

**Área de Pesquisa: Programa de Estudos em Sistemas de Saúde**

**CADERNOS DE PESQUISA NEPP - Nº. 04 - 2014**

**GOVERNANÇA EM SAÚDE NA REGIÃO  
METROPOLITANA DE CAMPINAS**



## CADERNOS DE PESQUISA NEPP

O Programa de Estudos em Sistemas de Saúde (PESS) do Núcleo de Estudos em Políticas de Públicas (NEPP) tem como principal objetivo, desenvolver permanentemente estudos e projetos, de caráter interdisciplinar, que venham contribuir com a integração, qualificação e consolidação do SUS em regiões de saúde, considerando o atual momento de evolução do Sistema Público de Saúde, visando alcançar a equidade, a integralidade e o acesso universal.

É nesse sentido, que ao publicar os Cadernos de Pesquisa em Saúde, o grupo de pesquisadores, docentes e alunos envolvidos no PESS/NEPP pretendem divulgar de forma objetiva e sumarizada, os resultados mais significativos dos projetos interdisciplinares de ensino, pesquisa e extensão realizados nos últimos anos, com foco no desenvolvimento de sistemas regionais de saúde, particularmente na formulação e implementação de linhas de cuidado e estruturação de redes de atenção à saúde.

Com esta divulgação pretende-se também contribuir com os gestores e gerentes do SUS na sua construção e, auxiliar na qualificação da atenção à saúde, bem como no avanço do gerenciamento do sistema e dos serviços, nos seus diferentes níveis.

Estará acessível na homepage do NEPP, em publicações, cujo acesso se dá através do endereço eletrônico: <http://www.nepp.unicamp.br>.

**COORDENAÇÃO**  
CARMEM CECÍLIA DE CAMPOS LAVRAS

**COORDENADOR ASSOCIADO**  
CARLOS RAUL ETULAIN

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS



Reitoria

Prof. Dr José Tadeu Jorge

**Pró-reitorias**

Teresa Dib Zambon Atvars  
Pró-Reitor de Desenvolvimento Universitário - PRDU

João Frederico da Costa Azevedo Meyer  
Pró-Reitor de Extensão e Assuntos Comunitários - PREAC

Luís Alberto Magna  
Pró-Reitor de Graduação - PRG

Gláucia Pastore  
Pró-Reitor de Pesquisa - PRP

Rachel Meneguello  
Pró-Reitor de Pós-Graduação - PRPG

**Centros e Núcleos**

Jurandir Zullo Junior  
Coordenadoria de Centros e Núcleos Interdisciplinares de Pesquisa - COCEN

Carmen Cecília de Campos Lavras  
Coordenadora do Núcleo de Estudos de Políticas Públicas - NEPP

Carlos Raul Etulain  
Coordenador Associado Núcleo de Estudos de Políticas Públicas - NEPP

Produção Editorial: NEPP - Publicações

CADERNOS DE PESQUISA NEPP/Núcleo de Estudos de Políticas Públicas/UNICAMP. - nº 04, 2014. – Campinas, SP.: PESS/NEPP/UNICAMP, 2014.

(Área de Pesquisa: Programa de Estudos em Sistemas de Saúde)

1. Saúde Pública. 2. Núcleo de Estudos de Políticas Públicas. 3. Programa de Estudos em Sistemas de Saúde

Considerações Éticas:

A responsabilidade pelos conteúdos dos artigos, relato de experiências, comunicações publicados é exclusivamente do(s) autor (es), assim como a revisão ortográfica.

# **GOVERNANÇA EM SAÚDE NA REGIÃO METROPOLITANA DE CAMPINAS**

**RELATÓRIO DE PESQUISA ELABORADO NO ÂMBITO DO  
PROJETO FAPESP FASE II**

**AVALIAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NA REGIÃO  
METROPOLITANA DE CAMPINAS VISANDO AO  
DESENVOLVIMENTO DE REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE**

**ORGANIZAÇÃO**

**MARIA TERESA DALLA FONTANA PINTO MOREIRA PORTO**

## **Coordenação da Pesquisa**

Paulo Eduardo Moreira Rodrigues da Silva  
Médico Pediatra e Doutor em Medicina Interna.  
Pesquisador Associado do NEPP e  
Pró-Reitor de Desenvolvimento Universitário da UNICAMP.

## **Pesquisadores**

Carmen Cecília de Campos Lavras  
Médica Sanitarista e Doutora em Saúde Coletiva.  
Assessora da Pró-Reitoria de Desenvolvimento Universitário da Unicamp.  
Pesquisadora Associada do NEPP/UNICAMP.

Jorge Ruben Biton Tapia  
Sociólogo e Doutor em Ciências Humanas.  
Docente do Instituto de Economia da UNICAMP.  
Pesquisador Associado do NEPP/UNICAMP.

Maria Teresa Dalla Fontana Pinto Moreira Porto  
Enfermeira Sanitarista, Advogada e Especialista em Desenvolvimento de  
Recursos Humanos para o SUS. Pesquisadora Associada do NEPP/UNICAMP.

Paulo Eduardo Moreira Rodrigues da Silva  
Médico Pediatra e Doutor em Medicina Interna.  
Pesquisador do NEPP e Pró-Reitor de Desenvolvimento Universitário da UNICAMP.

## **Participante da Instituição Parceira**

Maria Célia Silva Caiado  
Arquiteta Urbanista e Doutora em demografia pelo IFCH/Unicamp.  
Diretora Adjunta Técnica da Agemcamp.

## **Pesquisadores Auxiliares**

Fernando Meloni de Oliveira  
Cientista Social e Especialista em Trabalho e Sindicalismo.

## **Assistente Técnico**

Sonia Maria Prieto Romolo Brito  
Graduada em Letras. Doutora em Teoria e História Literária pela UNICAMP.  
Pesquisadora Associada do NEPP/UNICAMP.

## **Assistente Administrativo**

Magali Cristina Moreira  
Graduada em Administração. Especialista em Sistema de Gestão da Qualidade.

Renata Juliani Frascarelli  
Graduada em Gestão de Recursos Humanos. Especialista em Gerenciamento de Projetos.

## **Bolsistas TT-III**

Ana Carolina Soares Bertho  
Fabiola Bentivoglio  
Fabricio de Paula Silva  
Kellen Cristina Morelli  
Rafaela Rodrigues Cheche  
Wesley Batista de Campos

## SUMÁRIO

1. Introdução	08
2. A Governança em Saúde no Âmbito das Redes Regionais de Atenção no SUS	10
3. Metodologia	30
4. Apresentação de Resultados	31
5. Considerações Finais e Recomendações	44
Referências Bibliográficas	46

# Governança em Saúde na Região Metropolitana de Campinas

## 1. INTRODUÇÃO

Considera-se que a configuração de um sistema metropolitano integrado de atenção à saúde pressupõe a organização de um sistema de governança regional adequado, incluindo instâncias, processos e instrumentos de gestão operando de forma concertada<sup>1</sup>.

Nessa perspectiva, deve ser considerado que a institucionalidade das regiões metropolitanas é algo muito recente, e parece ainda bastante permeada por conflitos e incertezas quanto ao grau de adesão dos atores institucionais. E, também, que dada à natureza e escopo dos problemas da metrópole, as soluções vão exigir negociações, estratégias cooperativas e mobilização de recursos compartilhados, uma vez que as probabilidades de êxito são condicionadas pelo processo decisório, pelas oportunidades e pelos obstáculos colocados pelas próprias regras e padrões de interação entre os atores.

Assim, o principal objetivo deste estudo foi o de contribuir com a qualificação do processo de governança em saúde na RMC de forma a possibilitar tanto a configuração como a sustentabilidade de uma Rede Regional de Atenção a Saúde. Buscou-se, assim, analisar as estruturas, os processos e os mecanismos de Governança Regional em Saúde existentes na RMC através de um conjunto de atividades apresentadas no quadro abaixo.

PAS	ATIVIDADES
<b>1. Proposição de Processos de Governança em Saúde para a Região Metropolitana de Campinas</b>	Levantamento documental de normas sobre governança e processo de regionalização em saúde
	Identificação das atuais instâncias de governança regional e levantamento de dados sobre seus processos decisórios e de pactuação (DRS VII; CIR / DRS VII; Câmara de Saúde da RMC; Conselho do Consórcio de Pedreira; 04 Conselhos de Serviços de Referência Hospitalar)
	Análise preliminar dos dados e elaboração de documento para oficinas de estruturação das instâncias de gestão regional
	Realização de oficinas com gestores públicos de saúde para estruturação do Colegiado Regional de Gestão em Saúde da RMC e estruturação do Fórum de Dirigentes dos Serviços de Alta e Média Complexidade
	Relatório Técnico contendo diretrizes estratégicas do Plano Metropolitano de Saúde e proposta para elaboração do referido plano a ser discutido em oficina de trabalho
	Realização de duas oficinas para definição das diretrizes estratégicas do Plano Metropolitano de Saúde e validação de proposta para detalhamento do referido plano
	Elaboração do Relatório Final

<sup>1</sup> Palavra originada do verbo concertar, que significa harmonizar interesses, ou seja, realizar a concertação. Para entender o sentido do termo concertação é indispensável ainda relacioná-lo com o de Pacto, aqui é entendido como acordo em situações de impossibilidade de superar desafios, senão pela conjugação de esforços, agindo em concerto.

Cabe ressaltar que o desenvolvimento de algumas atividades foi prejudicado em decorrência de mudanças nas administrações municipais ocorridas em 2009, o o que ocasionou a troca dos gestores municipais de saúde de parte significativa dos 19 municípios da RMC. Por outro lado, mudanças ocorridas na direção da AGEMCAMP, parceira pública neste projeto, bem como no Departamento Regional de Saúde de Campinas (SES – SP), responsável pela coordenação do processo de regionalização no território que abrange a Região Metropolitana de Campinas, também devem ser destacadas como fatores dificultadores no desenvolvimento desse estudo. Essas mudanças dificultaram particularmente as pesquisas de campo.

Por outro lado, estudo diagnóstico do setor saúde realizado em 2008, junto às as regiões de saúde que compreendem os 44 municípios dos DRS Campinas, Piracicaba e São João da Boa Vista, no âmbito do “Projeto de Apoio à Regionalização do SUS no Estado de São Paulo” permitiu o levantamento de informações detalhadas de diferentes elementos componentes das Redes de Atenção à Saúde dessas regiões. Propiciando, especialmente, análise dos aspectos relacionados à gestão sistêmica dos entes federados e dos mecanismos e processos da governança regional em saúde. Por outro lado, a formulação em 2008 do Plano Metropolitano de Saúde da RMC, por solicitação dos 19 prefeitos da região, possibilitou um maior entendimento de alguns dos problemas enfrentados no âmbito da governança em saúde na RMC. Foi assim que o desenvolvimento desses projetos possibilitou compensar parte das dificuldades encontradas nas pesquisas de campo.

A seguir, serão expostos as referências teóricas, os dados e informações coletadas no período, as análises e avaliações realizadas pela equipe de pesquisadores, bem como as recomendações para a qualificação da governança em saúde na RMC.

## 2. A GOVERNANÇA EM SAÚDE NO ÂMBITO DAS REDES REGIONAIS DE ATENÇÃO NO SUS

A Governança é um conceito que ganhou uma grande difusão nos últimos anos, em parte associada aos processos de reformas do Estado iniciada nos anos noventa<sup>2</sup>. Nas suas origens, o termo governança significava “governing”, isto é, um conjunto de procedimentos adotados pelos governos na formulação e implementação das políticas públicas.

Essa perspectiva foi reforçada pela emergência da problemática da eficácia ou ineficácia da implementação das políticas públicas na década de setenta. Ao mesmo tempo, porém, ao final da mesma década, o debate internacional reconheceu a necessidade de considerar outras variáveis, que iam além daquelas vinculadas a maior ou menor capacidade do governo de desenhar e implementar políticas. Reconhecida a importância analítica de pensar a Governança como capacidade governamental de tomar decisões eficazes, a concepção foi enriquecida por outras variáveis.

Na acepção mais recente, o conceito de governança passou a significar um novo modo de articulação entre o Estado e os interesses organizados da sociedade civil, diferentemente do modo clássico hierárquico pelo qual as autoridades públicas exercem o controle e a autoridade sobre os indivíduos e grupos sociais (SANTOS, 1997).

Como consequência, a noção de capacidade de governo de fazer valer sua autoridade e decisões foi substituída pela capacidade de direção e pela possibilidade de atendimento das demandas e necessidades das clientelas através da implementação de políticas.

Nessa perspectiva, este estudo entende a governança como um conjunto de estruturas, processos e ações envolvendo atores públicos e privados participantes da gestão do espaço metropolitano. As vantagens que podem ser destacadas, nessa acepção de governança, contemplam duas dimensões: o processo (envolvendo conflitos, negociações, coordenação) e os resultados (os programas e as políticas públicas). Vale ressaltar que, diferentemente do conceito de Gestão dos Sistemas de Saúde de cada um dos entes federados<sup>3</sup>, a governança pressupõe o consenso, a pactuação e a negociação entre diversos atores públicos e privados presentes no espaço de gestão metropolitana. Não se trata de adotar de maneira simplista o conceito de governança, tomado como solução da complexidade das questões metropolitanas. Como mostra a experiência internacional e

---

<sup>2</sup> Em 1995, criou-se o Plano Diretor da Reforma do Aparelho de Estado, que propunha aumentar a capacidade e a eficiência do Estado na implementação de políticas públicas. Esse Plano enfatizou a “recuperação da governança”, classificada como problema de âmbito “econômico administrativo” e definida como “capacidade financeira e administrativa de implementar decisões políticas tomadas pelo governo” BRASIL. Ministério da Administração e Reforma do Estado. *Plano diretor da reforma do aparelho do Estado*. Brasília, 1995.

<sup>3</sup> A gestão sistêmica se caracteriza pelo conjunto de ações e atividades organizadas especificamente para possibilitar a governabilidade do sistema, incluindo instâncias, processos e instrumentos de gestão. Aqui estão envolvidos aspectos como Financiamento, Regulação, Gestão de Recursos Humanos, Controle Social, entre outros.

mesmo a brasileira, o enfrentamento dos problemas regionais no plano das políticas públicas requer novas modalidades de arranjos institucionais capazes de enfrentar de maneira adequada os novos desafios colocados pelas transformações econômicas, sociais, demográficas e espaciais sofridas pelas regiões metropolitanas.

Enfim, essas novas formas de intervenção devem contemplar um modelo de gestão regional, que articule esquemas de representação de interesses e de participação, envolvendo a ação cooperativa dos municípios das regiões metropolitanas e os diferentes entes federativos, bem como a inclusão das organizações da sociedade civil nos processos decisórios.

No caso específico da governança das redes de atenção à saúde, Mendes (2009: 257) a define como *“arranjo organizativo uni ou pluri-institucional que permite a gestão de todos os componentes das redes de atenção à saúde, de forma a gerar um excedente cooperativo entre os atores sociais em situação, a aumentar a interdependência entre eles e obter bons resultados sanitários e econômicos para a população adscrita”*.

A lógica da governança das redes de atenção é distinta da lógica de governança dos sistemas fragmentados. Nos sistemas fragmentados de atenção à saúde, a falta de comunicação entre os diferentes elementos das Redes de Atenção à Saúde, impõe um modelo de governança por estruturas, em que se gerenciam, isoladamente, esses diferentes componentes. Há evidências de que esse modelo leva a resultados sanitários e econômicos frágeis, porque não permitem obter os ganhos que decorrem das inter-relações e das sinergias entre os diferentes componentes de um sistema de atenção à saúde.

Ainda de acordo com Mendes (2009, p.259-260) o desenho institucional das redes de atenção a saúde pode ser feito de várias formas: *“de um contínuo que vai da integração vertical de diferentes organizações conformando um único ente gestor, até uma estrutura virtual instituída por alianças estratégicas entre diferentes organizações que se associam para gerir as redes de atenção a saúde”* No caso do SUS, cuja natureza da rede é ser constituída por diferentes entes institucionais, a governança será multiinstitucional, constituída, portanto, por meio de uma aliança estratégica.

Ainda que não existam evidências empíricas sobre que modelo permite alcançar um maior grau de integração das redes de atenção à saúde, são propostos três atributos desejáveis para uma boa governança do sistema: 1) a abrangência da governança de toda a rede, isto é, uma perspectiva sistêmica no processo decisório estratégico; 2) a responsabilidade com a população adscrita à rede de atenção a saúde; e 3) a coordenação entre as diferentes instituições que compõem a rede de atenção à saúde para assegurar a consistência na missão, na visão e nos objetivos estratégicos. (VAZQUEZ et al. apud MENDES, 2000).

A cultura organizacional é outro fator que influi na governança das redes de atenção à saúde. De um lado, porque a implantação de objetivos e estratégias dessas redes requer que seus membros aceitem e compartilhem visão, missão e objetivos comuns; de outro, porque a cultura de cada organização componente dessas redes deve estar alinhada com a missão e com os objetivos. Valores presentes nas organizações, como atitudes de cooperação, interdependência, trabalho em equipe e orientação para resultados, são fundamentais. Além disso, é importante que haja, na governança das redes de atenção à saúde, uma liderança orientada para a ação cooperativa e para a comunicação de objetivos e de estratégias e seu aprendizado. No desenho institucional das redes de atenção à saúde, a criação de mecanismos potentes de coordenação desempenha um papel fundamental. A coordenação institucional é obtida pela forma como se agrupam unidades gerenciais e assistenciais e se definem os mecanismos de descentralização (VAZQUEZ et al. apud MENDES, 2009)

É importante destacar que a governança das redes de atenção à saúde, no SUS, apresenta características bastante singulares, tais como inserir-se num quadro institucional mais amplo de um sistema especial de federalismo. No Brasil, a partir da década de 1980, a associação entre democracia e descentralização de políticas públicas assume particular força, e se traduz no texto da Constituição Federal, que redesenha a estrutura do Estado em uma lógica de federação descentralizada, com ênfase no papel dos municípios. O reconhecimento dos municípios como entes federativos com grande peso e responsabilidade em várias áreas da política pública representa um aspecto peculiar do federalismo brasileiro, que o distingue de todos os outros regimes federativos no mundo, e traz novos dilemas para a construção do pacto federativo no país.

O federalismo pode ser conceituado como um processo de distribuição e redistribuição da autoridade e remete a um contrato que, por sua vez, envolve cooperação e reciprocidade entre os entes federados. Também conforma tipos variados que não são uniformes no espaço e no tempo. Entretanto, o federalismo possui duas características que lhe são essenciais: a heterogeneidade e a unidade na diversidade. A heterogeneidade pode materializar-se especialmente nas dimensões territoriais, étnicas, lingüísticas, econômicas, sociais, culturais e políticas. A unidade na diversidade garante as autonomias regionais ou locais, mas resguarda a integridade, especialmente a territorial frente às heterogeneidades.

No que diz respeito à saúde, alguns estudos comparativos procuraram explorar os desafios relacionados à condução da política em federações que vem passando por processos de descentralização acentuados. France (2001), por exemplo, enfoca em seu estudo, as condições necessárias para garantir, em um país com um sistema de saúde descentralizado, padrões sanitários relativamente uniformes em todo o território, que assinalem a existência de uma política nacional de saúde calcada nas noções de solidariedade e direito de cidadania. O autor procurou, a partir da análise da situação de três

países federativos que têm sistemas nacionais abrangentes e experiência de descentralização na saúde – Alemanha, Austrália e Canadá – extrair lições para o debate sobre o sistema de saúde italiano, que tem passado por transformações relacionadas à introdução de um “federalismo fiscal” e à descentralização radical para as regiões. Para o autor, a existência de padrões sanitários nacionais implicaria a garantia de princípios fundamentais do sistema de saúde em todo o território nacional. A capacidade dos governos de garantir tais padrões dependeria das variáveis político-institucionais – poder constitucional e normativo das esferas de governo; carga financeira e cultura de negociação intergovernamental. Além disso, a fragilidade quanto à capacidade técnica para desenhar e escolher instrumentos de intervenção apropriados, tornariam mais agudas as desvantagens das áreas mais desfavorecidas, dificultando a garantia dos padrões sanitários nacionais (TAPIA 2005).

O federalismo brasileiro é predominantemente cooperativo e hegemonicamente intra-estatal. O modelo cooperativo está assentado na possibilidade de submeter o próprio interesse ao interesse de todos, gerando um excedente cooperativo na ação interfederativa. No federalismo intra-estatal, há um incentivo às ações conjuntas nas políticas públicas; nesse caso, a delimitação das competências é menos importante que a participação em colegiados de decisão e monitoramento das políticas. Assim, o modelo brasileiro combina competências concorrentes e comuns com competências privativas divididas entre os três níveis federativos (MENDES, 2009).

Pode-se afirmar assim que um grande problema do federalismo cooperativo brasileiro está na descentralização exacerbada para os municípios. Essa forma de descentralização tem a vantagem de colocar as responsabilidades pelas políticas públicas mais próximas aos cidadãos e aumentar a oferta local desses serviços. Por outro lado, uma grande desvantagem diz respeito ao fato de haver uma forte competição de recursos públicos pelos entes federados, em que cada um pretende passar a outro ente os custos políticos e financeiros das políticas sociais, e reservar para si os benefícios dela decorrentes (ARRETCHE, 1996). Pode ocorrer ainda, nesse municipalismo autárquico, a fragmentação de certos setores sociais, como o de serviços de atenção à saúde que exigem escala para operar com eficiência e qualidade, introduzindo-se no SUS elementos de competição predatória. Num país em que 75% dos municípios têm menos de 20 mil habitantes é difícil, senão impossível, implantar um sistema de base municipal.

Os problemas que se colocam para o federalismo brasileiro em geral, bem como para o federalismo sanitário, em particular, têm, na crise do federalismo fiscal, uma causa importante. Essa crise tem muitas implicações negativas, colocando inclusive em risco o equilíbrio do federalismo brasileiro, já que o aumento da carga tributária, pela via das contribuições sociais, ampliou os desequilíbrios e aumentou o controle federal sobre os

orçamentos estaduais e municipais. Isso provocou forte impacto na gestão tripartite e no financiamento do SUS.

Sabe-se que o arranjo institucional do SUS vem sendo construído com base em parcerias estabelecidas por pactos entre entes federativos autônomos, mas que compartilham a soberania num mesmo território e que buscam a interdependência para a construção de sistemas regionais de atenção à saúde, no entendimento que a construção de redes de atenção à saúde exige que certos serviços comuns transcendam os limites municipais. Isso pressupõe o estabelecimento de parcerias entre municípios, estados e união e implica a superação das relações hierárquicas, baseadas na autoridade, por relações poliárquicas, construídas pela cooperação e pela interdependência dos diversos atores sociais. Como o objeto do desenho institucional é a governança das redes de atenção à saúde, busca-se um arranjo capaz de superar a organização hierarquizada e uniforme, estruturado pela multiplicidade de poderes públicos que se interconectam pela interdependência. (MEDAUAR, 2003)

Assim o grande desafio a ser enfrentado na Região Metropolitana de Campinas, está na construção de um sistema de saúde integrado que, respeitando a autonomia de gestão de cada município, consiga articular sua prática em âmbito regional, visando a garantir uma atenção à saúde de qualidade e a observância de boas práticas administrativas.

- **A DESCENTRALIZAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL NAS DUAS ÚLTIMAS DÉCADAS: DA MUNICIPALIZAÇÃO À REGIONALIZAÇÃO**

Nos processos de descentralização, o caráter resultante das relações intergovernamentais varia segundo uma diversidade de fatores, como as características e o modo de funcionamento do sistema político e de suas instituições. No caso brasileiro, como já explicitado, em que o federalismo é caracterizado pela existência de três esferas autônomas, as relações intergovernamentais são particularmente complexas. Soma-se a isso o fato de os governantes serem eleitos nas três esferas de governo, o que torna essas relações ainda mais intrincadas, uma vez que passam a envolver também a lógica político-eleitoral. É importante ressaltar que, com a redemocratização, os prefeitos ganham um poder não negligenciável, fundamental na trajetória política de importantes atores interessados em cargos legislativos e em outros níveis do Executivo, tendo em vista que os prefeitos são agentes privilegiados de acesso ao eleitorado local. Além disso, considerando os prefeitos de cidades próximas (pertencentes a partidos diferentes ou não), com projetos políticos próprios, conclui-se que eles acabam estabelecendo relações de competição político-eleitoral.

Rocha e Faria (2004), ao apresentarem a questão da descentralização nesses termos, ponderam que um dos principais problemas trazidos por esse processo é o de como reverter

a fragmentação da ação pública, resultante dessa autonomia e competição. Dados alguns efeitos deletérios decorrentes do viés municipalista da descentralização empreendida no Brasil, os municípios se viram na necessidade de “desfragmentar” ou recentralizar suas ações através de novas formas de governança. Lembra-se mais uma vez que a cooperação intermunicipal para a produção de políticas públicas passa a ser buscada num contexto em que os municípios tendem a competir em diversos aspectos como, por exemplo, o fiscal e político-eleitoral.

Ao longo dos anos 90, a reforma das políticas sociais tinha na melhoria da eficiência e eficácia dos serviços básicos seus principais objetivos, ao lado da redução dos gastos públicos (ajuste fiscal) e da modernização das burocracias nos três níveis de governo (reforma gerencial). No entanto, de forma ainda mais acentuada do que nas outras dimensões da reforma, as mudanças nas políticas sociais dependiam diretamente da reconstrução das relações intergovernamentais e da constituição de um sistema federativo cooperativo e coordenado, em que deveriam imperar os princípios de responsabilidade política e fiscal nas relações entre as esferas de governo e de garantia das liberdades políticas e da igualdade de condições socioeconômicas entre as regiões e os cidadãos que nelas habitam (ABRUCIO; COSTA,1999).

No que diz respeito especificamente à saúde, a partir da promulgação da Constituição de 1988 são definidas as garantias individuais e sociais e asseguradas a descentralização política e administrativa de um abrangente sistema de Seguridade Social, no qual está incluído a saúde enquanto um direito de todos os cidadãos e um dever do Estado<sup>4</sup>, garantindo assim que essas ações e serviços são de relevância pública.

A implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), de acordo com os princípios e diretrizes estabelecidos na CF de 1988 em seus artigos 196 ao 199, bem como nas normas estabelecidas pelas Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90, prevê a integração das atividades e serviços (estatais ou privados, contratados e conveniados), a descentralização para os municípios e a participação da sociedade através dos conselhos e conferências municipais, estaduais e nacional de saúde. O setor privado participa de modo complementar ao sistema, através de convênios e contratos com o setor público<sup>5</sup>.

As decisões operacionais sobre a saúde pública foram descentralizadas conforme determinava a Carta de 1988, mas o mesmo não aconteceu com o repasse das verbas para efetivar tais decisões. O ritmo e a intensidade da descentralização político-administrativa da esfera federal para estados e municípios no Brasil na área da saúde variaram, segundo Viana

---

4 A Constituição Federal, em seu artigo 196, consagrou o princípio de que a ‘saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário as ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

5O SUS prevê a participação do setor privado de forma complementar, em seu sistema público (art.199, da CF e art.24 da Lei nº81412/90).

(2009), em 4 dimensões, representadas pela transferência de: 1) serviços e servidores públicos; 2) responsabilidade e atribuições; 3) recursos financeiros e 4) poder sobre a política de saúde. O ritmo da descentralização também diferiu entre os campos da política de saúde. Enquanto a descentralização das ações de assistência foi desencadeada no início da década, a descentralização das ações de vigilância epidemiológica e sanitária só começou no final dos anos 1990. O movimento municipalista e sua forte oposição à centralização de recursos e mesmo a um papel mais forte do nível federal na regulação teve forte influência nas concepções de descentralização da saúde, principalmente na primeira metade dos anos 1990 (VIANA, 1998).

A partir de 1993, o governo conseguiu reforçar a capacidade de indução e controle das mudanças no funcionamento do sistema de saúde pelo nível federal a partir dos mecanismos de financiamento. Apesar das determinações constitucionais, o objetivo do governo federal sempre foi o de operar a política de saúde por meio de atos administrativos sustentados, essencialmente, pela realidade do “orçamento autorizativo”. A Norma Operacional Básica (NOB)<sup>6</sup> do SUS, de 1993, marca tanto os primeiros passos de uma descentralização administrativa do sistema de saúde, como estabelece formas rígidas de manutenção das estruturas de financiamento na esfera federal. Desde os primeiros momentos da implantação do SUS, consolidou-se o exercício da “descentralização tutelada” (TREVISAN, 2007).

A NOB 01/93 estabeleceu distintas modalidades de habilitação municipal e estabeleceu mecanismos de gestão pluriinstitucional, com a criação das comissões bipartites e tripartites de gestores, que consolidou o cenário da negociação entre os diferentes níveis de governo. Definiu-se explicitamente o município como gestor específico dos serviços e estabeleceram-se os diferentes níveis de adesão ao SUS, bem como as responsabilidades e as formas de repasses de recursos que lhes correspondem.

A NOB de 1996, um dos principais instrumentos estruturantes do SUS, instituiu o PAB-Piso da Atenção Básica, um valor *per capita* transferido regularmente aos municípios, diretamente ao Fundo Municipal de Saúde. Consolidou a política de municipalização estabelecendo o pleno exercício do poder municipal na função de gestor de saúde. Essa norma operacional redefiniu as responsabilidades da União e dos estados, sobre os serviços municipais de saúde associados a duas capacidades distintas de gestão dos sistemas locais de saúde: a oferta de serviços ambulatoriais (produção direta de serviços básicos) e a

---

<sup>6</sup> A Norma Operacional Básica (NOB) é a portaria do Ministério da Saúde que define objetivos e diretrizes estratégicas para o processo de descentralização e de relações entre as esferas de governo. Esse dispositivo possui caráter transitório, podendo ser reeditado ou alterado a qualquer momento. Como o sistema é operado por NOB “federais” o conceito de descentralização cai em uma espécie de “vácuo decisório” plenamente preenchido pela instância federal porque, enfim, o recurso financeiro, ou melhor, a liberação dele, é sempre um ato do governo federal (Trevisan, 2007).

capacidade de gestão da rede hospitalar (capacidade de controle e regulação dos provedores privados ou públicos).

Além disso, o financiamento da saúde passou por um conjunto de redefinições, cujo desfecho foi a aprovação, em 2000, da emenda constitucional Nº 29 (EC/29)<sup>7</sup>. Essa emenda estabelece que os estados passem a investir 12% da receita de impostos estaduais em serviços e ações de saúde; os municípios 15% da receita de impostos municipais; e a União o montante aplicado no ano anterior corrigido pela variação nominal do PIB (PASCHE et al, 2006).

Do ponto de vista normativo, deve-se destacar a edição da NOAS, que conferiu ao processo de descentralização novas perspectivas, ampliando-o para além da municipalização da saúde, que se fortaleceu através da regionalização da oferta de recursos assistenciais. Assim, a oferta de instrumentos de gestão regional, o Plano Diretor de Regionalização, cuja construção considera, entre outros, a programação integrada e pactuada, passou a estimular a construção de processos de programação regional, acionando, em certa medida, o exercício de funções gestoras, que se diferenciam daquelas de gerência conforme havia sido definido pela NOB 01/96 (PASCHE et al, 2006).

A partir daí, a regionalização prevista desde a Constituição Federal de 1988 como um dos pilares do SUS passou a ser incentivada como uma forma de ampliar o acesso equitativo ao SUS, permitindo a criação e ampliação de redes de atenção regional com ganhos expressivos em termos de governança. Contudo, as diversidades regionais e as desigualdades técnicas entre as equipes locais e as secretarias estaduais de saúde, coordenadoras do processo, determinaram um processo de regionalização heterogêneo, com avanços significativos em algumas regiões e a manutenção de sistemas fragmentados em outras.

Nesse cenário, após dois anos de discussão envolvendo o CONASS, o CONASEMS e o Ministério da Saúde, foi editada pelo Ministério, em 22 de Março de 2006, a Portaria n 3998 que *“Divulga o Pacto pela Saúde 2006- Consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do SUS do referido Pacto”*

O Pacto visa estabelecer novo patamar na forma de financiamento e na definição de responsabilidades, metas sanitárias e compromissos entre os gestores da saúde, consubstanciados em termos de compromisso com metas e plano operativo. Essa norma, pactuada de forma consensual na Comissão Intergestores Tripartite, passou a ser documento

---

7 A regulamentação da EC que apresenta dispositivos com a finalidade de preservar as bases de cálculo, incluindo a delimitação do campo a que correspondem as ações e serviços públicos de saúde, preservando o espírito que originou a Emenda Constitucional, assume a cada dia uma importância maior para o processo de Reforma Sanitária brasileira, particularmente no tocante a estabilidade do financiamento pelas três esferas de governo, possibilitando um aporte mais adequado de recursos para o SUS.

8 O Pacto pela saúde é composto pelas seguintes Portarias: nº 699, de 30 de março de 2006; nº 3085, de 1 de Dezembro de 2006 e nº 204, de 29 de Janeiro de 2007.

definidor do funcionamento do SUS em âmbito nacional, a partir de 2006 (SANTOS; ANDRADE, 2009)

O Pacto passa então a ser o novo instrumento para a gestão compartilhada do SUS. Ao incorporar algumas reivindicações dos gestores de estados e municípios, como a autonomia desses entes federados, foi extinto o mecanismo das “habilitações” que, teoricamente, implicava na “permissão” do Ministério da Saúde para que o município e o Estado fossem reconhecidos como gestores da saúde em seus territórios. Em substituição à “habilitação”, foi instituído o Termo de Compromisso, instrumento que vai formalizar os acordos e os pactos entre os gestores da saúde.

De acordo com o Pacto pela Saúde, que deve ser revisado anualmente, os gestores assumem o compromisso público de enfatizar as prioridades insertas em seus três componentes, denominados Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão.

O Pacto pela Vida é constituído de um conjunto de compromissos sanitário derivados de análise da situação saúde no país e das prioridades definidas pelos governos federal, estaduais e municipais. Prioriza os resultados qualitativos dos serviços de saúde e a explicitação inequívoca dos compromissos orçamentários e financeiros. As prioridades do Pacto pela Vida são: a) implantar política de saúde do idoso; b) reduzir a mortalidade por câncer de colo de útero e de mama; c) reduzir a mortalidade infantil e materna; d) combater as doenças emergentes e endemias; e) promover a saúde; e f) enfatizar atenção básica.

O Pacto em Defesa do SUS envolve ações concretas e articuladas, que visam a reforçá-lo como política de estado, defendendo seus princípios basilares. Suas prioridades são: a) garantir a saúde como direito de cidadania e o SUS como sistema público universal; b) aprovar a emenda constitucional 29/2000; c) garantir, a longo prazo, o aumento do financiamento da saúde e d) elaborar e divulgar a Carta dos Direitos dos Usuários do SUS ( Portaria MS nº 675, de 30 de Março de 2006).

E finalmente, o Pacto de Gestão do SUS estabelece responsabilidades dos entes federativos, explicitando, dentro das competências concorrentes<sup>9</sup>, o que cada um deve realizar, reconhecendo assim, as grandes diferenças locais e regionais do país. Impõe ainda a necessidade de avançar na regionalização e na descentralização do SUS de maneira desburocratizada, estruturando as regiões sanitárias e instituindo os Colegiados de Gestão Regional (CGR).

O CGR constitui-se num espaço de decisão através da identificação, definição de prioridades e de pactuação de soluções para a organização de uma rede regional de atenção

---

<sup>9</sup> Competência concorrente é a possibilidade de dispor sobre o mesmo assunto ou matéria por mais de uma entidade federativa, podendo ser plena, no âmbito de seu território, quando inexistir legislação federal ou complementar, quando as normas vierem suprir a ausência ou omissão de determinado ponto da norma geral nacional, ou desdobrem seu conteúdo visando atender peculiaridades locais (art. 23 e 30 da CF). Sempre a legislação federal terá primazia sobre as elaboradas, concorrente ou suplementarmente, pelas outras unidades da federação. SILVA, José Afonso. *Curso de Direito Constitucional Positivo*, 13ª ed., São Paulo: Malheiros, p. 631

à saúde, integrada e resolutiva. Nesse contexto, os Colegiados de Gestão Regional configuram-se como instâncias fundamentais de gestão, porque a lógica da constituição de redes de atenção à saúde e o princípio da integralidade da atenção exigem a superação da visão estrita do interesse local, entendido como aquele que se restringe ao âmbito municipal, não atingindo com a mesma intensidade os limites extra municipais.

Desta feita, o Pacto pela Saúde busca aprofundar a adoção do modelo “negociação/consenso” na administração pública.

- **O CONCEITO DE GOVERNANÇA E A DIMENSÃO METROPOLITANA: CONSOLIDAÇÃO VERSUS FRAGMENTAÇÃO INSTITUCIONAL**

Em relação às regiões metropolitanas, as Constituições de 1967 e a Emenda de 1969 dos governos militares foram as primeiras, no período republicano, a expressar concretamente o reconhecimento da existência do fenômeno urbano e da competência do poder público de atuar sobre ele. Porém, o fato urbano reconhecido nessas Cartas corresponde a uma superestrutura urbana – a própria região metropolitana (RM) –, enquanto as estruturas básicas da urbanização não foram objeto de qualquer inovação no tratamento jurídico tradicional.

A institucionalização das RM foi, portanto, realizada pelo regime militar com escassa participação das esferas estaduais e completa ausência das instâncias locais de governo. A resposta governamental ao debate metropolitano nos anos 60 e 70 foi a criação das primeiras regiões metropolitanas<sup>10</sup> por legislação federal (Lei Complementar nº14/73) nas principais capitais, com o objetivo de “promover o planejamento integrado e a prestação de serviços comuns de interesse metropolitano” (SOUZA, 2007, p.235). Nos termos dessa lei, os estados seriam responsáveis pela gestão das RM e a União pela definição das regras de funcionamento e pelo seu financiamento – através do Fundo Nacional de Desenvolvimento Urbano (FNDU).

O modelo de gestão das RM comportava dois conselhos: um Deliberativo e outro Consultivo. A composição desses conselhos revelou a presença hegemônica dos Executivos estaduais na gestão metropolitana, levando esse modelo a ser criticado como centralizador e pouco representativo das realidades políticas regionais. Não obstante, a vinculação entre as decisões dos Conselhos Deliberativos e as orientações dos Conselhos Consultivos mostrou-se difícil, o mesmo ocorrendo entre as ações dos diferentes agentes setoriais nas regiões e as orientações traçadas pelo Conselho Deliberativo. Conseqüentemente, prevaleceu, por um lado, um claro esvaziamento das reuniões e da frequência com que eram realizadas em

---

10 São elas: São Paulo, Belém, Belo Horizonte, Curitiba, Fortaleza, Porto Alegre, Recife, Rio de Janeiro e Salvador.

ambos os Conselhos e, por outro, tornou-se recorrente a prática de acertos prévios nas votações entre os representantes do poder público que integravam o Conselho Deliberativo.

As RM e as entidades estaduais criadas para geri-las assistiram ao agravamento dos conflitos e tensões nas relações inter e intragovernamentais, aprofundando as clivagens federativas e os problemas de cooperação entre os entes federados. Essas questões foram agravadas em razão do controle que o governo federal exercia sobre as políticas metropolitanas e também em razão da concentração de cerca de 70% da receita pública nas mãos da União, embora parte desse montante fosse redistribuído para as demais esferas de governo por meio de transferências voluntárias a diversos fundos setoriais. No entanto, os conflitos de competência, de jurisdição, de poder e por recursos financeiros são da natureza do sistema federativo e das relações intergovernamentais, mesmo em situações de alta centralização, como a registrada durante o regime militar.

O processo de redemocratização e a Constituição de 1988 significaram a descentralização política e tributária, o momento em que os municípios alcançaram o status de entes federativos, com o aporte de maior autonomia política. A descentralização, por sua vez, significou a redução das inversões de recursos federais para as regiões metropolitanas, juntamente com o repasse de novas funções e serviços à tutela dos municípios. Esse cenário, somado a crise fiscal dos anos 90, de acordo com Capobianco (2003, p.4), “levou a um esvaziamento progressivo da coordenação intermunicipal, ao aniquilamento das políticas e ao quase imobilismo das agências metropolitanas”. Souza (2003; 2007) observa que os constrangimentos à adoção de uma gestão metropolitana não devem ser buscados exclusivamente nas atuais configurações político-partidárias e financeiras dos entes federativos, mas também no passado autoritário da gestão metropolitana, que deixou marcas profundas, condicionando sua recriação quando da Constituição de 1988 e das constituições estaduais de 1989.

O argumento apóia-se no conceito de *path dependency*<sup>11</sup>, que significa que acontecimentos do passado podem dar vazão a cadeias de causalidades que influenciam o presente. O uso desse conceito demanda o entendimento a respeito do que existe nas instituições que influenciará escolhas futuras, bem como a forma pela qual as instituições e as “construções mentais” dos atores interagem nesse processo. Tal conceito não significa apenas que a história e o passado contam, mas que quando um país (ou região) adota um determinado caminho, os custos de mudá-lo são muito altos. Além disso, a idéia de uma dependência de trajetória não implica em qualquer determinismo incontornável.

---

<sup>11</sup>Segundo Moreira (2006) a existência de *path-dependence* expressa o caráter irreversível e histórico do sistema estudado. O passado é irrevogável, não podendo ser reproduzido com exatidão, na medida em que as condições iniciais não são mais as mesmas; o futuro, por sua vez, está somente no imaginário dos agentes: *ex ante*, o futuro ainda não existe.

De acordo com a noção de *path dependency*, as mudanças significativas de regime conduzirão a alterações em outras características políticas e sociais. Portanto, eventos anteriores influenciam os resultados e a trajetória de certas decisões, mas não conduzem necessariamente a movimentos na direção que prevalecia no passado (PIERSON, 2000a, 2000b). Isto é, pode haver uma reação ao *path* anterior, levando-o a outra direção, tal como a trajetória adotada no Brasil em relação à liberação de suas instituições do passado autoritário e centralizador.

Assim, as decisões tomadas pelos governos militares sobre as RM nos anos 70 provocaram uma reação contrária dos constituintes, os quais acabaram por deixar a governança metropolitana em um vazio político, institucional e administrativo reduzindo a reforma urbana à criação de mecanismos participativos na esfera local. Isso porque não havia espaço político, ou mesmo incentivos, para desfazer a associação entre qualquer iniciativa de gestão centralizada das regiões metropolitanas e o regime militar, em consequência dos altos custos envolvidos na reversão dessa trajetória. Além disso, as entidades gestoras das RM, criadas como resposta ao processo de urbanização acelerada desse período, eram incompatíveis com a mudança do regime político e com a trajetória histórica dos municípios brasileiros que, a despeito de sua relativa autonomia, foram os entes mais excluídos pelo modelo de gestão metropolitana criado pelo regime militar. Somados, esses fatores explicam por que as entidades gestoras não sobreviveram à redemocratização.

Por fim, o entendimento dos constrangimentos ocorridos no passado, no que se refere à gestão metropolitana enquanto instituição, oferece algumas pistas sobre os problemas que podem ressurgir com a perspectiva de recriação ou de fortalecimento da gestão metropolitana. A análise da experiência brasileira não implica advogar que o passado prediz o futuro, mas sim que ele fornece indicações sobre o futuro, em especial sobre o papel das instituições, dos atores e das experiências passadas em incentivar (ou constranger) os resultados do processo decisório sobre as formas de gestão do território, especialmente no que diz respeito à política de saúde e sua gestão em âmbito metropolitano. Para tanto, o conceito fundamental é o de governança metropolitana, tratado adiante.

Sabe-se que a reestruturação da produção e a falência do modelo nacional desenvolvimentista provocaram mudanças nas vocações metropolitanas. No entanto, a maioria das áreas metropolitanas não está preparada para assumir os desafios gerados pelo novo cenário local e internacional. Isso se deve, em grande medida, aos seus atuais marcos institucionais (de gestão e financeiros) que são obsoletos ou inadequados para tratar as necessidades correntes e futuras em termos de gestão pública.

Novos problemas precisam ser enfrentados através de novos instrumentos. Dado que esses problemas têm natureza estrutural, é preciso recuperar a capacidade de pensar o futuro, ou seja, de formular estratégias de desenvolvimento. Para tanto, é necessário arejar a

governabilidade através da introdução de instrumentos alternativos e novos arranjos institucionais que se traduzam em novas formas de governança. Nesse sentido, é preciso aprofundar a compreensão das questões relacionadas ao desenvolvimento metropolitano, entendendo melhor o conceito de governança metropolitana.

Nesse sentido, alguns elementos tornam-se centrais, tais como as dimensões territoriais, o raio de ação e os atores envolvidos no processo de tomada de decisões. Esses elementos estão reunidos na noção de governança metropolitana. Parte-se do princípio de que as questões relevantes são por natureza metropolitanas, superando os contornos municipais, isto é, vão além das estritamente locais e não chegam a alcançar a esfera estadual. Trata-se de focar tais questões no âmbito da existência ou não de complementaridades e interdependências numa dimensão espacial que transcende os entes federados, envolvendo, diretamente ou indiretamente, o nível municipal, o estadual e o federal.

A capacidade de governança de uma dada localidade deve estar associada às ideias de colaboração e participação. As burocracias divididas e rigidamente hierarquizadas devem ser substituídas por formas de organização em que as informações possam circular mais livremente entre as redes de agentes, de maneira a romper as barreiras dos procedimentos padronizados. Sendo assim, de acordo com Innes e Booher (2003), torna-se central para a visão de capacidade institucional a noção de aprendizado contínuo: aprendizado dos indivíduos sobre quais de suas ações são efetivas, das organizações sobre os resultados de suas ações e dos sistemas econômicos e políticos em que estão inseridos sobre como responder criativamente e de forma mais flexível em face das mudanças, crises ou simplesmente novas informações.

O debate teórico sobre a governança metropolitana pode ser dividido entre duas grandes tradições intelectuais: a tradição ligada às reformas metropolitanas e os adeptos da perspectiva da escolha pública.

A tradição das reformas metropolitanas entendia que o grande número de jurisdições independentes numa área metropolitana era o principal obstáculo para a oferta eficiente e equitativa de bens e serviços públicos. Baseados nessa perspectiva e confiantes na racionalidade e na capacidade de planejamento de extensas burocracias públicas, os reformistas apoiavam a consolidação governamental, na qual os limites institucionais alcançariam a escala territorial do desenvolvimento econômico e social das áreas metropolitanas. Portanto, trata-se de extensas instituições políticas autônomas, cujo alcance territorial cobriria as funções da área metropolitana como um todo.

A perspectiva da escolha pública rejeita a ideia de consolidação como uma forma de resolver os problemas metropolitanos. A fragmentação institucional das regiões metropolitanas através da multiplicidade de jurisdições locais autônomas beneficiaria a oferta

efetiva e eficiente de serviços urbanos. Em nível agregado, a competição entre os governos locais para atrair novos residentes levaria não apenas à convergência das demandas por serviços urbanos, como também a eficiência na alocação dos recursos públicos para a produção destes serviços.

Por outro lado, as estruturas metropolitanas consolidadas provavelmente originariam maiores custos associados às grandes estruturas burocráticas. Somado a isso, esse tipo de estrutura oferece menores graus de acessibilidade, prestação de contas e flexibilidade, visto que tenderia a aumentar a distância entre os políticos e os cidadãos. Dessa maneira, tais estruturas metropolitanas teriam dificuldade em responder rapidamente às demandas locais.

Os defensores de um modelo de governança consolidada sugerem que ele é mais eficiente à luz das economias de escala e da redução das externalidades negativas. Além disso, a fragmentação metropolitana não seria intrinsecamente equitativa, dado que as comunidades com renda mais baixa necessitam de impostos mais altos para financiar os mesmos serviços, o que as colocaria desde o início em posição desvantajosa para atrair capitais e recursos humanos. Os defensores da teoria da escolha pública alegam que não é estritamente necessário criar autoridades metropolitanas para obter economias de escala e evitar as externalidades. O mesmo resultado poderia ser obtido mediante, por exemplo, acordos intermunicipais assinados entre governos, representantes da sociedade civil e o setor privado.

Em meados dos anos 90, abriu-se uma nova linha de investigação, a partir da qual se questionou a maior eficiência da fragmentação em relação à consolidação institucional metropolitana, ou em outros termos, a associação automática entre eficiência e fragmentação na literatura sobre escolha pública. Esse é o caso do estudo de Wikstron (1997) e das discussões dos estudiosos europeus. Baseada na análise da funcionalidade dos processos políticos contemporâneos nas áreas metropolitanas, esses autores consideram que a governança está alicerçada em redes orientadas com propósitos específicos e associada a políticas públicas coordenadas. Nesta concepção, a governança é construída através da relação entre os agentes políticos relevantes consubstanciando arranjos de cooperação em torno de temas metropolitanos. A agregação heterogênea dos agentes de diferentes competências e *backgrounds* resulta no planejamento e na oferta de serviços urbanos, independentemente dos limites territoriais das estruturas tradicionais dos governos locais.

Portanto, a então chamada “nova governança metropolitana” (HEINELT; KÜBLER, 2002) não está focada essencialmente nas estruturas institucionais e no comportamento de localidades autônomas, mas nos jogos entre várias agências públicas e agentes públicos e privados nos diferentes níveis territoriais. Em outros termos, essa abordagem enfatiza a existência de um hibridismo entre mercado e a estrutura de governo através das redes de políticas públicas. Além disso, ressalta expressões da modernização da sociedade como a

perda relativa de centralidade do Estado e a crescente importância de redes políticas e agentes sociais, os quais passam a se orientar por estratégias consensuais na busca de soluções para resolução de problemas sociais.

É nesse sentido que se deve conceber uma estratégia de desenvolvimento que deve partir da valorização das regiões metropolitanas e dos protagonistas do desenvolvimento local, que são múltiplos, uma vez que não há um ator econômico, político e/ou social que seja capaz de monopolizar a oferta de bens e serviços na amplitude e diversidade necessárias. Esses territórios – as RM – não devem ser vistos apenas como dimensões administrativas e burocráticas, e muito menos como realidades puramente geográficas, mas como redes de cidadãos. Territórios estes que também se constituem pela presença e integração das instituições que ofertam bens e serviços públicos como educação, saúde, transportes, telecomunicações, entre outros. Dessa forma, o território é desenhado pela extensão das redes sociais, técnicas e institucionais que criam e recriam esses bens e serviços; sua competitividade é função da cooperação entre os atores locais organizados nessas diferentes redes. É através da aliança entre as esferas de governo, a iniciativa privada e a sociedade civil por meio de diversas iniciativas dos atores locais que pode ser posto em marcha um processo de crescimento mais equitativo de longo prazo.

Para tanto, torna-se necessário pensar em novas formas de governança, ou seja, na elaboração de ferramentas, mecanismos e arranjos institucionais para que esses territórios sejam governáveis, administráveis. As novas formas de governança devem ser eficazes na solução de problemas crescentemente multidimensionais, através da elaboração de políticas intersetoriais integradas. Entretanto, as diversas experiências nacionais em termos de governança metropolitana devem ser consideradas, desde que observadas as diferenças como, por exemplo, as limitações constitucionais que podem condicionar as formas de cooperação.

De acordo com Lefèvre (2004; 2005) as diferentes experiências de governança metropolitana podem ser concebidas em duas categorias, sob a forma de modelos: a governança através da construção institucional (autoridades públicas metropolitanas por meio das unidades de governo local, ou de um órgão de cooperação formal entre os governos locais); e a governança através da cooperação intermunicipal e/ou setorial (arranjos associados a uma estrutura de governança fragmentada). Essas categorias não são excludentes entre si e não há entre elas uma hierarquia evolucionária. Entretanto, as limitações já mencionadas explicam por que os países optam por determinado modelo. No primeiro modelo se encaixam os casos de França, Itália e Alemanha, enquanto os casos de EUA e Inglaterra se aproximam do segundo modelo. O caso brasileiro, ainda que de forma

embrionária, também pode ser considerado um exemplo do segundo modelo, ao considerarmos por exemplo o caso da política de saúde e dos consórcios intermunicipais<sup>12</sup>.

O modelo de governança metropolitana enfrenta inúmeros desafios, alguns associados a deficiências herdadas do passado e outros associados às novas transformações da sociedade. Entre eles, podemos destacar a complexa e imprecisa divisão de poderes entre os diferentes entes federativos no Brasil. Ora, esse problema aparece ainda mais difícil porque, embora a dinâmica sócio-econômica tenha produzido as “aglomerações metropolitanas”, que não tem estatuto legal de um ente federativo, tampouco a legitimidade política e democrática conferida às instâncias federativas.

Apesar de reconhecidas pela Constituição Federal, as regiões metropolitanas não são nem unidades federativas, nem tampouco entidades autônomas de governo. Essa situação legal ambígua, ao não contemplar instâncias intermediárias, gera um vazio institucional que acentua as resistências e o pouco empenho das instâncias federativas existentes – estados e municípios – no fortalecimento das regiões metropolitanas.

Por isso, a construção de uma governança metropolitana dotada de capacidade de formulação e de implementação de programas e políticas com o escopo e a abrangência dos problemas existentes nessas aglomerações enfrenta os obstáculos oriundos das resistências de governos estaduais e municipais em reconhecer o “espaço da governança metropolitano”, transformando essa relação com as áreas metropolitanas num jogo de soma zero. Ou seja, uma estrutura de governança metropolitana ágil significaria redução de poder das instâncias estaduais e municipais.

A experiência brasileira dos últimos vinte anos marcada pela ausência de políticas urbanas projeta a necessidade de um esforço redobrado na construção de estruturas institucionais e capacidades técnica de desenho e de implementação a altura dos grandes problemas das regiões metropolitanas. Essas duas condições dependem também do equacionamento do “problema federativo” e da renovação da capacidade de análise das realidades metropolitanas, a urgência de novos diagnósticos e de estudos para aprofundar o conhecimento sobre a complexidade metropolitana faz parte do esforço de criar estruturas de governança, que preencham os três requisitos essenciais: participação, capacidade de resolver problemas e cooperação entre os diferentes atores envolvidos.

---

<sup>12</sup> Com a Lei 11107 de 6 de Abril de 2005, o ordenamento brasileiro disciplina a formação de consórcios públicos, integrados por entes federativos para a realização de objetivos de interesse comum.

- **OS CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS DE SAÚDE E SUA CONTRIBUIÇÃO COMO INSTRUMENTO DA GOVERNANÇA REGIONAL EM SAÚDE.**

Durante os debates que antecederam a elaboração da Carta de 88, era evidente a falência dos formatos institucionais disponíveis para a organização regional em âmbito metropolitano no país, bem como a necessidade de se proceder à sua substituição. As inovações foram substanciais. Por um lado, o Estado passou a ser o responsável pela criação das unidades regionais, atendendo à crítica sobre o excesso de centralização presente no estatuto anterior. Por outro lado, foi ampliado o número de figuras correspondentes às unidades regionais, formalizando as categorias de aglomerações urbanas e microrregiões. Assim, tornou-se possível reservar para a qualificação dentro desta categoria apenas aquelas regiões dotadas de funções e estruturação claramente metropolitanas.

Mais recentemente, visando a complementar as inovações criadas pelo último texto constitucional, e percebendo a inadequação dos mecanismos e instituições públicas existentes para lidar com os desafios metropolitanos em termos de governança, novos instrumentos foram criados sob a forma de leis. São eles: o Estatuto das Cidades (Lei nº 10.257 de 10 de julho de 2001), as Parcerias Público-Privadas (Lei nº 11.079 de 30 de dezembro de 2004) e os Consórcios Públicos (Lei nº 11.107 de 6 de abril de 2005).

Embora a figura jurídica do consórcio já exista há décadas<sup>13</sup>, foi somente a partir dos anos 80, com o início do processo de descentralização, que essa forma de associação tornou-se uma alternativa efetiva para a organização e gestão de serviços sociais de âmbito local. A relação de igualdade entre os municípios é a base do consórcio, preservando-se assim a decisão e a autonomia dos governos locais, não se admitindo subordinação hierárquica de um dos parceiros ou à entidade administradora.

Outra característica, especialmente na área da saúde, é a diversidade de objetivos que motivam o seu desenvolvimento: cada consórcio tem características próprias, decorrentes das peculiaridades e dificuldades, tanto da região quanto do município consorciado. Um Consórcio Intermunicipal de Saúde (CIS) pode ser definido como a associação de dois ou mais municípios visando à resolução de problemas do setor e a busca de objetivos comuns mediante a utilização conjunta dos recursos humanos e materiais disponíveis. Os CIS deverão obedecer aos princípios, diretrizes e normas que regulam o Sistema Único de Saúde. O principal agente de gestão desses consórcios é uma Assembleia Geral, composta pelos chefes do Executivo dos entes federados consorciados. Além deles, normalmente, são incorporados representantes dos legislativos locais, empresas privadas e entidades da sociedade civil.

---

<sup>13</sup> No Brasil, a Constituição de 1937 já tratava dessa questão ao mencionar o agrupamento de municípios para administração de serviços públicos.

Os consórcios têm sido constituídos como organizações da sociedade civil sem fins lucrativos, salvo raras exceções. Para serem criados precisam ser aprovados pelas Câmaras Municipais das cidades participantes. Quanto ao financiamento, grande parte é realizada por meio de transferências diretas ou indiretas de recursos do SUS aos municípios.

Em relação à gestão operacional, na maioria dos casos, é criada uma estrutura própria que fica responsável por definir as obrigações (transferência de encargos, bens, serviços e pessoal) entre as cidades envolvidas e entre estas e o consórcio por meio de um contrato de programa. Há duas formas de suprir essa estrutura: criando um quadro de pessoal próprio ou utilizando servidores cedidos pelas cidades integrantes. Os consórcios, em geral, são presididos por um dos chefes do Executivo dos entes consorciados, adotando-se um sistema de rodízio, mudando a cada um ou dois anos. Ademais, todo consórcio público será constituído por contrato, cuja celebração dependerá da prévia subscrição de protocolo de intenções que delimitará cláusulas específicas.

O consórcio deve se estruturar da seguinte forma: criação de um Conselho de Municípios, em geral formado pelos secretários municipais de saúde, que é o nível máximo de deliberação; criação de um Conselho Fiscal, responsável pelo controle da gestão financeira do consórcio e criação de uma Secretaria Executiva, cujo coordenador é indicado pelo Conselho de Municípios. A participação da comunidade deve ser exercida através dos Conselhos de Saúde dos municípios, no sentido de formular propostas, apresentar reivindicações, controlar e fiscalizar a execução das ações e serviços definidos no Plano Municipal da Saúde.

O funcionamento desses consórcios também exige articulação nos planos federal e estadual, relação que foi se institucionalizando ao longo da década de 90, resultando em diversos espaços de representação e coordenação, ocupados por representantes dos três níveis de governo responsáveis pelas políticas públicas de saúde. Nos estados, as atividades desenvolvidas devem estar contempladas na Programação Pactuada Integrada (PPI) que deve ser discutida e aprovada pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB), criada pelo Ministério da Saúde em 1993, formada por representantes das esferas estadual e municipal de governo, com a função de negociar e decidir sobre as questões operacionais do SUS no âmbito estadual. O objetivo é a criação de um espaço para a definição do planejamento regionalizado de saúde, compatibilizando os planos municipais com os regionais e possibilitando uma melhor utilização da estrutura de atendimento já instalada, na medida em que permite a articulação entre os sistemas municipais. Tudo isso, no entanto, deve expressar a vontade autônoma de cada um dos municípios consorciados, com a garantia da sua autonomia com relação aos governos estadual e federal, e ao próprio consórcio, na medida em que este não se constitui em uma instância superior aos municípios.

O menor comprometimento dos governos estaduais no financiamento às políticas de saúde ao longo dos anos 90 enfraqueceu a formação de sistemas regionais e impulsionou a solução por meio dos consórcios intermunicipais também como uma alternativa de financiamento, seja no custeio dos serviços, seja em termos de política de investimentos.

Do ponto de vista da ação dos governos municipais, a criação dos consórcios públicos pode produzir os seguintes resultados positivos:

- a) Aumento da capacidade de realização: ampliação do atendimento aos cidadãos e do alcance das políticas públicas;
- b) Maior eficiência do uso dos recursos públicos: é o caso do compartilhamento de recursos escasso como na área da saúde. O volume de recursos aplicados como investimento no consórcio e o custeio de sua utilização são menores do que a soma dos recursos que seriam necessários a cada um dos entes consorciados para produzir os mesmos resultados;
- c) Realização de ações inacessíveis a uma única prefeitura ou a um governo estadual: é o caso da aquisição de equipamentos de alto custo ou do desenho de políticas públicas de âmbito regional;
- d) Aumento do poder de diálogo, pressão e negociação dos municípios junto aos governos estadual e federal. Com isso, vê-se fortalecida a autonomia em âmbito local;
- e) Aumento da transparência das decisões públicas: como as decisões envolvem vários atores, naturalmente se tornam mais visíveis, pois exigem um processo de discussão mais aprofundado em cada município e em termos regionais. Com isso, abre-se espaço para um maior controle social sobre a ação dos governos.

Apesar desses resultados positivos, o papel dos municípios na criação dos consórcios é limitado quando comparado aos outros níveis de governo. Nos casos mais exitosos, o incentivo dos governos estaduais foi fundamental para o estabelecimento e consolidação da cooperação entre os municípios. O Ministério da Saúde, por sua vez, buscou legislar sobre o assunto no sentido de estabelecer parâmetros para a criação dos consórcios. Dessa forma, as ações federais, de importância secundária, se traduziram na tentativa de organizar uma experiência que surgiu da decisão e iniciativa dos estados e municípios.

A principal virtude dos consórcios é a sinergia que eles propiciam aos serviços para os quais são organizados. Isto é, eles articulam e coordenam os recursos financeiros, os equipamentos, os técnicos e o conhecimento gerencial dos municípios consorciados, aumentando significativamente o rendimento de seus esforços, evitando a dispersão de recursos financeiros, humanos e materiais e maximizando o aproveitamento dos recursos municipais. Neste sentido, os consórcios são por excelência instrumentos de estímulo ao

planejamento local e regional em saúde, tornando viáveis os investimentos e contribuindo para superar as dificuldades locais no processo de implementação do SUS.

Para os municípios de pequeno porte, o consórcio representa a possibilidade de oferecer à sua população um atendimento de maior complexidade. Também nas regiões metropolitanas, o consórcio intermunicipal constitui um instrumento fundamental de otimização da rede disponível, possibilitando melhor atendimento às necessidades de saúde das populações dos municípios periféricos. As dimensões e a complexidade dos esforços envolvidos na formação de consórcios em regiões metropolitanas são incomparavelmente maiores do que nos pequenos municípios. Além disso, os grandes desníveis da capacidade tributária entre os municípios e a desproporção dos respectivos sistemas de saúde tornam muito mais complicada a estruturação dos mecanismos de financiamento e gestão de consórcios nas RM.

Finalmente, do ponto de vista legal, os consórcios são pessoas jurídicas de direito privado, o que permite maior flexibilidade administrativa. Nessas instituições, a contratação de pessoal é realizada segundo a lógica de mercado com pagamento de salários competitivos aos especialistas.

Apesar dos benefícios aos usuários dos serviços e do aumento da resolutividade da rede de saúde, pode haver situações em que os municípios decidam abandonar os consórcios. A viabilidade dessas instituições a longo prazo depende da confiança mútua entre os gestores. Considerando a fragilidade das finanças municipais e a complexidade do processo político de construção dessas parcerias, a manutenção desse tênue equilíbrio pode ser inviabilizada.

### 3. METODOLOGIA

Considerando os elementos apontados no marco conceitual, esta vertente da pesquisa permitiu a análise e a comparação das normas e responsabilidades delegadas aos gestores públicos municipais e estaduais de saúde no processo de descentralização/ regionalização do SUS para efetivação dos pactos entre gestores, bem como as estruturas, processos e instrumentos de gestão desenvolvidos e implementados, visando à organização do sistema metropolitano de saúde.

Assim, buscou-se conhecer a realidade dos aspectos relacionados à governança em saúde na RMC apoiando-se na pesquisa exploratória, que permite a combinação de diferentes técnicas e instrumentos, e possibilita, através de sucessivas fases, aprofundar o conhecimento do objeto de estudo.

A partir do levantamento das instâncias envolvidas no processo de governança regional em saúde, foi possível a caracterização geral dessas estruturas em termos de composição, criação e atribuições.

Tendo em vista, no entanto, a complexidade do objeto de investigação deste estudo, conforme indicado no marco conceitual, e considerando-se que informações quantitativas são insuficientes para avaliar avanços e fragilidades, houve necessidade de se recorrer a análises qualitativas construídas a partir de levantamento de dados junto aos responsáveis pelas instâncias envolvidas nos processos de governança em saúde na RMC. Optou-se pela utilização de entrevista semi-estruturada a partir de um roteiro previamente elaborado (ANEXO 1). Esse roteiro, contendo tópicos orientadores para o entrevistador, permitiu uma maior flexibilidade quanto à ordem das questões a serem abordadas, possibilitando maior variedade de respostas ou surgimento de outras questões que, nesse caso, podem ainda ser contempladas pelo entrevistador (LAKATOS; MARCONI, 1995).

#### 4. APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

Neste capítulo, serão apresentados os principais resultados obtidos a partir do levantamento e de análise: a) das normas sobre gestão e processo de regionalização em saúde, identificando o arcabouço jurídico-legal que orienta a regionalização no SUS, bem como suas diretrizes e responsabilidades delegadas aos entes federativos; e b) das atuais instâncias de governança regional identificadas, seus regulamentos e registros. Essa caracterização possibilitou a identificação de um conjunto preliminar de características presentes nos mecanismos, processos e instâncias que envolvem a governança regional em saúde na RMC.

Também serão apresentados os principais aspectos observados nas entrevistas realizadas com os responsáveis pelas instâncias de governança regionais em saúde identificadas, buscando a caracterização dos processos decisórios, de negociação e pactuação existentes.

- **AS INSTÂNCIAS ENVOLVIDAS NO PROCESSO DE GOVERNANÇA EM SAÚDE NA REGIÃO METROPOLITANA DE SAÚDE**

As instâncias de governança regional em saúde presentes na Região Metropolitana de Saúde foram identificadas a partir de levantamento documental (leis de criação, decretos, portarias, regimentos e estatutos) que forneceram subsídios para a identificação de competências e atribuições, a análise de suas composições, bem como a natureza jurídica do seu *modus operandi*. Essas informações contribuíram para o aprimoramento dos instrumentos de coleta de dados, que foram em seguida utilizados. São esses os entes envolvidos no processo de governança em saúde na RMC:

- I- DRS VII- Campinas

A Divisão administrativa da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo se faz através dos Departamentos Regionais de Saúde - DRS, atendendo ao Decreto DOE nº 51.433, de 28 de dezembro de 2006. Por meio desse Decreto, o Estado foi dividido em 17 Departamentos de Saúde, que são responsáveis por coordenar as atividades da Secretaria de Estado da Saúde no âmbito regional e promover a articulação intersetorial, com os municípios e organismos da sociedade. Segundo o artigo 4ª do referido decreto, esses Departamentos têm por finalidade: a) Contribuir para a qualidade de vida da população das respectivas regiões, coordenando, articulando e organizando e gerenciando o sistema de saúde loco regional; b) Identificar a necessidade de compra de serviços de saúde; c) promover a articulação dos sistemas metropolitanos de saúde; d) avaliar, acompanhar e estabelecer a cooperação técnica dos sistemas de saúde; e) tornar disponíveis e dar publicidade às

informações de saúde e gerenciais que viabilizem o controle social do desempenho do sistema de saúde.

## II- COLEGIADO GESTOR REGIONAL DAS REGIÕES DE SAÚDE DE CAMPINAS OESTE e JUNDIAI

A implantação dos Colegiados de Gestão Regional foi prevista no Pacto de Gestão pela Saúde, documento pactuado na reunião da Comissão Intergestores Tripartite do dia 26 de janeiro de 2006 e aprovado na reunião do Conselho Nacional de Saúde do dia 09 de fevereiro de 2006 (Portaria 399-GM, 2006). Segundo o Pacto de Gestão, o Colegiado de Gestão Regional (CGR), imprescindível a um processo de regionalização qualificado, deve operar como espaço permanente de pactuação e co-gestão solidária, garantindo e aprimorando a aplicação dos princípios do SUS. Além disso, o CGR constitui-se num espaço de decisão através da identificação, definição de prioridades e de pactuação de soluções para a organização de uma rede regional de ações e serviços de atenção à saúde, integrada e resolutiva. O Colegiado tem como uma das suas principais atribuições elaborar um plano regional que defina 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 Colegiado deve ser formado pelos gestores municipais de saúde do conjunto de municípios e por representantes do(s) gestor(es) estadual(ais), sendo as suas decisões sempre por consenso, pressupondo o envolvimento e comprometimento do conjunto de gestores com os compromissos pactuados.

Dos 19 municípios da Região Metropolitana 18, fazem parte da DRS VII. Somente o município de Engenheiro Coelho pertence ao DRS X de Piracicaba. A seguir, apresenta-se a distribuição dos 18 municípios da RMC em três dos quatro CGR do DRS VII.

**Quadro 1** – Distribuição dos municípios da RMC nos CGR do DRS VII

CGR	Municípios
Campinas: 11 Municípios	Águas de Lindóia, Amparo, <b>Campinas</b> , <b>Indaiatuba</b> , Lindóia, Monte Alegre do Sul, <b>Monte Mor</b> , <b>Pedreira</b> , Serra Negra, <b>Valinhos</b> , <b>Vinhedo</b> .
Jundiaí: 9 Municípios	Cabreúva, Campo Limpo Paulista, <b>Itatiba</b> , Itupeva, Jarinú, Jundiaí, Louveira, Morungaba, Várzea Paulista.
Oeste VII: 11 Municípios	<b>Americana</b> , <b>Artur Nogueira</b> , <b>Cosmópolis</b> , <b>Holambra</b> , <b>Hortolândia</b> , <b>Jaguariúna</b> , <b>Nova Odessa</b> , <b>Paulínia</b> , <b>Santa Bárbara d'Oeste</b> , <b>Santo Antônio de Posse</b> , <b>Sumaré</b> .

Obs.: Os municípios constitutivos da RMC estão destacados em negrito.

### III-CONSELHO DE DESENVOLVIMENTO DA REGIÃO METROPOLITANO DE CAMPINAS-CDRMC

O Conselho de Desenvolvimento da RMC foi criado pela Lei Complementar nº 870 de 19 de Junho de 2000, instalado através do Decreto nº 46.057 de 27 de Agosto de 2001, e teve seu regimento interno aprovado em 27 de Novembro de 2001. Tem carácter deliberativo e normativo e é composto por um representante de cada município que integra a RMC e por representantes do Estado nos campos funcionais de interesse comum, asseguradas a paridade das decisões. Poderão ser considerados de interesse comum do Conselho os seguintes campos funcionais:

- I - planejamento e uso de solo;
- II - transporte e sistema viário regionais;
- III - habitação;
- V - saneamento básico;
- V - meio ambiente;
- VI - desenvolvimento econômico; e
- VII - atendimento social.

De acordo com seu Regimento Interno, cabe ao Conselho de Desenvolvimento as seguintes atribuições:

I - especificar os serviços públicos de interesse comum do Estado e dos Municípios na unidade regional, compreendidos nos campos funcionais referidos no artigo 7º da Lei Complementar nº 760 de 1º de Agosto de 1994 e no artigo 10º da Lei Complementar nº 870, bem como, quando for o caso, as correspondentes etapas ou fases e seus respectivos responsáveis;

II - aprovar objetivos, metas e prioridades de interesse regional, compatibilizando-os com os objetivos do Estado e dos Municípios que o integram;

III - aprovar os termos de referência e o subsequente plano territorial elaborado para a respectiva região;

IV - apreciar planos, programas e projetos, públicos ou privados, relativos à realização de obras, empreendimentos e atividades que tenham impacto regional;

V - aprovar e encaminhar, em tempo útil, propostas regionais relativas ao plano plurianual, à lei de diretrizes orçamentárias e à lei orçamentária anual;

VI - propor ao Estado e aos Municípios dele integrantes alterações tributárias com finalidades extrafiscais necessárias ao desenvolvimento regional;

VII - comunicar aos órgãos ou entidades federais que atuem na unidade regional as deliberações acerca de planos relacionados com os serviços por eles realizados;

VIII - elaborar seu regimento e promover as alterações que se fizerem necessárias;

IX – Appreciar, propor e deliberar sobre quaisquer matérias de impacto regional. 1 - O Conselho procurará compatibilizar suas deliberações com as diretrizes fixadas pela União e pelo Estado para o desenvolvimento urbano e regional. 2 - As deliberações do Conselho serão comunicadas aos Municípios integrantes da unidade regional e às autoridades estaduais responsáveis pelas funções públicas de interesse comum no prazo de 15 (quinze) dias.

X - propor e discutir critérios de compensação financeira aos Municípios Metropolitanos, que suportem ônus decorrentes da execução de funções públicas de interesse comum ou de serviços públicos metropolitanos;

XI - constituir Câmaras Temáticas para as funções públicas de interesse comum e Câmaras Temáticas Especiais, voltadas a um programa, projeto ou atividade específica, como sub-função entre as funções públicas definidas pelo Colegiado, disciplinando o seu funcionamento;

XII - indicar os membros do Conselho que irão integrar o Conselho de Orientação do Fundo de Desenvolvimento Metropolitano de Campinas;

XIII - dar posse aos membros dos Conselhos Consultivo e de Orientação do Fundo de Desenvolvimento Metropolitano de Campinas FUNDOCAMP;

XIV – eleger, dentre os seus membros, o Presidente e o Vice-Presidente, e compor a Secretaria Executiva;

XV – Propor em reunião do Conselho de Desenvolvimento, lista tríplice de nomes para cada cargo de confiança da Diretoria Executiva da Autarquia, criada pelo art. 18 da Lei Complementar nº 870/2000, para nomeação pelo governo do Estado;

XVI - Criar Comissão de Regulamentação de Entidades da Sociedade Civil, de 6 membros, escolhidos entre seus pares, para análise de credenciamento de entidades da Sociedade Civil, que poderão fazer parte do Conselho Consultivo;

XVII - Analisar em grau de recurso de entidades da Sociedade Civil que não tiveram seu credenciamento aprovado pela Comissão de Regulamentação de Entidades da Sociedade Civil.”

#### IV-AGEMCAMP

A Agência Metropolitana de Campinas, com sede e foro no município de Campinas, é uma autarquia estadual criada através da Lei nº 946/2003, vinculada pelo Decreto Nº 51.460, de 1º de Janeiro de 2007 à Secretaria Estadual de Economia e Planejamento. A AGEMCAMP tem por finalidade integrar a organização, o planejamento e a execução das funções públicas de interesse comum na Região Metropolitana de Campinas, composta pelos municípios de Americana, Artur Nogueira, Campinas, Cosmópolis, Engenheiro Coelho, Holambra,

Hortolândia, Indaiatuba, Itatiba, Jaguariúna, Monte Mor, Nova Odessa, Paulínia, Pedreira, Santa Bárbara D'Oeste, Santo Antônio de Posse, Sumaré, Valinhos e Vinhedo.

Entre as principais atribuições da AGEMCAMP, estão a fiscalização das execuções das leis que dispõem sobre regiões metropolitanas e aplicar as respectivas sanções; estabelecer metas, planos, programas e projetos de interesse comum, bem como fiscalizar e avaliar sua execução; manutenção de estruturas técnicas e administrativas de dimensões adequadas, dando prioridade à execução descentralizada de obras e serviços que será atribuída a órgãos e entidades públicas ou privadas, capacitadas para tanto e observada a legislação aplicável. Para a consecução de suas finalidades a AGEMCAMP poderá celebrar contratos e convênios com órgãos, entidades da Administração direta e indireta, nacionais ou estrangeiras.

#### V-CÂMARA TEMÁTICA DE SAÚDE DA RMC

As Câmaras Temáticas e as Câmaras Temáticas Especiais foram criadas pela Lei Complementar Estadual nº 870, de 19 de Junho de 2000 em seu artigo 12 e disciplinadas no Regimento Interno do Conselho de Desenvolvimento e pelo Regimento Interno das Câmaras Temáticas e Câmaras Temáticas Especiais. As Câmaras Temáticas e as Câmaras Temáticas Especiais, ambas de caráter técnico são coordenadas por um dos seus membros, titular ou suplente, sendo criadas por deliberação do Conselho de Desenvolvimento e tendo atribuições específicas, extinguindo-se as especiais, quando preenchidos os fins a que se destinam. A deliberação pela constituição de Câmara Temática ou de Câmara Temática Especial depende de aprovação da maioria simples dos votos dos membros do Conselho.

A Câmara Temática da Saúde foi criada pela Deliberação CD-RMC Nº 012/02 do Conselho de Desenvolvimento da Região Metropolitana de Campinas, com fulcro no disposto nos Artigo 2º, inciso XI, 29 e 46, todos do Regimento Interno do Conselho de Desenvolvimento da Região Metropolitana de Campinas, combinado com o artigo 3º, do Regimento Interno das Câmaras Temáticas e das Câmaras Temáticas Especiais. A justificativa para criação foi baseada na necessidade de soluções compartilhadas entre Estado e Municípios, bem como dos Municípios entre si, para os inúmeros problemas enfrentados pela área de saúde na Região Metropolitana de Campinas; a necessidade de construção de um sistema de saúde que premie e atenda os preceitos constitucionais, de descentralização, hierarquização das ações, integralidade e equidade, com garantia do controle social e com possibilidades iguais para o acesso a este sistema, com uma gama de serviços Municipais e Estaduais de porte; e a necessidade de discussão regional sobre as alternativas para o custeio das ações, financiamento, a priorização local dos investimentos, a discussão de um orçamento comum para a área e discussão conjunta de ações e prevenção, assistência e promoção à saúde.

A Câmara Temática de Saúde é composta pelo representante da Secretaria de Estado da Saúde e pelos 19 Secretários Municipais de Saúde ou seus representantes e tem por objetivo promover o levantamento das necessidades na área da Saúde, para o desenvolvimento de ações integradas que visem minimizar as carências da Região Metropolitana de Campinas.

#### VI-CONSELHO DO CONSÓRCIO DE PEDREIRA

O CONSAÚDE, entidade privada de direito público foi constituído em 2006, sendo o único Consórcio Intermunicipal de Saúde, da Região Metropolitana de Campinas. Formado pelos municípios de Pedreira, Artur Nogueira, Holambra e Santo Antônio de Posse, o Consórcio tem como sede o Hospital e Maternidade Humberto Piva, de Pedreira. Esse hospital foi cedido para o CONSAUDE por 20 anos. Para a constituição do consórcio os municípios aprovaram lei municipal, autorizando os prefeitos a firmar convênio com o consórcio. O CONSAUDE possui como instância máxima a Assembléia Geral constituída pelos 4 prefeitos que elegem o presidente e o vice. Existe ainda um Conselho Gestor formado pelos 4 Secretários Municipais de Saúde mais um coordenador indicado pela Assembléia Geral. Vinculado a este Conselho Gestor estão as unidades do Consórcio (no momento, apenas o hospital). O CONSAUDE possui ainda Conselho Fiscal integrado por dois representantes de cada Conselho Municipal de Saúde dos quatro municípios.

#### **• ASPECTOS OBSERVADOS NAS ENTREVISTAS COM OS RESPONSÁVEIS PELAS INSTÂNCIAS DE GOVERNANÇA DA RMC**

Conforme destacado anteriormente, foram realizadas entrevistas e oficinas com os gestores do setor saúde e dirigentes das estruturas responsáveis pela formulação e implantação de políticas públicas na RMC, visando ao aprofundamento da análise sobre o processo de governança em saúde na região.

No que se refere ao entendimento, conhecimento e clareza das atribuições e competências das diversas instâncias detectadas, verificou-se que:

- Do ponto de vista político, a falta de participação na Câmara Temática de Saúde ou a participação de representantes sem poder de decisão sinaliza ainda uma falta de percepção com relação ao potencial da RMC.

- As discussões no CDRMC são sempre sobre questões de caráter regional/metropolitano. Há uma percepção por parte dos prefeitos de que várias questões presentes em seus municípios não podem ser solucionadas de modo isolado, mas os gestores ainda não se utilizam de todo o arcabouço institucional do conselho, do fundo e da agência.

- Na medida em que as questões locais extrapolam os municípios, favorecendo a sua articulação regional, o Conselho pode se colocar como um interlocutor privilegiado com relação ao governo do Estado, possibilitando o diálogo.

- Há fortes indícios de que o governo do Estado de São Paulo ainda não tem muito claro o papel da RMC, considerando em alguns momentos o CDRMC apenas como uma instância burocrática.

- No momento, o envolvimento dos membros do CDRMC na discussão dos problemas comuns, ainda é frágil. A ausência de uma definição mais clara do papel do órgão no relacionamento da RMC com o governo estadual parece explicar em parte essa fragilidade.

- A consolidação da atuação do CDRMC, seja quanto à participação dos membros seja como interlocutor político, depende da concretização e visibilidade dos projetos. Enquanto isso não ocorre, considera-se que há um grande desgaste político para seus integrantes e que a função do Conselho é quase burocrática.

- Há a necessidade de proximidade e articulação do trabalho da Secretaria Executiva do CDRMC com a AGEMCAMP, para evitar a formação de articulações e agendas políticas paralelas.

- Há desconpasso entre a atuação da AGEMCAMP e a atuação política do Conselho de Desenvolvimento da Região Metropolitana. Não há uma boa comunicação entre a AGEMCAMP e o Conselho de Desenvolvimento da RMC, nem a clareza sobre as funções de cada uma das instâncias.

- Apesar de estar previsto na Lei, não há uma participação efetiva do Conselho na escolha da direção executiva da AGEMCAMP.

- O esforço para uma aproximação com as instâncias de gestão estadual é do CDRMC. Não há uma visão proativa por parte do Estado em relação à RMC.

- A alternância anual de poder no CDRMC é avaliada como um aspecto positivo que permite uma maior participação dos membros.

- A existência da RMC é algo novo. O pensar, planejar, programar e nortear ações na lógica regional, no caso metropolitana, parece consistir-se ainda em um grande desafio para todos.

- Apesar do seu potencial protagonismo no processo de regionalização da saúde, os Colegiados de Gestão Regional (CGR) são instâncias gestoras criadas recentemente e se encontram em fase de apropriação do seu papel, bem como em processo de ajustes da sua dinâmica de trabalho.

- O Colegiado de Gestão Regional da Região de Saúde Campinas e da Oeste VII encontram-se em processo de estruturação e de aprimoramento da sua atuação enquanto instância de gestão regional.

Por outro lado, quanto às fortalezas e fragilidades nos processos decisórios e de pactuação e consenso, pôde-se observar que:

- Entre as atuais Câmaras Técnicas existentes, a CT Saúde é a que possui maior participação de secretários municipais e com maior poder de resolução.

- O apoio da Agência às Câmaras Temáticas é fundamental, para que se concretizem os projetos. A falta de resultados mais objetivos no processo de implementação das decisões do CDRMC e dos planos das câmaras temáticas pode ser apontada como um fator que desestimula uma participação mais efetiva dos gestores.

- Há uma grande heterogeneidade e rotatividade dos representantes na CT Saúde e no CDRMC, o que dificulta o trabalho. Muitos dos representantes não têm poder de decisão, e ocorrem problemas na tomada de decisões quando o Conselho se posiciona em desacordo com o planejamento e as discussões da Câmara Temática.

- Até hoje sempre houve quórum mínimo para as votações do Conselho de Desenvolvimento da RMC e também das Câmaras Temáticas.

- A regulação do uso do sistema de saúde pela população de municípios vizinhos é colocada como um desafio, hoje, a ser enfrentado por meio de acordos entre as cidades. O entendimento entre os secretários de saúde, bem como a normatização dos serviços, vinculando procedimentos e locais de atendimento em cada localidade, são pontos destacados como fundamentais para a estruturação de redes.

- O consórcio existente na RMC é avaliado como uma estratégia positiva para otimizar os recursos em saúde existentes nos municípios de pequeno porte.

- O Consórcio vem tendo avaliação positiva, especialmente na Atenção Especializada e na agilização dos processos administrativos

- A maior parte dos gestores municipais acredita que o processo de regionalização possibilitou uma maior participação dos gestores nas decisões regionais, aumentando a autonomia, favorecendo a gestão solidária e promovendo a troca de experiências, parcerias e participação dos gestores nas decisões regionais.

- Os instrumentos de pactuação entre os gestores municipais e estaduais não têm força de lei e podem ser questionados judicialmente.

- A maior parte dos membros do CGR de Campinas acredita que a configuração regional definida é inadequada, ocorrendo distorções em relação ao acesso e à assistência nessa configuração, pois não foi respeitado o fluxo pré existente. Campinas, Sumaré e Hortolândia não fazem parte da mesma região de saúde.

- O CGR de Campinas não reconhece o que é discutido na CT Saúde da RMC. Há um clima de disputa, apesar de haver membros em comum nas duas instâncias.

- Há um grande esforço do DRS VII para estimular a presença e a participação efetiva dos gestores, especialmente dos municípios menores.

- Há pouca discussão política no CGR Campinas; nesse Colegiado as discussões são centradas na rotina e nas dificuldades da assistência, e a participação efetiva nas reuniões acontece em função dos técnicos das secretarias, havendo pouca presença dos gestores municipais.

- O CGR Oeste VII acredita que a configuração dessa região é adequada, pois todos os municípios da região pertencem à RMC e o desenho regional contempla os aspectos históricos e geográficos regionais.

- A atuação do DRS no processo de regionalização em curso é avaliada pelos municípios como positiva.

- Os gestores municipais acreditam que o processo de regionalização possibilitou uma maior participação dos gestores nas decisões regionais, aumentando a autonomia, favorecendo a gestão solidária, destacando que a regionalização permitiu que os municípios menores participem mais ativamente das discussões regionais,

- Os gestores acreditam que o Pacto foi um acontecimento extremamente importante em para o SUS, por possibilitar o resgate da participação do Estado no processo de regionalização do SUS e promover a integração, a cumplicidade entre os municípios e uma boa relação entre os gestores.

- Os gestores avaliam que os consórcios poderiam ser mais incentivados, tanto por parte da SES como pelo Ministério da Saúde.

- Em função de problemas políticos, um dos municípios resolveu se retirar do Consórcio existente na RMC, mas, no geral, há um bom entendimento entre os participantes. As responsabilidades estão bem definidas e os instrumentos legais vêm sendo cumpridos.

- Os consórcios são importantes para a regionalização, principalmente para os municípios pequenos que só oferecem Atenção Básica.

- O espaço do CGR representa uma possibilidade de regionalização solidária, mas ainda falta visão política, já que os gestores não têm um foco regional.

Quanto ao preparo técnico e político das equipes e adequação das estruturas envolvidas nos processos de governança, foi possível verificar que:

- O processo de instituição da AGEMCAMP, bem como a implantação efetiva de seus instrumentos legais e administrativos para o seu funcionamento, apresentou problemas. A falta de pessoal é marcante e afigura-se como limitador importante no desempenho das funções previstas no seu decreto de criação, seja para o apoio das discussões e projetos das câmaras temáticas, seja na gestão e controle de recursos do FUNDOCAMP.

- A AGEMCAMP, pela sua natureza, deveria ser a responsável pela unidade de gerenciamento do Plano Metropolitano de Saúde da RMC, mas há falta de estrutura para isso.

- A necessidade de pessoal para avaliar termos técnicos, projetos, entre outros, para a operação do fundo é uma necessidade que não foi prevista, e, por isso a AGEMCAMP evita de ser beneficiária do FUNDOCAMP, apesar da previsão legal de que poderia.

- A atuação do Conselho de Desenvolvimento, em relação à saúde, ainda pode ser considerada incipiente.

- No sentido do ordenamento de despesas e desenvolvimento de iniciativas de caráter metropolitano, a própria configuração do Conselho se coloca como uma dificuldade, pois atualmente o papel exercido pela figura do presidente do Conselho é o de articulador político, e não de executor ou responsável pelas ações, como no caso dos prefeitos e outros chefes do Executivo.

- Há uma limitação na preparação técnica prévia dos membros do Conselho para levar adiante as discussões, o que ressalta a importância do papel dos representantes das Câmaras Temáticas no sentido de prepará-los previamente para as reuniões.

- O DRS VII não possui infra-estrutura e desenvolvimento institucional para consolidar sua atuação enquanto coordenador do processo de regionalização do SUS.

- O DRS VII vem apresentando dificuldades nos processos de regulação dos contratos e convênios sob sua gestão em função da falta de recursos e de funcionários e por deficiências na sua estrutura.

- A atual direção do DRS VII priorizou a questão técnica em detrimento das articulações políticas frente às dificuldades encontradas pelo Departamento.

Já no tocante ao financiamento das ações definidas no âmbito metropolitano, foi possível detectar que:

- Há problemas com os depósitos dos recursos no FUNDOCAMP por parte dos municípios da RMC. Em que pese esse depósito estar previsto como parte das obrigações dos municípios da RMC, não há sanções para o seu descumprimento.

- As ações definidas para a RMC pelo CDRMC são financiadas pelos recursos do FUNDOCAMP.

- Apesar do maior aporte de recursos e da definição de nove ações prioritárias, no âmbito do Plano Metropolitano de Saúde, ainda há dificuldades para a execução dos recursos financeiros do FUNDOCAMP.

A articulação e a integração das instâncias existentes é uma das grandes desafios a serem superados para a boa governança. Os gestores avaliaram que:

- A relação entre o CDRMC, os CGR, a Câmara Temática e a AGEMCAMP é frágil, e só não é pior porque, coincidentemente, existem pessoas que participam das duas instâncias (CT e CGR), permitindo alguma articulação. Na realidade, é por intermédio dessas pessoas que a Agência tem conhecimento de algumas das deliberações. Acredita-se, entretanto, que quando o Plano Metropolitano começar a ser implementado, haverá a necessidade de contato mais estreito, sobretudo com o DRS VII.

- Há total descompasso entre as definições de abrangência territorial de atuação das diferentes áreas setoriais do governo estadual (saúde, educação, etc.) e o território da RMC. Há um número grande de representantes e de divisões distintas entre as áreas que dificultam muito as discussões.

- Quanto à atuação da Câmara temática de Saúde, a avaliação feita é de que falta comunicação entre os membros da CT e os respectivos prefeitos. Percebe-se um claro descompasso. É preciso aprimorar as relações entre as Câmaras Temáticas e o CDRMC. Falta preparo técnico dos prefeitos para a tomada de decisões nas reuniões do Conselho.

- O diálogo com os Colegiados Gestores Regionais é frágil, correndo-se o risco de caminhar em direções opostas, embora isto não tenha se apresentado ainda. Há dificuldade de interlocução da AGEMCAMP com o Departamento Regional de Saúde (DRS VII), devido ao descolamento entre o desenho da RMC e o das Regiões de Saúde que guardam correspondência com esse Departamento.

- Quanto à área da saúde, o maior problema mencionado é o fato de não haver coincidência entre as regiões de saúde e a Região Metropolitana de Campinas, o que vem dificultando a atuação do DRS VII, bem como a dos representantes da Câmara Temática

- A direção do Consórcio, quando precisa buscar maior aporte financeiro ou novas linhas de financiamento, geralmente se articula diretamente com o nível Federal. Ressente-se da participação e do apoio do DRS VII.

Quanto à dinâmica de trabalho dessas instâncias, foi possível observar que:

- Não há ainda efetiva participação de prefeitos e representantes na sugestão de pautas do CDRMC. Elas têm sido encaminhadas pela coordenação executiva do Conselho. A adesão dos municípios tem sido um pouco lenta, com destaque para Paulínia e Campinas.

- A sugestão de pauta para o Conselho atualmente é definida pelo presidente do Conselho juntamente com a secretaria executiva, e é enviada para o demais membros com dez dias de antecedência. Após a análise das sugestões, a pauta, é fechada e repassada com cinco dias de antecedência para os demais. Como estratégia, algumas figuras de destaque no meio político e administrativo (sobretudo, pertencentes ao governo estadual) têm sido chamadas para dar mais visibilidade às reuniões.

- Há uma preocupação com a adequação da pauta para que a reunião seja produtiva e estimulante. As reuniões são espaços de visibilidade política e de divulgação de diversas iniciativas do Estado.

- Como uma das possíveis explicações para a lentidão na execução das ações, pode-se apontar o caráter reativo, na medida em que se procura solucionar crises e outras questões de grande apelo político, surgidas na ordem do dia. Todavia, observa-se que há avanços, no sentido de valorizar e viabilizar o planejamento e a programação das ações na região.

- Considera-se que a visibilidade da RMC depende muito mais do trabalho realizado pelas suas instâncias gestoras do que da atenção eventualmente despendida pelo governo estadual. É necessário, portanto, insistir na divulgação de ações e informações que destaquem a importância da Região.

- A participação social e o reconhecimento da RMC e do Conselho pela sociedade ainda é muito baixo.

- A alternância anual da presidência do Conselho não é considerada um problema para a execução dos trabalhos, na medida em que a participação dos prefeitos ou mesmo a condução da discussão de determinados assuntos não são necessariamente diminuídas ou impedidas por se estar fora do cargo de presidência.

- Há pertinência dos assuntos pautados para as reuniões dos CGRs. A pauta é definida pelo DRS com a participação dos municípios.

- Quanto ao monitoramento e avaliação das decisões do Conselho de Desenvolvimento e das Câmaras temáticas, não existe ainda uma definição muito clara e sistemática das formas de realizar o acompanhamento dos processos e ações. No momento, há apenas um controle e uma ação da presidência neste sentido, mas sem uma dinâmica própria estabelecida.

São apresentadas a seguir as principais sugestões dos entrevistados para a qualificação dos processos, mecanismos e instâncias de governança.

- Os gestores avaliam que é necessária, no âmbito da RMC, uma maior articulação política e melhor comunicação entre secretários, prefeitos e governo do Estado. As discussões nas instâncias da RMC têm de ser orientadoras para a tomada de decisão e para o gerenciamento das políticas em todo o sistema de saúde regional, garantindo a superação de estrangulamentos e a otimização de recursos.

- Para a melhoria do processo decisório da saúde na RMC, foi destacada a importância da efetiva participação secretários de saúde nas reuniões da Câmara Temática, por dois motivos. Primeiro, pela legitimidade para poder decidir e depois por terem acesso

mais fácil aos prefeitos e por isso poderem relatar as discussões e deixá-los cientes dos assuntos e das deliberações ocorridas.

- As principais sugestões para o aprimoramento dos processos de negociação e pactuação são uma maior integração das outras instâncias de gestão da RMC com os CGR, definindo melhor os papéis e buscando solucionar o descompasso entre o Departamento Regional de Saúde VII a Câmara Temática em Saúde e o Conselho da RMC ,particularmente quanto à área de abrangência.

- Os gestores da região de Campinas destacaram a necessidade de redesenho da configuração dessa região de saúde

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES

Uma característica marcante do SUS na RMC diz respeito ao alto grau de autonomia de seus respectivos sistemas municipais de saúde. Essa autonomia é reforçada não só pela ênfase dada ao próprio processo de municipalização do sistema, como também pela autonomia desses entes no federalismo brasileiro, bem como pelas oportunidades geradas em decorrência das condições econômicas de alguns municípios da região. Apesar dessa autonomia, foi possível observar que os gestores, especialmente dos municípios de pequeno porte, estão convencidos da importância do processo de regionalização, para a viabilização dos sistemas de saúde.

Na análise do conjunto de dados coletados, foi possível identificar a presença de um grande número de atores envolvidos no processo de formulação e implementação das políticas de saúde na região. Entretanto, este estudo também permitiu observar que a articulação desses entes para o processo de formação e sustentabilidade das redes regionais de atenção à saúde na RMC apresenta um conjunto de fragilidades que devem ser superadas.

Para a sustentabilidade da rede é preciso buscar a sinergia de todos os envolvidos nos processos de governança em saúde na RMC, e estabelecer laços de confiança entre os atores, o que vem ocorrendo de forma muito incipiente na região. Verifica-se ainda que os principais pontos críticos do processo de governança em saúde nessa região são a inexistência de uma definição clara do papel das instâncias nesse processo, associada à falta de disseminação das informações e do conhecimento. Ressalta-se ainda a atuação desarticulada das diferentes instâncias; a deficiência nos processos de comunicação entre gestores; a falta de clareza sobre as atribuições e competências; a disputa pelo poder sobre o território; as configurações dos territórios sanitários que não coincidem com território da RMC e a ausência de uma postura mais pro ativa, capaz de diagnosticar os problemas e propor soluções à nova problemática urbana e metropolitana, ausência justificada, talvez, pela insuficiência do preparo técnico e político das equipes gestoras.

Para Tápia (2005), as experiências de concertação descentralizada ou de pactos territoriais correspondem a processos de construção institucional fortemente ancorados na ação concertada, envolvendo uma pluralidade de atores sociais, públicos e privados. No caso da RMC, esses atores coletivos devem ser os responsáveis pela construção simultânea das instituições e de políticas que permitam a pró atividade, a mobilização de atores sociais e a manutenção da confiança e cooperação entre os envolvidos.

Mesmo quando se fala nos projetos estratégicos definidos no âmbito do Plano Metropolitano de Saúde, a ausência, identificada por este estudo, de mecanismos adequados de acompanhamento das ações pelos atores envolvidos vem gerando dificuldades na fase de implementação desse plano, e até o descumprimento dos objetivos já definidos em conjunto.

O fortalecimento do processo de governança regional em saúde na RMC exigirá uma reformulação do modelo de descentralização atualmente praticado pelo Governo Estadual. Hoje, a descentralização se faz pela desconcentração da gestão para diversas instâncias, cuja base territorial obedece a critérios político-administrativos que não coincidem com outras divisões territoriais definidas pelo próprio ente estadual. Assim, a Secretaria de Estado da Saúde deve fazer um esforço para que o Governo Estadual busque a compatibilização dos seus territórios político-administrativos com os territórios sanitários.

Ressalta-se ainda que, para que exista uma governança pautada pela atuação concertada, faz-se necessário que todas as instâncias funcionem adequadamente. Dessa forma, as estruturas gerenciais do DRS VII, da AGEMCAMP, do FUNDOCAMP e da Secretaria Executiva do CDRMC devem ser reforçadas em termos de infra-estrutura física e de recursos humanos, materiais e financeiros. Para tanto, deve-se garantir a qualificação gerencial das equipes técnicas responsáveis pelo apoio aos fóruns de governança; tais equipes devem possuir conhecimentos e habilidades para planejar, monitorar e avaliar o desenvolvimento dos trabalhos.

Ainda como recomendação, sugere-se a adoção de algumas estratégias para a qualificação da Governança em saúde, de forma a viabilizar a rede regional de atenção à saúde na RMC, na perspectiva de superar a fragmentação do sistema. São elas:

- O estabelecimento imediato de um compromisso de participação da comunidade, dos indivíduos e das instituições, através da demonstração de confiança e reciprocidade entre as instituições envolvidas.
- A definição e apropriação dos papéis de cada uma dessas instituições.
- A busca pela efetividade e pela eficiência, de forma que as instituições e seus processos produzam resultados que atendam as necessidades, fazendo o melhor uso dos recursos disponíveis.
- Definição de canais de comunicação e dos fluxos de informações, inclusive com a sociedade.
- O monitoramento dos atores envolvidos no processo, relacionado às trocas e interações necessárias,
- Adoção de uma visão estratégica por parte das lideranças, que devem ter uma perspectiva de longo prazo na governança.

Finalmente deve-se destacar a importância da manutenção e/ou estruturação dos conselhos e fóruns de governança, para garantir a sustentabilidade. Acredita-se que é através da participação efetiva de todos os envolvidos em busca da mediação dos diferentes interesses que haverá a necessária construção dos consensos.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABRUCIO, Fernando Luiz; COSTA, Valeriano Mendes Ferreira. *Reforma do Estado e o contexto federativo brasileiro*. São Paulo: Fundação Konrad-Adenauer-Stiftung, 1999.
- ARRETCHE, M. Mitos da descentralização: mais democracia e eficiência nas políticas públicas?. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, nº 11, p.44-46, 1996.
- BANCO MUNDIAL. *Governança no SUS do Brasil: melhorando a qualidade do gasto público e gestão de recursos*. Relatório de pesquisa nº 36601-BR. 2007.
- BANTING K.; CORBETT S. Federalism and health care policy: an introduction. In: Health Policy and Federalism Workshop; 2001 Oct15-16; São Paulo, Brasil.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Norma operacional da assistência à saúde: NOAS/SUS 01/02*. Brasília, mar./2002.
- \_\_\_\_\_. *Portaria SAS 702 de 2002*. Brasília, DF.: MS, 2002.
- \_\_\_\_\_. *Portaria SAS 249 de 2002*. Brasília, DF.: MS, 2002.
- \_\_\_\_\_. *Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso (Norma operacional da Assistência à Saúde. NOAS/SUS 01/01. Portaria MS/GM nº 95 de 26 de janeiro de 2001*. Brasília, DF., 2001
- \_\_\_\_\_. *Norma operacional básica 001/96*. Brasília, DF.: MS, 1996.
- \_\_\_\_\_. *Diretrizes Operacionais: Pactos pela Vida, em defesa do SUS e da gestão*. Brasília, DF.MS, 2006. (Série Pactos pela Saúde, v.1).
- \_\_\_\_\_. *Diretrizes Operacionais: Pactos pela Vida e de gestão*. Brasília: MS, 2006. (Série Pactos pela Saúde, v.2).
- \_\_\_\_\_. *Diretrizes Operacionais. Regionalização Solidária e Cooperativa: orientações para sua implementação no SUS*. Brasília, DF.: MS, 2006. (Série Pactos pela Saúde, v.3).
- BRASIL. Ministério da Administração e Reforma do Estado. *Plano diretor da reforma do aparelho do Estado*. Brasília, 1995
- BRUNELLI, André; URANI, André. *Novas governanças para a Região Metropolitana de São Paulo*. São Paulo: Instituto de Estudos do Trabalho e Sociedade, 2006.
- CAPOBIANCO, Antônio Marcos. *Relações intergovernamentais na metrópole: adequação institucional para a ação*. São Paulo: Instituto de Estudos Avançados/ Universidade de São Paulo. 2003.
- FRANCE G. Compatibilità fra il federalismo e gli standard sanitari nazionali: una sintesi delle esperienze estere e possibili lezioni per l'Italia. In: *Federalismo, Regionalism e Standard Sanitari Nazionali: quarto paesi, quarto approcci*. Milão. Editore A. Giuffré, 2001.
- HEINELT, H.; KÜBLER, D. An analytical framework for democratic metropolitan governance. 30<sup>th</sup> ECPR Joint Sessions of Workshop The Politics of Metropolitan Governance, Turin. 2002.

LAKATOS, E. M; MARCONI, M. A. *Metodologia científica*. 2 ed. São Paulo: Atlas, 1995.

LEFÈVRE, Christian. *Paris et les grandes agglomérations occidentales: comparaison des modèles de gouvernance*. Paris: Extramuros, 2004.

\_\_\_\_\_. Governabilidade democrática de las áreas metropolitanas. Experiencias y lecciones internacionales para las ciudades latinoamericanas. In: ROJAS, Eduardo; CUADRADO-ROURA, Juan; GUELL, José Miguel Fernández (Org.). *Gobernar las metrópolis*. Washington: BID – Banco Interamericano de Desenvolvimento, 2005.

MEDAUAR, Odete. *O direito administrativo em evolução*. 2 ed. São Paulo, Editora RT, 2003.

MEDAUAR, Odete; OLIVEIRA, Gustavo Justino de. *Consórcios Públicos*. São Paulo: Editora RT, 2006.

MENDES, Eugenio Vilaça, *As Redes de Atenção à Saúde*, Belo Horizonte, Editora ESP/MG 2009, pp.256-278.

MOREIRA, R. Relativizando o dilema estabilidade versus instabilidade: Keynes, o mainstream e o conceito de bifurcação em economia. *Revista de Economia*, v.7, n.º1, jan./abr. 2006.

NEVES, Luiz Antonio; RIBEIRO, José Mendes. Consórcios de saúde: estudo de caso exitoso. *Caderno de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 22, n.º.10, p.2207-2217, out. 2006.

PASCHE, Dário Frederico; RIGHI, Liane Beatriz; THOME, Henrique Inácio; STOLZ, Eveline Dischkaln. Paradoxos das políticas de descentralização de saúde no Brasil. *Rev Panamericana de Salud Pública*, v. 20, n.º. 6, p. 416-422. 2006.

PIERSON, Paul. Increasing returns, path dependence, and the study of politics. *American Political Science Review*, v. 94, n.º. 2, p. 251-267, 2000a.

\_\_\_\_\_. The limits of design: explaining institutional origins and change. *Governance*, v.13, N.º. 4, p. 475-499, 2000b.

ROCHA, Carlos Vasconcelos; FARIA, Carlos Aurélio Pimenta de. Cooperação intermunicipal, reterritorialização da gestão pública e provisão de bens e serviços sociais no Brasil contemporâneo: a experiência dos Consórcios de Saúde de Minas Gerais. *Cadernos Metrópole*, n.º. 11, p.73-105, 2004.

SANTOS, Maria Helena de Castro. Governabilidade, Governança e Democracia: Criação da Capacidade Governativa e Relações Executivo-Legislativo no Brasil Pós-Constituinte. *DADOS – Revista de Ciências Sociais*. Rio de Janeiro, v.40, n.º. 3, p.335-376. 1997.

SANTOS, Lenir ; ANDRADE, Odorico. *SUS: O espaço da gestão inovada e dos consensos interfederativos*. 2 ed. Campinas/SP, Editora Saberes, 2009.

SÃO PAULO. (Estado). *Lei Complementar Estadual nº 870* de 19 de junho de 2000.

SOUZA, Celina. Regiões metropolitanas: condicionantes do regime político. *Lua Nova*, n.º. 59, p.137-158, 2003.

SOUZA, Celina. Regiões metropolitanas: reforma do regime político e vazios de governança. In: DINIZ, Eli (org.). *Globalização, Estado e Desenvolvimento: dilemas do Brasil no novo milênio*. Rio de Janeiro: Editora FGV. 2007

TAPIA, Jorge Ruben. Desenvolvimento local, concertação social e governança: a experiência dos pactos territoriais na Itália. *Revista São Paulo em Perspectiva*, v. 19, nº.1, p 132-139, jan/ mar de 2005.

TEIXEIRA, Luciana; MAC DOWELL, Maria Cristina; BUGARIN, Maurício. Consórcios Intermunicipais de Saúde: uma análise a luz da Teoria dos Jogos. *Revista Brasileira de Economia*. Rio de Janeiro, v.. 57, nº.1, p. 253-281, jan/mar., 2003.

TREVISAN, Leonardo. Das pressões às ousadias: o confronto entre a descentralização tutelada e a gestão em rede no SUS. *Revista de Administração Pública*. Rio de Janeiro, v.41, 2007.

VIANA, A. L. Novos riscos, a cidade e a intersectorialidade das políticas públicas. *Revista de Administração Pública*. Rio de Janeiro, v.32, nº2 , p. 23-24, mar/abr.,1998.

WIKSTROM, Nelson. Metropolitan Government and Governance. A Research Agenda for the mid 1990s. *Virginia Social Science Journal*, v. 2, p.49-66, 1997.



**UNICAMP**

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

**NEPP**

NÚCLEO DE ESTUDOS DE POLÍTICAS PÚBLICAS

Cidade Universitária "Zeferino Vaz"

Av. Albert Einstein, 1300

Campinas - SP - Brasil

CEP. 13083-852

TEL: (019) 3521-2495 / 3521-2499

FAX: (019) 3521-2140

E-mail: [nepp@nepp.unicamp.br](mailto:nepp@nepp.unicamp.br)

Homepage: [www.nepp.unicamp.br](http://www.nepp.unicamp.br)