outro, traz grandes responsabilidades aos decisores. É preciso saber muito bem como monitorar, organizar, processar e trabalhar com a massa informacional e ainda ter a preocupação constante com sua segurança, privacidade, confiabilidade e precisão. Sabe-se que o processo de tomada de decisão está diretamente relacionado com o tempo e a capacidade do ser humano e das tecnologias de processar informações em tempo hábil.

Noronha, Lima e Machado (2004), em geral, apontaram que os gestores no SUS atuam em dois âmbitos bastante imbricados: o político e o técnico. O âmbito político expressa-se no relacionamento constante dos gestores do SUS com outros atores sociais, nos diferentes espaços de negociação e decisão existentes. O próprio desempenho das funções no Poder Executivo, em um sistema político republicano e democrático como o Brasil, e os objetivos a serem perseguidos na área da saúde exigem interação do gestor com os demais órgãos de representação do governo e da sociedade civil organizada. No âmbito técnico, a atuação do gestor do SUS, permanentemente permeada por variáveis políticas, consubstancia-se por meio do exercício das funções gestoras na saúde. Tais funções podem ser definidas como o conjunto articulado de saberes e práticas de gestão necessários para a implementação de políticas de saúde exercidas de forma coerente com os princípios do sistema público de saúde e da gestão pública.

Do ponto de vista de causa e efeito, embora a informação seja elemento-chave, sua interpretação persiste condicionada aos conceitos e valores do decisor e ao

contexto do ambiente e dos valores da organização, seja ela pública ou privada.

Durante as reuniões da CIR, observou-se que, no momento de explicação do ponto de pauta, há um repasse de informações. Caso o representante presente à reunião não possua informações além das explicitadas, ele apresenta um volume limitado de racionalidade e tem que decidir com a informação fornecida no momento. O volume limitado de racionalidade acessível na tomada de decisão é uma restrição ao processo, assim como as características estruturantes dos decisores podem ser uma restrição ou um condicionante da decisão. As decisões são tomadas com base em uma racionalidade limitada, mais precisamente, no limite do saber ou limite de análise, basicamente porque o sistema é incapaz de fornecer informações suficientes e porque os decisores tendem a ter dificuldades em lidar com informações insuficientes que se encontrem disponíveis.

Moreno (2009, p. 111) avaliou que a relevância da informação é inquestionável para o processo de tomada de decisão no contexto organizacional e, para dispor de informações relevantes, o tomador de decisão necessita de uma busca adequada de informação em uma visão acertada.

Neste estudo, pôde-se observar que o modo como o técnico da Superintendência Regional de Saúde explica o ponto de pauta na CIR referente a determinado assunto técnico esclarece e realiza o repasse da informação necessária como subsídio para a decisão e também interfere no processo decisório. Por isso, é importante considerar que o tomador de decisão precisa estar atento a toda informação que lhe chega para que não delibere firmado em emoção, em pressão ou em dados equivocados que levem a erro.

Lousada e Valetim (2011) ponderaram que as informações são fatores inerentes ao processo decisório e tomar decisões requer informações internas e externas selecionadas, tratadas, organizadas e acessíveis de forma que propiciem a redução das incertezas. Kleba e Wendhansem (2009) reforçaram que as informações são essenciais para fortalecer os atores em seu processo decisório, mas também para aumentar a efetividade organizacional, ampliando a capacidade de espaços coletivos organizados - como é o caso dos conselhos gestores - envolverem-se em interesses sociais e influenciarem políticas.





Tarapanoff (2006) fez a ligação entre informação, conhecimento e inteligência organizacional. Para ela, os três aspectos estão presentes nos processos de gestão que, por sua vez, alimentam a tomada de decisão nas organizações.

Nesse sentido, para Moresi (2001a), as informações podem ser agrupadas em quatro classes, o que denominou de *hierarquia de informações*. Tal divisão deve ser entendida em razão da importância da informação na tomada de decisões, cabendo, então, essa diferenciação. São as seguintes essas classes: dados, informação, conhecimento e inteligência.

Dados consistem em informações brutas, não tratadas, analisadas ou interpretadas. Para o autor, essa classe é a mais baixa de informação e pode ser entendida como a matéria-prima que nutre o processo de informações, sendo representada por gráficos, textos e outros meios. A segunda classe, apontada pelo autor, consiste na informação em si, que já recebe algum tipo de tratamento, sendo de fácil compreensão, tanto para quem a analisa quanto para quem a usa.

Moresi (2001b) salientou que, após os dados serem convertidos em informações, deve ser providenciada uma espécie de refino dessas informações, chamado pelo autor de elaboração, de maneira que as informações possam ser utilizadas para explicar melhor um problema, traçar alternativas de ação e avaliar possíveis consequências, dentre outros fatores.

A próxima classe de informações é o conhecimento, obtido pela avaliação de sua relevância e isso é alcançado por meio da interpretação e assimilação dos dados e informações coletadas, que irão dar início ao estabelecimento de cenários situacionais para análise e resolução, de uma forma mais segura, dos problemas organizacionais.

A quarta característica apontada por Moresi (2001a), a inteligência, sintetiza a reunião de conhecimentos, agrupando, também, a intuição dos decisores na avaliação completa das possibilidades de decisão, trazendo, como vantagem, a obtenção de oportunidades em experiência decisória, que pode ser traduzida em vantagens ambientais, servindo de alicerce ao processo de tomada de decisões.

Ceccim e Feuerwerker (2004) afirmaram que a atualização técnico-científica é apenas um dos aspectos da qualificação das práticas e não seu foco central. A

formação engloba aspectos de produção de subjetividade, produção de habilidades técnicas e de pensamento e o adequado conhecimento do SUS. A formação para a área da saúde deveria ter como objetivos a transformação das práticas profissionais e da organização do trabalho e estruturar-se a partir da problematização do processo de trabalho e sua capacidade de dar acolhimento e cuidado às várias dimensões e necessidades de saúde das pessoas, dos coletivos e das populações.

Se por maior conhecimento, experiência prévia e perfil alguns gestores municipais decidem por outros, questiona-se qual seria a unidade ótima da participação real de todos os membros representantes municipais na CIR. Pôde-se observar que um conjunto de habilidades e competências também interfere na tomada de decisão na CIR, entre elas, a liderança, capacidade para enfrentar desafios, poder de articulação e negociação, diálogo, capacidade de decisão, iniciativa, responsabilidade, formação profissional e experiência, planejamento e estabilidade emocional. Assim, torna-se essencial que o gestor se adeque e procure desenvolver habilidades, estratégias e atitudes que o tornem mais competente para desempenhar seu papel.

A alta rotatividade dos gestores municipais de saúde, principalmente quando ocorre mudança da gestão municipal, é outro fator que interfere na decisão. A presença de gestores novos, que nem sempre detêm as características necessárias para participar da tomada de decisão mais qualificada, faz com que haja um “reprocesso de construção eterna das decisões”, ou seja, uma repetição ou voltas frequentes de decisões já tomadas. Tem-se que repassar as mesmas informações técnicas a pessoas diferentes para que estas possam participar do processo decisório e compreender a importância da política de saúde que se encontra em discussão. Conforme reforçado por Santos e Giovanella (2014), na CIR, a ausência de grupos técnicos de caráter permanente, a carência de instrumento regional de planejamento e investimento e a rotatividade dos secretários de Saúde, notadamente a cada pleito municipal, comprometem o acúmulo de conhecimento e o aprendizado institucional.

Dessa maneira, há uma descontinuidade da tomada de decisões e da implementação das mesmas. O pequeno tempo de atuação do gestor e a oscilação política comprometem projetos de governo e a governabilidade, podem



influenciar a gestão da Microrregião e dos municípios e, conseqüentemente, os programas de saúde em nível local.

Diante desse contexto, na CIR, quem detém o conhecimento, a informação, a experiência prévia, as habilidades e as competências gerenciais, em determinado momento, detém o *poder*, ou seja, assume uma posição diferenciada e torna-se sujeito que transmite seus valores imbuídos de autoridade.

Bordin (2014), em seu artigo sobre o conhecimento e poder, enfatizou que Foucault afirmou que não há uma dissociação entre o poder e o conhecimento, ou seja, o conhecimento é oriundo de uma luta de poder. Percebe-se, nos estudos foucaultianos, que é possível relacionar o discurso de cada grupo como um mecanismo de gerar poder e, assim, garantir sua legitimidade. Ou, ainda, assim, garantir o seu espaço.

Velloso, Ceci, & Alves (2010) afirmaram que o conhecimento muda de acordo com as condições históricas ligadas a relações de força e de poder. Ao estabelecer a historicidade do conhecimento, considera-se que seja nula a possibilidade de neutralidade em sua produção, uma vez que a historicidade desvela a relação entre sistemas para a produção do conhecimento e, nesse sentido, os sistemas para o desenvolvimento de poder e de força. Ou seja, o conhecimento não é meramente descoberto, não está alheio às relações de poder. Destaca-se, aqui o poder relacionado ao conhecimento do membro participante da CIR.

Reafirma-se o poder relacionado ao discurso e às habilidades e competências gerenciais - capacidade de articulação, convencimento, negociação e de criação de estratégias do membro participante da CIR. Conforme Costa, Barros e Martins (2008), a identificação do caráter utilitário do discurso e a aceitação de que o discurso possui, dentro de si, uma rede simbólica de relações de dominação ideológica e de poder para estruturar práticas sociais podem ser interpretadas como uma realização do poder, sendo reconhecidas implicações sociais e políticas dessa atuação. Cabe ressaltar que o líder, percebido como o membro que orienta, que detém o conhecimento e que elabora os limites de autonomia e atuação do grupo, se sobressai e influencia o processo decisório na CIR.

Fairclough (2001) afirmou que nenhuma linguagem é neutra e que determinados usos da linguagem e de outras formas simbólicas são ideológicos, ou seja, estabe-

lecem e mantêm, em circunstâncias específicas, relações de poder e dominação, e tentativas de definir a direção da mudança cada vez mais incluem tentativas de mudar as práticas de linguagem. Toda palavra traz consigo certo número de conotações obscuras, passíveis de investigações que revelem intenções ocultas, pressuposições veladas e ambigüidades implícitas. Assim, o discurso na CIR torna-se fundamental para o convencimento e a negociação com os outros membros. Dessa maneira, as habilidades e competências gerenciais estão ligadas ao discurso e interferem diretamente na tomada de decisão.

Para Wendhausen e Cardoso (2007), “o processo decisório é composto de uma cadeia de decisões tomadas por representantes em diferentes arenas políticas”, as quais podem ser soluções para um grupo e representar problemas para outro, uma vez que são o “resultado de um complexo de decisões tomadas com base em análises técnicas e escolhas racionais individuais e considerações subjetivas”.

Desse modo, considerando-se sua dimensão política, a tomada de decisão é influenciada por objetivos particulares, seja de pessoas ou de grupos, “com interesses divergentes, que se associam em torno de uma oportunidade” (Bin & Castor, 2007). Nessa lógica, o processo decisório pode induzir a troca de decisões racionais por barganhas, pressões e relações de poder e de interesses pessoais.

Além da política partidária, o próprio processo político da regionalização envolve mudanças na distribuição de poder e o estabelecimento de um sistema de inter-relações entre diferentes atores sociais no espaço geográfico. Inclui, ainda, a criação de novos instrumentos de planejamento, integração, gestão, regulação e financiamento de uma rede de ações e serviços de saúde no território (Viana, Lima, & Ferreira, 2010). Aspectos relacionados à gestão pública (de recursos físicos, financeiros e humanos) dos municípios e de organização da CIR também intervêm no processo decisório, tanto nas diferenças das realidades locais quanto nos prazos da CIR para a tomada de decisão.

A CIR é uma instância na qual as relações de poder aparecem em suas diversas dimensões: do conhecimento, do discurso, das habilidades e competências, das atitudes. Contudo, nesse órgão colegiado, existem outras dimensões de poder, considerando que cada membro representa o Estado e detém o poder, legitimado pela legislação





em vigor, de decidir as políticas públicas de saúde dos municípios e, conseqüentemente, da Microrregião. A CIR não é um órgão colegiado em que todos podem participar e decidir por livre vontade ou eleitos por seus pares ou usuários; apenas podem decidir, na CIB, os gestores municipais de saúde e representantes suplentes nomeados pelos gestores e membros representantes estaduais das Gerências Regionais de Saúde indicados pelo secretário de Estado de Saúde. Desse modo, o simples fato de ser membro da CIR constitui uma forma de poder.

Legalmente, as CIR são instâncias que apresentam certo poder de decisão e é uma estratégia no SUS/MG para qualificar a organização regional sob a responsabilidade coordenadora do Governo Estadual, a Secretaria de Estado de Saúde. Assim, existe o poder do ente estadual em seu caráter institucional. Na verdade, esse poder do Governo Estadual foi retomado com a NOAS 2001/2002, que destaca a diretriz da regionalização, saindo de um contexto de municipalização para o fortalecimento de uma perspectiva regional e intermunicipal de saúde (Brasil, 2001; Brasil, 2002).

As Secretarias Estaduais de Saúde, para Barreto e Silva (2004), adquiriram papel central no estabelecimento de novos pactos intermunicipais e na distribuição dos recursos financeiros. A antiga formulação de transferências era baseada em valores *per capita* e por produção. Agora, serão considerados também os municípios-polo de atendimento regional e que oferecem equipamentos para a realização de procedimentos de alto custo ou complexidade. Caberá, aos Estados, de acordo com a Programação Pactuada e Integrada (PPI), e dentro do limite financeiro estadual, prever a parcela dos recursos a serem gastos nos municípios em cada área de alta complexidade, destacando a quantidade a ser utilizada com a população do próprio município e aquela a ser gasta com a população de referência. Fica evidenciada a retomada do poder do ente estadual como poder instituído, de regulação, acompanhamento e como financiador de recursos financeiros de diversas políticas e serviços de saúde; também se demonstra o poder do município-polo de Microrregião em relação à sua capacidade instalada.

Esse espaço de ação de sujeitos sociais representa uma parcela importante dos interesses dos cidadãos, incentiva a capacidade de mobilização e organização dos atores e contribui para a democratização do *policy-*

making setorial. A CIR, por sua parte, possui uma representação corporativa dos secretários municipais de Saúde, caracterizando-se como um grupo institucional-tecnocrático que tem por objetivo viabilizar e agilizar o processo normativo do SUS.

Desse modo, quanto melhor forem trabalhados os fatores que influenciam o processo decisório, mais qualificadas serão as decisões, pois são focos de atenção especial para os processos de gestão da mudança como pontos estratégicos para a operação de dispositivos que podem disparar processos de produção de saúde e melhor direcionalidade das políticas de saúde na região.

Referências

- Angeloni, M. T. (2003). Elementos intervenientes na tomada de decisão. *Ciência da Informação*, 32(1),17-22.
- Bardin, L. (2009). *Análise de conteúdo*. (4a ed). São Paulo: Martins Fontes.
- Barreto, I. F. J. & Silva, Z. P. (2004). Reforma do Sistema de Saúde e as novas atribuições do gestor municipal. *São Paulo em Perspectiva*,18(3),47-56.
- Bin, D., & Castor, B. V. J. (2007). Racionalidade e política no processo decisório: estudo sobre orçamento em uma organização estatal. *Revista Administração Contemporânea*,11(3),35-56.
- Bordin, M. T. (2014). O saber e o poder: a contribuição de Michel Foucault. *Saberes*, 1(10), 225-235.
- Brasil (2001). *Portaria GM nº 95 de 26 de janeiro de 2001*. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2001. Brasília: 2001. Recuperado em 18 março, 2019, de http://bvsmms.saude.gov.br/bvsmms/saudelegis/gm/2001/prt0095_26_01_2001.html
- Brasil. (1993). *Portaria GM nº 545 de 20 de maio de 1993*. Estabeleceu normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde aprovando a Norma Operacional Básica do SUS 01/93. Brasília. 1993. Recuperado em 23 março, 2019, de http://bvsmms.saude.gov.br/bvsmms/saudelegis/gm/1993/prt0545_20_05_1993.html
- Brasil. (2002). *Portaria GM nº 373 de 27 de fevereiro de 2002*. Norma Operacional da Assistência a Saúde / SUS - NOAS 01/2002. Brasília: 2002a. Recuperado em 14 março, 2019, de https://bvsmms.saude.gov.br/bvsmms/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html



- Ceccim, R. B., & Feuerwerker, L. C. M. (2004). O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção. *Physis: Revista Saúde de Coletiva*, 14(1),41-65.
- Costa, A. M., Barros, D. F., & Martins, P. E. (2008). Linguagem, relações de poder e o mundo do trabalho: a construção discursiva do conceito de empreendedorismo. *Revista de Administração Pública*, 42(5),995-1018.
- Fairclough, N. (2001). *Discurso e mudança social*. Brasília: UNB.
- Gonçalves, C. A., Malachias, I., Assis, L. M., Silva, M. F. M., Porto, M. A. C. M., Costa, M. G. M., & Souza, R. C. O. (2006). *Desafios da gestão compartilhada no âmbito do SUS: constituição das Comissões Intergestores Bipartite Microrregional no Estado de Minas Gerais*. Monografia Especialização em Saúde Pública, Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil.
- Kleba, M. E., & Wendhausen, A. L. P. (2009). Empoderamento: processo de fortalecimento dos sujeitos nos espaços de participação social e democratização política. *Saúde e Sociedade*, 18,(4),733-743.
- Kleba, M. E., Zampirom K., & Comerlato, D. (2015). Processo decisório e impacto na gestão de políticas públicas: desafios de um Conselho Municipal de Saúde. *Saúde & Sociedade*, 24(2),556-567.
- Leão, T. M., & Dallari, S. G. (2016). O poder normativo das Comissões Intergestores Bipartite e a efetividade de suas Normas. *Revista Direito Sanitário*, 17(1),38-53.
- Lei Federal n. 12.466, de 24 de agosto de 2011* (2011). Acrescenta arts. 14-A e 14-B à Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”, para dispor sobre as comissões intergestores do Sistema Único de Saúde (SUS), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e suas respectivas composições, e dar outras providências. Brasília: 2011. Recuperado em 15 março, 2016, de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Lei/L12466.htm
- Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990* (1990). Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília. 1990. Recuperado em 15 março, 2011, de <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>
- Lousada M., & Valentim, L. P. (2011). Modelos de tomada de decisão e sua relação com a informação orgânica. *Perspectivas em Ciências da Informação*, 16(1),147-164.
- Minas Gerais. (1993). *Resolução nº 637 de 25 de junho de 1993*. Cria a Comissão Intergestores Bipartite e dá outras providências. Belo Horizonte. 1993. Recuperado em 15 março, 2016, de <http://www.saude.mg.gov.br/institucional/cib/atos-de-organizacao/atos-de-organizacao/resolucao-ses-no-637-de-25-de-junho-de-1993-publicada-no-mg-de-26-06-00>.
- Minas Gerais. (2004). *Deliberação nº 095 de 17 de maio de 2004*. Cria no âmbito da Comissão Intergestores Bipartite de Minas Gerais-CIB-SUS/MG, as Comissões Intergestores Bipartites Macrorregionais e microrregionais e dá outras providências. Belo Horizonte. 2004. Recuperado em 15 março, 2016, de http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/deliberacoes/2004/del95.doc
- Minas Gerais. (2012). *Deliberação CIB-SUS/MG nº 1.219 de 21 de agosto de 2012*. Institui as Regiões de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) para o Estado de Minas Gerais, e dá outras providências. Belo Horizonte. 2012. Recuperado em 21 março, 2018, de <http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Deliberacao%201.219%20-%20Regioes%20de%20Saude%20-%2021.8.12.pdf>
- Minas Gerais. (2016). *Instrumento Operativo das Comissões Intergestores de Minas Gerais*. (2a ed). Belo Horizonte: Governo de Minas.
- Minayo, M. C. S. (2006). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. (9a ed). São Paulo: Hucitec.
- Moreno, N. A. (2009). A informação nossa de cada dia na decisão organizacional. *Tendências da Pesquisa Brasileira em Ciência da Informação*, 2(1),104-114.
- Moresi, E. A. D. (2001a). O contexto organizacional. In K Tarapanoff. *Inteligência organizacional e competitiva*. Brasília: UNB.
- Moresi, E. A. D. (2001b). Monitoramento ambiental. In K Tarapanoff. *Inteligência organizacional e competitiva*. Brasília: UNB.
- Noronha, J. C., Lima, L. D., & Machado, C. V. (2004). A gestão do Sistema Único de Saúde: características e tendências. In Brasil. *Saúde no Brasil: contribuições para a agenda de prioridades de pesquisa*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Santos, A. M., & Giovanella, L. (2014). Governança regional: estratégias e disputas para gestão em saúde. *Revista de Saúde Pública*, 48(4),622-631.
- Silva, G. R. (2017). Gestão da informação para a tomada de decisão em uma instituição de ensino superior privada: A experiência das Faculdades Integradas da União Educacional do Planalto Central (FACIPLAC/DF). Campinas-SP. *Revista Digital Biblioteconomia e Ciência da Informação*, 15(1),53-81.



Simon, H. A. (1970). *Comportamento administrativo*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas.

Simon, H. A. (1963). *A capacidade de decisão e liderança*. Rio de Janeiro: Fundo de Cultura.

Simon, H. A. (1976). *Administrative Behavior: a Study of Decision-Making Processes in Administrative Organization*. (3a ed). Nova York: Free Press.

Tanaka, O. Y., & Tamaki, E. M. (2012). O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, 17(4),821-828.

Tarapanoff, K. (2006). *Inteligência, informação e conhecimento em corporações*. Brasília: IBICT.

Torres, D. F. M., & Simões, H. C. (2009). Indicadores de qualidade e o processo decisório nos hospitais universitários do Rio de Janeiro. *Revista de Administração em Saúde*, 11(42),16-22.

Valentim, M. (Org.). (2010). *Ambientes e fluxos de informação*. São Paulo: Cultura Acadêmica.

Velloso, I. S. C., Ceci, C., & Alves, M. (2010). Reflexões sobre as relações de poder na prática de enfermagem. *Revista Gaúcha Enfermagem*, 31(2),388-391.

Viana, A. L. A., Lima, L. D., & Ferreira, M. P. (2010). Condicionantes estruturais da regionalização na saúde: tipologia dos Colegiados de Gestão Regional. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(5),2317-2326.

Wendhausen, Á., & Cardoso, S. M. (2007). Processo decisório e conselhos gestores de saúde: aproximações teóricas. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 60(5),579-584.