Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Centro Biomédico
Instituto de Medicina Social

Daniela Savi Geremia

Federalismo e gestão metropolitana: subsídios para o planejamento territorial dos serviços de saúde

Rio de Janeiro
2015

Daniela Savi Geremia

Federalismo e gestão metropolitana: subsídios para o planejamento territorial dos serviços de saúde

Tese apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Sulamis Dain

Rio de Janeiro

2015

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CB/C

G367 Geremia, Daniela Savi
Federalismo e gestão metropolitana para o planejamento territorial dos serviços de saúde / Daniela Savi Geremia. – 2015.
214 f.

Orientadora: Sulamis Dain.

Tese (doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.

1. Saúde - Planejamento - Rio de Janeiro (Estado) - Teses. 2. Política de saúde - Rio de Janeiro (Estado) - Teses. 3. Saúde – Descentralização administrativa – Teses. 4. Federalismo – Teses. I. Dain, Sulamis. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. III. Título.

CDU 614(815.3)

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta tese, desde que citada a fonte.

_____ _____

Assinatura Data

Daniela Savi Geremia

Federalismo e gestão metropolitana: subsídios para o planejamento territorial dos serviços de saúde

Tese apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde.

Aprovada em 13 de março de 2015.

Banca Examinadora:

_____

Prof.ª Dra. Sulamis Dain (Orientadora)
Instituto de Medicina Social – UERJ

_____

Prof. Dr. Paulo Henrique Almeida Rodrigues
Instituto de Medicina Social – UERJ

_____

Prof. Dr. Ruben Araujo de Mattos
Instituto de Medicina Social – UERJ

_____

Prof.ª Dra. Luciana Dias de Lima
Escola Nacional de Saúde Pública – FIOCRUZ

_____

Prof.ª Dra. Leyla Gomes Sancho
Instituto de Estudos em Saúde Coletiva - UFRJ

Rio de Janeiro

2015

Dedico este trabalho a todos os brasileiros que lutam por um Sistema Único de Saúde (SUS) universal, equânime e integral. E a todos que valorizam a riqueza do território e do povo brasileiro.

AGRADECIMENTOS

Em termos pessoais e acadêmicos, as conquistas foram várias, e esta tese é uma parte extremamente significativa. Os cursos de mestrado e doutorado me possibilitaram sair da minha terra natal e morar no Rio Janeiro. Esta cidade na qual sempre me senti nativa, onde sou amiga da visível aura de botequim e dos sambas que por aqui e ali rondam, e onde quase tudo tem. Meu agradecimento especial a esse pedaço de Brasil com o qual eu me identifico e me encanto. Após um turbilhão de coisas que aconteceram em quatro anos, acabar esta tese de doutorado é uma conquista pessoal muito gratificante. Abandonei minha zona de conforto e meus desassossegos – afinal, é isso que nos faz vivos. Ora, os desafios são nossa energia.

A primeira pessoa a quem agradeço, é meu esposo Fabiano Geremia, uma pessoa incrível, que a cada dia admiro mais e mais, sempre me apoiando, cuidando de mim, com muita paciência, amor e compreensão. Várias pessoas nos falaram que se o casamento passasse por uma tese seria duradouro, o nosso já passou por duas, a dele e a minha, e continua forte como uma rocha e delicado como um diamante. O doutorado era um ideal nosso e foi alcançado. Agradeço também à sua família pelo apoio e torcida.

Aos meus pais, Antonio Savi e Zilda Salete Michelon Savi, quero agradecer pelo incentivo a nunca desistir dos meus objetivos, pelo encorajamento, pela alegria, amor e compreensão, vocês são fundamentais na minha vida e nada disso teria valor se eu não visse alegria e orgulho nos olhos de vocês. Obrigada por abdicarem de muitas coisas na vida de vocês para me ajudar, o esforço de vocês fez com que eu chegasse até aqui.

Aos meus irmãos, Mariane Savi e Maurício Antonio Savi, obrigada pela parceria, pela amizade, pelo companheirismo e pela simplicidade. À minha cunhada Gabriela Folle, obrigada por fazer parte da nossa família.

Agradeço especialmente à professora Sulamis Dain, pela disponibilidade irrestrita em orientar esta tese. Agradeço por ampliar meus horizontes de forma crítica e inteligente, pelo apoio humano, dedicação, atenção e generosidade. O doutorado foi prazeroso porque tive uma mestra que conduziu de modo sensacional este processo. Não é difícil compreender tamanha admiração dos seus alunos, ex-alunos e colegas de trabalho. Sou muito grata por sua amizade.

Ao Instituto de Medicina Social da UERJ e aos professores que contribuíram direta ou indiretamente, especialmente a George Kornis, Ruben Mattos, Paulo Henrique, Roberto Parada e Eduardo Levcovitz, que contribuíram com ensinamentos valiosos durante todo o doutorado. Aos funcionários do IMS/UERJ, Sílvia Constancio, Simone Motta, Eliete e Athur.

A Ana Silvia Gesteira, pela revisão final desta tese. A Cláudia Camelo e toda equipe do CEPESC, pelo apoio no grupo de pesquisas.

Meu profundo agradecimento ao professor Pedro Gabriel Delgado, pela oportunidade de participar do Núcleo de Pesquisas em Políticas Públicas de Saúde Mental (NUPPSAM/IPUB/UFRJ). Estendo meus agradecimentos a toda a equipe do NUPPSAM – Cristina Ventura, Renata Weber, Rossano Cabral Lima, Eduardo Mourão Vasconcelos, Sílvia Monnerat, Catarina Dahl, Melissa Ribeiro, Cylmara Bulcão, Tiago Bezerra, Anansa Moraes, Fabiana Solis, Marcele Arruda, Alex Mendes, Rafael Fischer e Abmael Souza – e todas as pessoas que participaram do projeto Familiares Parceiros do Cuidado.

Às professoras Fátima Scarparo, Liliana Angel Vargas e Fabiana Assumpção, da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto da UNIRIO, por acreditarem em mim desde a minha chegada ao Rio de Janeiro. À professora Sol Garson, pela contribuição dada nas disciplinas cursadas no Instituto de Economia da UFRJ.

À professora Leyla Gomes Sancho (IESC/UFRJ), pelos debates e contribuições críticas ao longo do desenvolvimento desta tese. Ao Davi Alves, pela elaboração dos mapas apresentados neste trabalho.

Agradeço aos professores Luciana Dias de Lima, Fátima Scarparo, Roberto Parada e Paulo Henrique Rodrigues, pelas importantes contribuições na banca de qualificação do projeto de tese. E aos membros da banca de defesa, Luciana Dias de Lima, Leyla Sancho, Paulo Henrique Rodrigues e Ruben Mattos.

Às diversas amizades construídas durante as disciplinas e nos corredores do IMS/UERJ, especialmente Daniela Lacerda, Maycon Grigio, Lídia Zimbardi, Leonara Vidal, Bruno Stelet, Marcus Rodrigues, Leandro Gonçalves, Cris Otoni, Danielle Oliveira, Aline Biz, Rodrigo Benevides, Gabriela Braune, Vinícius Miranda, Alessandra Pereira e tantos outros que fizeram parte dessa trajetória.

Às grandes e sólidas amizades construídas na cidade maravilhosa, já muito bem enraizadas – e, bem, é isso o que de melhor levamos na vida: Camila Gramkow, José Luiz Gordon, Adelyne Mendes Pereira, Rodrigo Mendes, Ariela Diniz, Rodrigo Leske, Carlos Bianchi, Florencia Antía, Marcelo Matos, Fábio Stalivieri, Hugo Almeida, Flávio e Paula, Andréa Chagas, Edna Ferreira e Edson Alves de Menezes. Obrigada pela amizade!!!

Aos amigos do Rio Grande do Sul – Tanice Andreatta, Cristiane Moreira, Rafael Lazzari, Laís e família Zucatto, Paloma Mattos e Fausto, Sibele, José de Pietro – e a todos que nos receberam com braços abertos na transição entre o Rio de Janeiro e Palmeira das Missões, obrigada pela parceria e longas noites de conversa regadas a muito vinho.

Aos mais recentes colegas de trabalho do colegiado do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS) *campus* de Chapecó-SC. Obrigada pelo apoio e confiança de todos vocês na reta final da tese. Agradeço também aos meus alunos, pelas palavras de incentivo e pela compreensão. Ser professora em uma universidade federal no interior do Brasil é um orgulho e uma conquista enorme para mim.

Obrigada à CAPES e à FAPERJ, pelas bolsas de doutorado que possibilitaram minha dedicação aos estudos e às pesquisas.

A Deus, por tudo que eu sou e tenho.

E, finalmente, a pergunta será respondida: *"Já acabou a tese?"*.

Talvez não tenha conseguido fazer o melhor, mas lutei para que o melhor fosse feito. Não sou o que deveria ser, mas Graças a Deus, não sou o que era antes.
Marthin Luther King

Todas as vitórias ocultam uma abdicação.
Simone de Beauvoir

RESUMO

GEREMIA, Daniela Savi. *Federalismo e gestão metropolitana:* subsídios para o planejamento territorial dos serviços de saúde. 2015. 214f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

Esta tese analisou o planejamento, a gestão e a configuração do sistema de saúde na região metropolitana do estado do Rio de Janeiro. Tem com base o referencial teórico do federalismo e apoiou-se em pesquisa qualitativa de caráter descritivo. A pesquisa versou sobre aspectos político-institucionais; normativos, organizacionais; práticos e estruturais da rede de serviços de saúde na região. A análise empreendida aponta as características do modelo tridimensional do federalismo brasileiro – a Constituição Federal de 1988 transfere o poder de instituir regiões metropolitanas aos estados, mas na prática, anula a capacidade de intervenção nos municípios e reduz o papel político e administrativo dos estados. Entre os desafios apontados pela tese estão: o comportamento autárquico dos municípios; a disparidade existente entre eles; o enfraquecimento do papel de coordenação do governo estadual; a descontinuidade e pouca integração entre políticas públicas para as regiões metropolitanas; a falta de experiência em planejamento regional e intersetorial; a necessidade de institucionalizar um órgão metropolitano que, entre outras funções, estabeleça fundos financeiros, com definição de fontes de receitas e critérios de alocação de recursos regionais. Quanto à política de regionalização da saúde – análise da capacidade instalada dos municípios na integração de serviços de saúde regionais –, a tese destaca as fragilidades e desigualdades na distribuição da oferta de serviços; a relação concorrencial entre os municípios para incorporar maior força produtiva qualificada, a oferta de serviços especializados, o adensamento e a concentração de serviços e profissionais de saúde no núcleo metropolitano (a cidade do Rio de Janeiro). O trabalho destaca o potencial de atuação do novo pacto de gestão, representado pelo Contrato Organizativo de Ação Pública em Saúde (COAP) e dos Mapas de Saúde como instrumentos político-institucionais na regulação regional e metropolitana da saúde. Apesar disso, sinaliza que avanços na governança regional serão possíveis com a institucionalização de um órgão que tenha autonomia para tomada de decisões regionais. O estudo reforça a importância da revalorização da gestão das regiões metropolitanas e o potencial de conectividade entre as políticas públicas urbanas através da organização de redes de serviços públicos na agenda política em detrimento das práticas municipalistas.

Palavras-chave: Regiões Metropolitanas. Regionalização. Política de Saúde. Federalismo. Planejamento em Saúde.

ABSTRACT

GEREMIA, Daniela Savi. *Federalism and metropolitan management*: subsidies for territorial planning of health services. 2015. 214f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

This thesis analyzed planning, management and the health care system in the metropolitan region of the state of Rio de Janeiro. It is based on the theoretical framework of federalism and the historical neo-institutionalism and relied on qualitative research of descriptive character. The research was about political and institutional aspects; regulatory, organizational; practical and structural network of health services in the region. The analysis has pointed out the characteristics of three-dimensional model of Brazilian federalism – the Constitution of 1988 transferred the power to establish metropolitan regions to the states, but in fact it negates the ability to intervene in municipalities and reduces political and administrative role of the states. Among the challenges raised by the thesis are: the municipal behavior of municipalities; the disparity between them; the weakening of the coordination role of the state government; discontinuity and little integration between public policies for the metropolitan areas; the lack of experience in regional and inter-sectorial planning; the need to institutionalize a metropolitan agency that, among other functions, establishes financial funds, defining sources of revenue and regional resource allocation criteria. As for health regionalization policy – analysis of the installed capacity of the municipalities in the integration of regional health services – the thesis highlights the weaknesses and inequalities in the distribution of the supply of services; the competitive relationship between the municipalities to incorporate most qualified productive force, the provision of specialized services and health professionals, the density and the concentration of services in the metropolitan core (the city of Rio de Janeiro). The work highlights the potential role of the new covenant management, represented by the Organizational Contract of Public Action in Health (COAP) and Health Maps as political and institutional tools in regional regulation and metropolitan health. Nevertheless, it signals that advances in regional governance will be possible with the institutionalization of a body that has autonomy to regional decision-making. The study reinforces the importance of upgrading the management of metropolitan areas and the potential for connectivity between urban public policies through the organization of public utilities on the political agenda at the expense of municipalistic practices.

Keywords: Metropolitan Regions. Regionalization. Health Policy. Federalism. Health Planning.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Matriz de análise..... 37
Figura 2 - Elementos de análise dos aspectos político-institucionais..... 39
Figura 3 - Elementos de análise dos aspectos normativos e organizacionais..... 40
Figura 4 - Elementos de análise dos aspectos práticos e estruturais..... 41
Figura 5 - Relação dos bons princípios de governança no setor público..... 55
Figura 6 - Aspectos-chave à governabilidade e governança federativa..... 56
Figura 7 - Rede de atenção e serviços de saúde..... 91
Figura 8 - Pirâmide dos níveis de atenção à saúde..... 95
Figura 9 - Municípios da Região Metropolitana I e II do Rio de Janeiro..... 140
Figura 10 - População residente na RMRJ (2010)..... 141
Figura 11 - População residente por regiões do estado do Rio de Janeiro – 2000/2010..... 143
Figura 12 – Renda Mensal Média das pessoas de dez anos ou mais de idade economicamente ativas (2010)..... 145
Figura 13 - Distribuição do PIB dos municípios da RMRJ- em valores correntes (R$ mil) – 2010..... 146
Figura 14 - Cobertura do Programa Bolsa Família na RMRJ..... 147
Figura 15 - Índice de Gini para os municípios da RMRJ (2010)..... 149
Figura 16 – CAPS por dez mil habitantes na RMRJ..... 157
Figura 17 - Centros de Saúde/ UBS/Postos de Saúde por dez mil habitantes na RMRJ..... 159
Figura 18 - Hospitais especializados por dez mil habitantes na RMRJ..... 161
Figura 19 - Hospitais gerais por dez mil habitantes na RMRJ..... 161
Figura 20 - Policlínicas de saúde por dez mil habitantes na RMRJ..... 162
Figura 21 - *Boxplots* da distribuição dos recursos físicos na RMRJ..... 164
Figura 22 - Leitos de internação para cada dez mil habitantes na RMRJ..... 165
Figura 23 - Equipamentos de diagnóstico por imagem para cada dez mil habitantes na RMRJ..... 165
Figura 24 - Cirurgiões-dentistas para cada dez mil habitantes na RMRJ..... 168
Figura 25 - Fonoaudiólogos para cada dez mil habitantes na RMRJ..... 168
Figura 26 - Enfermeiros para cada dez mil habitantes na RMRJ..... 169

Figura 27 - Fisioterapeutas para cada dez mil habitantes na RMRJ..... 169
Figura 28 - Nutricionistas para cada dez mil habitantes na RMRJ..... 171
Figura 29 - Assistentes Sociais para cada dez mil habitantes na RMRJ..... 171
Figura 30 - Psicólogos para cada dez mil habitantes na RMRJ..... 172
Figura 31 - Médicos para cada dez mil habitantes na RMRJ..... 172
Figura 32 – Percentual de transferências do SUS sobre o total de despesas em saúde dos municípios da RMRJ (2011)..... 174
Figura 33 - Despesas com recursos próprios por habitante da RMRJ (2011)..... 176
Figura 34 - Receitas de transferências do SUS por habitante da RMRJ (2011)..... 176
Figura 35 - Despesas com investimento sobre o total de despesa em saúde da RMRJ (2011)..... 177

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1- Taxa de urbanização brasileira entre os períodos de 1940 a 2010..... 84

Gráfico 2- Participação da RMRJ no PPA 2012-2015 do estado do Rio de Janeiro. 124

Gráfico 3 - Participação da RMRJ nas ações do PPA 2012-2015..... 124

Gráfico 4 - Participação dos órgãos estaduais da RMRJ nas ações do PPA 2012-2015..... 125

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Documentos selecionados para a pesquisa documental..... 42

Quadro 2 - Variáveis selecionadas para análise dos aspectos práticos e estruturais.. 44

Quadro 3 - Problemas identificados na RMRJ - Eixo III -Gestão em Saúde – PRI... 133

Quadro 4 - Indicadores de oferta de saúde..... 151

LISTA DE TABELAS

Tabela 1-	Distribuição populacional por tamanho dos municípios brasileiros.....	75
Tabela 2 -	Pessoas que residem em municípios da RMRJ e trabalham ou estudam no município do Rio de Janeiro (2000).....	88
Tabela 3 -	População das 25 maiores Regiões Metropolitanas brasileiras.....	112
Tabela 4 -	Participação de cada município na população total da RMRJ.....	142
Tabela 5 -	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal da RMRJ.....	144
Tabela 6 -	Estabelecimentos de saúde para cada dez mil habitantes da RMRJ.....	155
Tabela 7 -	Leitos de internação por especialidade e tipo de prestador na RMRJ	160
Tabela 8 -	Recursos físicos para cada dez mil habitantes da RMRJ.....	163
Tabela 9 –	Recursos físicos - equipamentos na RMRJ.....	166

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	*Acquired Immunodeficiency Syndrome*
AIR	Assessoria de Integração Regional
AMTU	Agência Metropolitana de Transportes Urbanos do Estado do Rio de Janeiro
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CBN	Central Brasileira de Notícias
CEDAE	Companhia Estadual de Água e Esgoto
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CEREST	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CF/88	Constituição Federal de 1988
CGR	Colegiado de Gestão Regional
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CIR	Comissão Intergestores Regionais
CISBAF	Consórcio Intermunicipal de Saúde da Baixada Fluminense
CSF	Clínicas de Saúde da Família
COAP	Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde
COMPERJ	Complexo Petroquímico do Rio de Janeiro
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONLESTE	Consórcio Intermunicipal de Desenvolvimento do Leste Fluminense
COPIS	Coordenação de População e Indicadores Sociais
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DPE	Diretoria de Pesquisas
EC	Emenda Constitucional
ESF	Estratégia Saúde da Família
FAEC	Fundo de Ações Estratégicas e de Compensação
FMI	Fundo Monetário Internacional
FUNDREM	Fundação para o Desenvolvimento da Região Metropolitana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH-M	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal

IFAC	*International Federation of Accountants*
IPPUR	Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano e Regional
IMS	Instituto de Medicina Social
INPE	Instituto Nacional de Pesquisas Espaciais
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
ISAGS	Instituto Sul-Americano de Governo em Saúde
MDB	Movimento Democrático Brasileiro
MS	Ministério da Saúde
NHS	*National Health Service*
NOAS	Normas Assistenciais à Saúde
NOB	Normas Operacionais Básicas
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PAB	Piso de Atenção Básica
PAC	Programa de Aceleração do Crescimento
PAH	Programa de Apoio aos Hospitais do Interior
PAS	Plano Anual de Saúde
PCCS	Plano de Cargos, Carreiras e Salários
PDBG	Programa de Despoluição da Baía de Guanabara
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PDI	Plano Diretor de Investimento
PDRAE	Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado
PES	Plano Estadual de Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
PMDB	Partido do Movimento Democrático Brasileiro
POF	Pesquisa de Orçamentos Familiares
PPA	Plano Plurianual
PSDB	Partido da Social Democracia Brasileira
PT	Partido dos Trabalhadores
RAG	Relatório Anual de Gestão
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RAWP	*Resource Allocation Working Party*
RUE	Rede de Urgência e Emergência
RIDE	Região Integrada de Desenvolvimento

RMs	Regiões Metropolitanas
RMRJ	Região Metropolitana do Rio de Janeiro
SMTC	Serviço Móvel de Tomografia Computadorizada
SMRM	Serviço Móvel de Ressonância Magnética
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SEA	Secretaria de Estado do Ambiente
SEASDH	Secretaria de Estado, Assistência Social e Direitos Humanos
SEC	Secretaria de Estado de Cultura
SECT	Secretaria de Estado de Ciência e Tecnologia
SEH	Secretaria de Estado de Habitação
SEOBRAS	Secretaria de Estado de Obras
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SESDEC	Secretaria de Estado da Saúde e Defesa Civil
SETRANS	Secretaria de Estado de Transportes
SIG	Sistema de Informações Geográficas
SILOS	Sistemas Locais de Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SR	Superintendência de Regulação
SUS	Sistema Único de Saúde
TCG	Termo de Compromisso de Gestão
UBS	Unidade Básica de Saúde
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UFs	Unidades Federadas
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
UPA	Unidade de Pronto-Atendimento

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO.....	20
1	**TRAJETÓRIA METODOLÓGICA**.....	32
1.1	**Tipo de estudo**.....	32
1.2	**Campo de estudo**.....	33
1.3	**Base teórico-conceitual**.....	34
1.4	**Matriz de análise**.....	37
1.5	**Fontes de informação, técnicas e coleta de dados**.....	42
1.5.1	Registro documental.....	42
1.5.2	Dados secundários.....	43
1.6	**Apresentação dos dados empíricos**.....	45
1.6.1	Elaboração dos mapas temáticos.....	47
2	**REVISÃO TEÓRICA**.....	48
2.1	**Federalismo e governabilidade: aspectos gerais**.....	48
2.1.1	Conformação federativa, governabilidade e governança pública.....	53
2.2	**Federalismo e a experiência brasileira: aspectos históricos e analítico**..	57
2.2.1	Distribuição territorial de poder e as relações intergovernamentais.....	65
2.2.2	Descentralização e regionalização do SUS.....	68
2.3	**O território e as territorialidades**.....	77
2.4	**Dinâmicas urbanas e os desafios para a gestão metropolitana**.....	83
2.5	**Redes de atenção e serviços de saúde**.....	90
2.5.1	A noção de rede no sistema de saúde brasileiro.....	94
2.5.2	O planejamento e financiamento das Redes de Atenção à Saúde.....	101
2.5.2.1	Alocação de recursos no Brasil e planejamento da RAS.....	103
3	**ASPECTOS POLÍTICOS E INSTITUCIONAIS, NORMATIVOS E ORGANIZACIONAIS DAS REGIÕES METROPOLITANAS E A CONFORMAÇÃO DA RMRJ**.....	108
3.1	**A formação das regiões metropolitanas no Brasil: aspectos históricos e político-institucionais**.....	108
3.2	**Agenda metropolitana e experiências de cooperação**.....	114
3.3	**Aspectos históricos e políticos-institucionais de conformação da RMRJ**.....	119

3.4 **Aspectos normativos e organizacionais da regionalização da saúde na RMRJ**..... 126
3.4.1 Plano Estadual de Saúde do Rio de Janeiro..... 128
3.4.2 Plano Diretor de Regionalização..... 130
3.4.3 Regimento Interno CIR e Plano Regional Integrado..... 132
4 **ANÁLISE DOS ASPECTOS PRÁTICOS E ESTRUTURAIS DA CONFORMAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE NA RMRJ**..... 138
4.1 **Determinantes das condições de saúde**..... 139
4.1.1 Aspectos demográficos da RMRJ..... 139
4.1.2 Aspectos sociais e econômicos da RMRJ..... 144
4.2 **Configuração da rede de serviços de saúde na RMRJ**..... 149
4.2.1 Distribuição territorial da capacidade física de serviços de saúde na RMRJ 152
4.2.2 Distribuição territorial de profissionais na rede de saúde da RMRJ..... 166
4.3 **Financiamento e despesas em saúde**..... 173
4.4 **Considerações sobre os aspectos práticos e estruturais**..... 178
CONSIDERAÇÕES FINAIS..... 181
REFERÊNCIAS..... 187
APÊNDICE A - Eixos, diretrizes e objetivos do Plano Regional Metropolitano do Rio de Janeiro (2013-2016)..... 205
APÊNDICE B – Aspectos político-institucionais- Atores, atribuições, instituições e governança metropolitana..... 207
APÊNDICE C – Base de dados socioeconômicos dos municípios da RMRJ..... 210
APÊNDICE D – Base de dados sobre o financiamento em saúde dos municípios da RMRJ..... 211
APÊNDICE E – Base de dados sobre a distribuição de profissionais de saúde nos municípios da RMRJ..... 212
ANEXO A – Tipo de estabelecimentos..... 213
ANEXO B – Aspectos normativos e organizacionais – instrumentos operacionais..... 214

INTRODUÇÃO

Esta tese se inicia citando o grande poeta Carlos Drummond de Andrade:

O poeta municipal
discute com o poeta estadual
qual deles é capaz de bater o poeta federal
enquanto isso o poeta federal
tira ouro do nariz.

O pequeno trecho político do poeta sintetiza parte do debate que será apresentado ao longo desta tese de doutorado. Iniciar um texto acadêmico nunca é trivial. Este é o momento no qual precisamos apontar nossas inquietudes e estimular a reflexão crítica sobre temas complexos que demandam análises sistematizadas que, ao final, por vezes, podem não responder a todos os nossos questionamentos, mas com certeza instigam a continuidade do trabalho do pesquisador.

E assim, faço uso das palavras de Drummond para ilustrar as relações federativas que se estabelecem no território nacional e que desafiam os gestores públicos na efetivação de políticas regionalizadas e integradas que atendam às necessidades da sociedade. Nesta tese, a partir da intersetorialidade das políticas públicas, vamos estudar as questões relacionadas à organização federativa do Estado e os processos de conformação da rede de ações e serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) na Região Metropolitana do Rio de Janeiro (RMRJ).

Este estudo propõe a discussão da gestão em saúde no território metropolitano, bem como de suas relações federativas, no que tange ao planejamento da rede de atenção e serviços do SUS. Em outras palavras, o estudo aborda as relações entre três elementos de análise: a) relações federativas; b) territorialidade e gestão metropolitana; e c) planejamento das políticas públicas de saúde. Os problemas da pesquisa estão centrados na tentativa de compreender os principais aspectos político-institucionais, normativos e organizacionais que influenciam na gestão do SUS nos territórios metropolitanos, e os aspectos práticos e estruturais dos processos de definição de prioridades materializados na distribuição da oferta de serviços.

Nos últimos 14 anos, tanto a produção acadêmica como a formulação de políticas de saúde no Brasil apresentaram avanços técnicos, políticos e normativos relacionados ao processo de regionalização das ações e serviços de saúde, com base nas estruturas municipais.

Tais avanços não atingem as especificidades da regionalização da saúde nos territórios metropolitanos. Essas regiões são caracterizadas por frágeis bases institucionais (constitucional, legal e administrativa), e a interlocução entre regionalização e metropolização é incipiente e pouco usual.

As dificuldades da gestão metropolitana da saúde são exacerbadas por problemas técnicos de diversas áreas públicas, como: segurança, mobilidade urbana, educação, trabalho, entre outras, somadas ao intenso fluxo da população que circula diariamente nessas regiões, demandando políticas públicas flexíveis e estruturadas a partir da integração das diferentes áreas intersetoriais.

As políticas públicas metropolitanas carecem de arranjos e articulações institucionais que facilitem e viabilizem a maior simetria das relações de poder entre os municípios que conformam a região, dada a heterogeneidade social e econômica existente entre eles. A abordagem territorial e regional, se adotada no planejamento, faria com que as dinâmicas sociais e econômicas, assim como os jogos de poder, fossem mais facilmente trabalhadas pelos gestores na definição de prioridades e nos processos de tomada de decisão.

Acredita-se que um efetivo pacto político, social e territorial entre as três esferas de governo seja indispensável para a implementação de uma política metropolitana de saúde que considere as peculiaridades de cada região e ofereça maior cobertura assistencial. O processo de regionalização do SUS pode interferir positivamente na garantia do acesso à saúde, mas essas regiões precisam ser analisadas a partir de suas especificidades territoriais. As regiões metropolitanas (RMs), por apresentarem questões econômicas e sociais de interesse comum, exigem também soluções articuladas, tais como: negociações, estratégias cooperativas e mobilização de recursos compartilhados.

Os questionamentos acerca das relações entre a descentralização federativa brasileira e a organização de redes de atenção à saúde implica uma abordagem complexa da temática e a produção de conhecimentos teórico-conceituais articulados, que possam apoiar o campo da gestão pública.

Após a promulgação da Constituição Federal de 1988 (CF/1988), que transferiu a competência de institucionalização das RMs do governo federal para os governos estaduais e promoveu, durante a década de 90, intenso processo de descentralização federativa, conhecido também como municipalização, o governo federal alijou os territórios metropolitanos da agenda política. Nesse cenário municipalista, a instituição das RMs foi marcada por frágeis bases na definição de critérios para sua formação, organização e funcionamento.

O Art. nº 23 (CF/1988), parágrafo único, determina que leis complementares fixem normas para a cooperação entre a União e os estados, o Distrito Federal e os municípios, tendo em vista o equilíbrio do desenvolvimento e do bem-estar em âmbito nacional. Neste mesmo contexto, o Art. nº 25 (CF/1988) § 3º determina que os estados possam, mediante lei complementar, instituir regiões metropolitanas, aglomerações urbanas e microrregiões, constituídas por agrupamentos de municípios limítrofes, para integrar a organização, o planejamento e a execução de funções públicas de interesse comum. Sendo assim, tornam-se necessárias leis complementares que definam a institucionalização das RMs, o que exige maior discussão da sociedade, pois se trata de serviços públicos de interesse comum, com responsabilidade dos governos estatuais. Portanto, leis complementares podem ser até mais importantes que leis ordinárias.

A inclusão dos municípios como entes federativos, com direito a autonomia política, administrativa e financeira, foi acompanhada pelo desinteresse político dos três níveis de governo em relação à gestão metropolitana, distanciando os governos municipais cada vez mais da realização de ações conjuntas e das vantagens da cooperação metropolitana (GOUVÊA, 2005).

Gouvêa (2005) observa que as conformações metropolitanas se contrapõem à municipalização, por gerarem níveis de centralização regional nos processos decisórios. Na prática, os municípios apresentam interesses individualistas que divergem dos regionais, e os conflitos federativos são mais acirrados pelas disputas que se estabelecem entre os próprios municípios. Por outro lado, Rolnik e Somekh (2004) ressaltam que, apesar das disputas e conflitos entre os municípios, o processo de descentralização tal como idealizado pode ser considerado positivo. A descentralização visa ao fortalecimento das relações intergovernamentais, articulação de interesses comuns e estímulo à cooperação regional em detrimento das práticas municipalistas.

Os modelos de atenção e a gestão das políticas públicas de saúde são diretamente influenciados pela estrutura federativa e democrática adotadas num país. Com a divisão de poderes e responsabilidades entre as esferas governamentais, atreladas aos interesses da sociedade civil, a cooperação intergovernamental constitui um conjunto de variáveis complexas a serem incorporadas no processo de tomada de decisão pelos gestores regionais. É um desafio para a gestão metropolitana unir diferentes interesses em torno de uma agenda política comum.

O papel das RMs, conforme disposto na CF/1988, no Art. 25, § 3º, é o de “[...] integrar a organização, o planejamento e a execução de funções públicas de interesse comum” até

porque muitas questões públicas ultrapassam os limites municipais, como as questões da infraestrutura urbana, transporte, emprego, saúde, entre outras. Estas questões comuns exigem soluções conjuntas, a construção de políticas coesas, o planejamento e execução cooperativa entre os governos, mesmo com as divergências e desigualdades existentes.

Entre os desafios na gestão das políticas de saúde, há que se destacar a fragmentação e desarticulação entre os serviços (níveis assistenciais – atenção primária, secundária e terciária) e a distribuição destes nas regiões de saúde. Desde os anos 2000, através da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), tem-se tentado recuperar a dimensão da regionalização com o intuito de organizar, integrar e articular as ações e serviços de saúde em redes regionalizadas.

A NOAS 01/2002 foi instituída pela Portaria GM/MS nº. 373, de 27 de fevereiro de 2002, resultado das críticas às Normas Operacionais Básicas (NOBs) e do avanço no movimento de pactuação entre os três níveis de gestão da federação brasileira em direção a maior equidade no acesso e utilização dos serviços de saúde com o processo de regionalização e hierarquização da assistência à saúde. O instrumento de regionalização proposto foi o Plano Diretor de Regionalização (PDR), desenhado sob o formato de módulos assistenciais, microrregiões e macrorregiões, reforço do comando único sobre os serviços em cada território e na organização dos mecanismos de regulação do acesso. Para implantar o PDR, propôs o Plano Diretor de Investimentos (PDI), que visava a identificar prioridades e desenvolver estratégias de investimento (GEREMIA, 2011a).

As propostas de regionalização pela NOAS não se efetivaram.[1] O insucesso é caracterizado pela dificuldade da gestão municipal em assegurar atenção básica com resolutividade e acesso à atenção especializada, além da complexa relação entre os atores para pactuações de referências intermunicipais, necessária à habilitação das microrregiões de saúde. Somam-se ainda as limitações da capacidade de planejamento das secretarias estaduais de Saúde e a ausência de uma cultura regulatória (Geremia, 2011a). Além disso, as NOAS sofreram duras críticas por parte dos municípios e estados, na prática, nenhum deles assumiu o processo de regionalização.

A NOAS, em seu caráter assistencial, procurou consolidar o foco de gestão na oferta e não na demanda por serviços de saúde, dada a vinculação à habilitação a partir da existência física de unidades de saúde e disponibilidade dos equipamentos no seu território, uma lógica

[1] Para uma leitura mais aprofundada das dificuldades apresentadas na implantação da NOAS 2001/2002, vide Mendes (2002).

atrelada ao maior número de oferta, mas que não considerava os princípios do SUS. Em 2006, com a criação do Pacto pela Saúde, foram apresentadas, entre outras, as seguintes propostas:

a) redefinir as responsabilidades coletivas dos três entes federativos gestores;

b) definir prioridades, objetivos e metas a serem atingidos no âmbito setorial;

c) fortalecer a cogestão por meio de instâncias em regiões de saúde: foram criados os Colegiados de Gestão Regional (CGR), formados por representantes das Secretarias de Estado de Saúde (SES) e pelos Secretários Municipais de Saúde (SMS) de cada região.

Em 2011, o Decreto n° 7.508 reforçou a regionalização do SUS. Desde logo, criou o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP), novo instrumento estratégico para organizar e integrar as ações e serviços de saúde na rede regionalizada e hierarquizada, com definição de responsabilidades, indicadores e metas de saúde, critérios de avaliação de desempenho, recursos financeiros que serão disponibilizados como incentivos, forma de controle e fiscalização de sua execução e demais elementos necessários à implantação integrada das ações e serviços de saúde (BRASIL, 2012). O COAP é um instrumento que submete o olhar sobre o território a partir da perspectiva dos acordos assumidos pelos gestores. Ademais, no âmbito da articulação interfederativa, o decreto estabeleceu as Comissões Intergestores Regionais (CIR), criadas em substituição aos CGRs. Estas têm a função de regular os aspectos operacionais, financeiros e administrativos do SUS de acordo com as políticas de saúde vigentes.

O que se pretende mostrar com as principais ações propostas pela NOAS, Pacto pela Saúde e pelo Decreto n° 7.508/2011, é que todos resgatam a regionalização como estratégia de reorganização dos serviços de saúde, mas nenhum deles aborda os dilemas da regionalização nos territórios metropolitanos. Mais uma vez, esta dimensão fica excluída das políticas públicas e sua especificidade não é comtemplada.

E ainda, o fato de existirem normas e decretos, que por mais discutidos e negociados que sejam na sua concepção, não podem resolver todos os conflitos de interesses que se manifestam nas relações entre os diversos atores do SUS, governamentais, privados, filantrópicos e dos movimentos de representantes da sociedade civil. Além disso, todos esses instrumentos, da NOAS, ao Decreto, estão em contradição com a exigência constitucional de lei complementar estadual para definição das regiões de saúde, organização e execução de políticas de interesses comuns.

Os desafios na formulação, implantação e avaliação das políticas públicas de saúde se expressam nos territórios metropolitanos por sua amplitude e complexidade política e institucional. A amplitude e a complexidade nesses territórios se referem aos processos

econômicos, demográficos, políticos, culturais, nas condições sociais e nas relações interfederativas municipais e regionais.

A complexidade ainda pode ser debatida no âmbito das disputas[2] de poder e autonomia entre os municípios que compõem as regiões metropolitanas, inviabilizando, em dados momentos, a elaboração consensual de planejamentos regionais para a solução de problemas comuns.

O contexto metropolitano exacerba a necessidade de incorporação de novas estratégias políticas e institucionais que conduzam à revalorização da gestão nessas regiões, em detrimento das práticas municipalistas. Para tanto, a incorporação do conceito de território ao modelo federativo brasileiro é essencial para a reflexão crítica dos processos políticos e institucionais metropolitanos.

> O termo "território" pode ser associado a pelo menos duas origens: a primeira significa "terra pertencente a", ou seja, *terri* (terra) e *torium* (pertencente a), de origem latina; a segunda, associada à primeira, *terreo-territor* (aterrorizar - aquele que aterroriza) designou a concepção política de quem aterroriza para dominar e de quem é aterrorizado pelo domínio de uma determinada porção do espaço" (MESQUITA, 1995, p.85).

Concordamos com Santos (1998), que apresenta um novo olhar: considera que o território antecede ao espaço geográfico, pois estes se tornam espaços quando submetidos a um processo histórico de apropriação do território. Sendo considerado o território como terra que tem dono, levante-se a questão da necessidade de gestão regional, elemento ausente até hoje na descentralização e regionalização do SUS. Sem gestão regional, quem vai planejar, financiar e controlar o sistema de saúde?

Essa abordagem implica a necessidade de maior articulação dos diferentes atores (governamentais e não governamentais), bem como das políticas sociais e intersetoriais dispostas no território metropolitano. A maior articulação entre as políticas de gestão pública e a realidade territorial, pode dinamizar e potencializar a organização das RAS e melhor detectar as prioridades de atendimento às necessidades de saúde da região.

A política de saúde brasileira enfrenta a dualidade das formas de organização das RAS, a descentralização e a regionalização da saúde. A primeira é caracterizada pelo processo de municipalização e pela maior autonomia dos municípios, enquanto a segunda propõe a cooperação entre os municípios "autônomos" para conformarem regiões de saúde. Essa dualidade, nada trivial, limita os poderes do governo estadual na implantação de políticas de

---

[2] Alguns elementos que causam essas disputas são apresentados no capítulo 2 desta tese.

saúde regionalizadas. O “resultado final dos ciclos de [descentralização e regionalização] do SUS representa um processo de fragmentação intenso da capacidade de oferta e de decisão e planejamento das ações e serviços de saúde” (LIMA et al., 2010; VIANA et al., 2014).

A descentralização, a regionalização e a metropolização são conceitos que, se associados, apresentam um arcabouço institucional e político bastante representativo. No entanto, a ausência de políticas e práticas de gestão que incorporem as especificidades históricas e sociais das RMs resulta em ineficiência nos processos de organização do SUS. Entre os problemas de gestão, muitas situações extrapolam os limites administrativos e a governabilidade das instâncias municipais, gerando demandas para a criação de estratégias de cooperação com outras esferas de governo. Comumente, os problemas da rede de saúde são extramunicipais e demandam a articulação do planejamento territorial intra e intermunicipais (MENDES, 2011).

As decisões conjuntas dos gestores dizem respeito a distribuição de recursos no território, eficiência (fazer mais com menos), efetividade (impacto positivo sobre os problemas de saúde) e eficácia (alcance de resultados planejados). O processo de tomada de decisão como etapa do planejamento precisa considerar os arranjos e processos concretos da implantação das políticas públicas em nível regional. Nesse intrincado processo decisório, são vários os elementos que intervêm nas escolhas dos gestores, como o ambiente social, econômico, cultural, político e técnico. Esta complexidade é caracterizada por altos níveis de incerteza e pressões políticas.

O planejamento e a organização dos serviços de saúde precisam considerar os fluxos da população de cada município que compõe a região, objetivando elencar prioridades viáveis de serem implantadas, corresponsabilizando os gestores pelos acordos de cooperação firmados. Caberia ao governo estadual monitorar e avaliar a pactuações estabelecidas, oferecendo subsídios técnicos e financeiros para o funcionamento da RAS, e também estimular os encadeamentos intersetoriais e institucionais que estruturam e potencializam as dinâmicas regionais da saúde.

A partir do reconhecimento das diversidades regionais, devem ser identificados os instrumentos de planejamento mais flexíveis e adequados para o desenvolvimento de redes metropolitanas reais, que valorizem os modos de viver, a cultura, as condições sociais e demográficas, e façam o melhor uso dos recursos existentes em cada território. No Brasil, ainda não se estabeleceram coalizações políticas intersetoriais capazes de impulsionar desenvolvimento regional e garantir o acesso à saúde (SOUZA, 2007).

O desenho operacional das regiões de saúde “deve ter como critério um grau ótimo de resolutividade referente a cada território no que tange a suficiência em atenção básica e parte da média complexidade” (BRASIL, 2006, p. 42). A Política Nacional de Atenção Primária à Saúde (APS), por exemplo, tem a responsabilidade de garantir os princípios e a direcionalidade da gestão do sistema, de forma resolutiva e articulada com os demais níveis de atenção. Quando as necessidades e demandas da população forem além da oferta disponível, especialmente na complementaridade da média e alta complexidade, os gestores precisam pactuar decisões para conformar arranjos que tenham capacidade de dar resposta aos problemas identificados.

Entretanto, a APS no Brasil não tem capacidade estrutural (organizacional e financeira) para atender a todas as demandas por serviços de saúde e assumir tamanha responsabilidade no sistema. Esse nível de atenção não conta com o montante de recursos financeiros e de pessoal qualificado necessário para a evolução e ampliação do acesso da população ao SUS. Apesar do incentivo às ações primaristas realizadas pelo Ministério da Saúde, a APS ainda carece de maior prestígio social e político face ao nível terciário de atenção à saúde.

A efetivação de um planejamento estratégico e integrado para a formação e efetivação da RAS depende da institucionalidade de um órgão regional, com poder de pactuação e estímulo à cooperação dos gestores com as políticas públicas. Suas instituições e serviços poderão constituir um ponto a partir do qual seria possível acionar a colaboração e corresponsabilização intersetorial como ações legítimas e necessárias à transformação dos processos de cuidado em saúde. Essa institucionalidade seria viável na medida em que a atual lógica política e institucional seja rompida, e novas práticas de participação social e incentivos impulsionem a cooperação entre os gestores e o equilíbrio relativo de poder entre distintas autonomias interfederativas.

Na atual organização da federação brasileira, a competição existente entre os gestores públicos, que decorre em grande escala por conta das características do sistema político e partidário, acirra ainda mais a fragmentação e volatilidade de interesses regionais. Esse sistema em construção é ainda fraco e sem coesão de ideias e projetos de cunho nacional que viabilizem a cooperação e pactuação governamental.

Tendo em vista o emaranhado de situações organizacionais, políticas e institucionais aos quais as regiões metropolitanas estão submetidas, busca-se aqui analisar as condições de gestão das políticas públicas de saúde destinadas às regiões metropolitanas.

A partir deste cenário, algumas questões foram elaboradas: quais são os aspectos da regionalização e da descentralização que contribuem para a distribuição e organização dos serviços de saúde nos municípios metropolitanos? Quais os aspectos políticos e institucionais dos municípios influenciam no planejamento e gestão pública de saúde metropolitana no Estado do Rio de Janeiro? Quais os principais desafios do planejamento e gestão das políticas públicas de saúde nos territórios metropolitanos?

O objetivo geral desta tese é analisar o planejamento, a gestão e a configuração do sistema de saúde na região metropolitana do estado do Rio de Janeiro. Em termos mais detalhados, este objetivo se desdobra em objetivos específicos, discriminados a seguir:

a) Revisar e sistematizar na literatura conceitos de diversos campos do conhecimento que perpassam a ciência política, a geografia, a economia e a saúde coletiva para embasar o estudo do planejamento e gestão da saúde.
b) Descrever e analisar a distribuição espacial da rede de serviços de saúde nos municípios da Região Metropolitana do Rio de Janeiro.
c) Analisar o processo de descentralização e regionalização na saúde, apontando os aspectos organizacionais, políticos e institucionais que influenciam no planejamento e gestão das políticas de saúde na RMRJ.
d) Analisar os principais desafios do planejamento e da gestão pública na organização da rede de serviços de saúde no território metropolitano do Estado do Rio de Janeiro.

O pressuposto do estudo é que a fragilidade das políticas públicas de saúde para as regiões metropolitanas, atrelada às insuficiências técnicas – como escassez de estratégias, instrumentos, competências políticas e falta de definição clara de critérios para o planejamento das RAS, além das peculiares características de organização do Estado e do sistema político e eleitoral –, resultem em dificuldades no acesso, no modo como os serviços de saúde estão organizados, na falta de articulação entre as instituições governamentais, na consequente subutilização da capacidade instalada e na impotencialidade de redução das desigualdades territoriais (GADELHA et al., 2011).

Esta tese foi elaborada a partir do referencial teórico do federalismo e se concentrou em explorar novas dimensões de gestão e planejamento metropolitano da saúde, a partir do processo de descentralização e regionalização do SUS. Para tratar concretamente destas questões, o estudo se concentra na rede de serviços de saúde dos municípios que compõem a RMRJ.

A escolha da RMRJ está intimamente ligada a suas características do ponto de vista federativo. As dinâmicas heterogêneas existentes entre os municípios da RMRJ fazem com

que as diversidades sejam acentuadas, o que oferece grande riqueza de detalhes a serem analisados nesse território, tais como: o enorme peso e densidade populacional e econômica no estado; as imensas disparidades socioeconômicas entre seus municípios; o fato de resultar de uma fusão de duas Unidades Federadas (UFs) distintas em 1974 com culturas políticas e realidades sociais e econômicas diferentes; de ter existido a Fundação para o Desenvolvimento da Região Metropolitana (FUNDREM), que financiava programas e projetos prioritários para a região, mas que funcionou apenas enquanto o governo federal financiava a gestão metropolitana; do processo de segregação socioespacial existente; e do desafio cotidiano na organização da rede de serviços de saúde capaz de atender às grandes demandas ocasionadas pelo fluxo e dinâmica populacional da região.

Como modelo de análise para o planejamento e a gestão das políticas de saúde na RM, optou-se pela perspectiva teórica do federalismo. Entretanto, para a organização e estrutura desta tese também se utilizou, em segundo plano, as bases da teoria neoinstitucionalista que subsidia as análises das instituições e das políticas. Este permite a integração entre as questões do federalismo, aplicadas ao território, na perspectiva da análise da complexidade metropolitana.

O levantamento dos dados que apoia este trabalho toma como base documentos oficiais, leis, normativas, regulamentos e dados secundários disponíveis no Departamento de Informática do SUS (DATASUS), Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), além de outras instâncias que contribuíram com dados específicos. Para a sistematização e apresentação dos dados coletados, foi utilizada a ferramenta de geoprocessamento, o *software Terraview e o Tabwin/DATASUS*.

Para o planejamento e conformação de arranjos nos serviços de saúde, a questão da distribuição geográfica é fundamental. Os mapas temáticos de saúde, elaborados através da ferramenta de geoprocessamento e com base nos dados selecionados, permitiram realizar as análises deste estudo, facilitando a integração de diversas fontes de informação, manipulação dos dados e o armazenamento das informações. Pina (1998) defende que a abordagem geográfica dos indicadores de saúde possibilita a definição mais precisa das políticas públicas de saúde.

A justificativa principal para esta análise é congregar o enfoque territorial ao enfoque regional na formulação e implantação das políticas de saúde das áreas metropolitanas. Essas regiões carecem de instrumentos de gestão comuns aos municípios que a compõem, e demandam papel ativo dos governos estadual e federal em todo o processo de efetivação das políticas públicas, inclusive na definição de competências de cada ente federado.

Este trabalho será dividido em quatro capítulos, além da apresentação, introdução e das considerações finais. No capítulo 1, serão apresentados os elementos metodológicos da pesquisa e a indicação das bases teóricas e conceituais utilizadas para dar conta dos objetivos propostos.

O capítulo 2 aborda conceitos centrais do federalismo e de organização do governo que, no Brasil, influenciam a conformação das relações intergovernamentais para a gestão pública no território metropolitano. Procura-se estudar não só as estruturas do federalismo, mas os processos políticos que são fundamentais para entender a própria natureza das federações. Abordaram-se de forma conjunta aspectos gerais da política de saúde que se transversalizam para todas as regiões brasileiras, sobre o dilema de descentralização x regionalização. Na sequencia do debate, para dar conta das questões centrais na gestão metropolitana, são debatidos os conceitos de território e suas territorialidades, que juntamente com o tema da dinâmica metropolitana embasam a estrutura analítica deste estudo. De forma geral e descritiva, também são resgatados os principais aspectos da organização e planejamento das redes de ações e serviços de saúde.

O capítulo 3, de caráter teórico-aplicado, trata da regionalização da política de saúde na RMRJ. De maneira mais particularizada, aproveitamos esta análise para debater as questões histórico-concretas da conformação da RMRJ. Procura-se analisar as relações federativas, o processo de descentralização e regionalização da saúde, e a partir desses elementos, destacar os aspectos político-institucionais, normativos e organizacionais que caracterizam o território estudado.

No capítulo 4, buscou-se ilustrar a configuração da RAS na RMRJ e analisar, através dos mapas temáticos, os resultados obtidos na pesquisa exploratória da base de dados secundários da saúde. A análise da capacidade instalada dos municípios na integração de serviços de saúde regionais parte do reconhecimento geral das características do território metropolitano do Rio de Janeiro. Estas vêm desafiando os gestores na implantação de RAS e na redução das desigualdades relativas à distribuição dos serviços, profissionais de saúde e ao acesso à saúde entre os municípios metropolitanos.

Finalmente, as principais considerações e conclusões deste trabalho estão relacionadas aos desafios a serem enfrentados pelos gestores públicos na organização dos serviços de saúde de forma regionalizada, considerando as peculiaridades do modelo federativo brasileiro e das regiões metropolitanas.

As fragilidades das políticas de saúde nas RMs são expostas e comprovam a escassez de estratégias, de instrumentos de gestão e a falta de definição clara das responsabilidades das

três esferas de governo, que resultam em má distribuição de recursos financeiros e da capacidade instalada na área da saúde na RMRJ. Apontam que, para os avanços na governança metropolitana, é necessária a institucionalização de um órgão metropolitano que, entre outras funções, estabeleça fundos financeiros, com definição de fontes de receitas e critérios de alocação de recursos regionais.

O estudo reforça a importância da revalorização da gestão das regiões metropolitanas e o potencial de conectividade entre as políticas públicas urbanas através da organização de redes de serviços públicos na agenda política em detrimento das práticas municipalistas. E sugere que as questões metropolitanas sejam resgatadas nas agendas políticas do governo estadual e federal.

Esta tese não se propõe a dar respostas aos problemas metropolitanos, mas tem como foco a elaboração de perguntas que estimulem o debate de ideias para a solução de problemas de planejamento e gestão em saúde nesses territórios. Assim, ela se estrutura em torno de questões fundamentais, como a questão territorial metropolitana, as políticas de saúde e a federação brasileira. Espera-se que o estudo ora apresentado possa avançar na reflexão crítica sobre os desafios postos aos gestores públicos de saúde no campo da ação metropolitana.

1 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

1.1 Tipo de estudo

Este capítulo tem como objetivo apresentar a trajetória metodológica utilizada para a elaboração desta tese, que combinou múltiplas bases teórico-conceituais, fontes e técnicas de coleta de dados para o processo analítico a ser apresentado nos próximos capítulos. Este estudo se caracteriza como qualitativo, pois emprega a análise de um nível da realidade social que não pode ser quantificado. Tem como parâmetros básicos o caráter descritivo e abordagem analítica dedutiva, cujo ponto de partida é o conhecimento já consolidado sobre os temas.

Reflexões e interpretações sobre ética em pesquisas qualitativas citam que a pesquisa qualitativa tem como objeto a valorização de todo processo de pesquisa, e não apenas dos resultados, como os aspectos históricos e sociais. Na perspectiva de investigação social, buscou-se compreender diferentes aspectos multifacetados da formulação e implantação da política de saúde nos territórios metropolitanos. A complementaridade entre distintos métodos, dados coletados e modelos de análise possibilitou diversos olhares e perspectivas analíticas para este e futuros estudos.

Na fase exploratória, delimitou-se o estudo e foi realizada a busca do referencial teórico e conceitual a ser utilizado; em seguida, dados preliminares foram identificados e coletados. Realizou-se análise prévia para compreensão dos dados e verificou-se se estes estavam respondendo às questões do estudo. Então, ampliaram-se os indicadores e os aspectos analíticos e foram incluídos documentos normativos e oficiais de gestão da política de saúde na RMRJ.

Nesta tese, quando nos referimos à base teórico-conceitual, está implícito o conjunto de princípios e pressupostos inter-relacionados que embasam logicamente os aspectos empíricos verificáveis. “A essência de uma teoria consiste na sua potencialidade de explicar uma gama ampla de fenômenos através de um esquema conceitual ao mesmo tempo abrangente e sintético”. Já o modelo conceitual pode relacionar-se com mais de uma teoria, pois permite diferentes significados e abordagens (MINAYO, 1996, p. 92).

1.2 Campo de estudo

O cenário do estudo foi a RMRJ, considerando a Metro I e Metro II, totalizando 19 municípios, a partir da conformação da área da saúde.[3]A Secretaria de Estado da Saúde e Defesa Civil (SESDEC), com a finalidade de adequar a estrutura regional com o objetivo de se coadunar com a NOAS-SUS 01/01 (Portaria MS/GM n.º 95, de 26 de janeiro de 2001, e regulamentação complementar), que trata da regionalização da assistência à saúde, publicou a Plano Diretor de Regionalização em 2001, dividindo a Região Metropolitana em duas regiões: a Região Metropolitana I (Metro I), que tem a capital como pólo de atração e a Região Metropolitana II (Metro II), cujo pólo é o município de Niterói.

Essa divisão, na sua soma, não corresponde a Região Metropolitana oficial do estado, pois inclui municípios não pertencentes, bem como retira da regionalização municípios pertencentes[4]. Portanto, a RMRJ apresenta conformações distintas entre a político-administrativa e utilizada na regionalização da saúde, a caraterização e detalhamento destas regiões é apresentada no capítulo 3 seção 3.3 e 3.4 e, no capítulo 4 desta tese.

O conjunto de municípios é considerado, para fins deste estudo, recorte de um espaço federativo que oferece consistência como objeto de investigação da gestão das políticas de saúde metropolitanas. Este campo de estudo apresentou-se adequado à pesquisa desta tese, pois trouxe elementos vantajosos para a análise de situações problemáticas a serem enfrentadas na política de saúde nos territórios metropolitanos.

A escolha da RMRJ está intimamente ligada às características que ela reúne do ponto de vista federativo. As heterogeneidades e dinâmicas existentes entre os municípios da RMRJ fazem com que as diferenças sejam acentuadas, o que permite uma riqueza de detalhes a serem analisados neste território. Outrossim, a escolha se deve também pelo fato de o grupo de pesquisas do IMS/UERJ – "Economia política, seguridade social e da saúde" – ter grande experiência no desenvolvimento de pesquisas sobre o federalismo e a política pública de saúde, com ênfase no caso brasileiro, e mais especificamente na RMRJ.

O território metropolitano apresenta elementos importantíssimos a serem considerados na regionalização do SUS. O território incorpora elementos políticos, de dominação e

[3] A caracterização do cenário da RMRJ será apresentada nos capítulos 3 e 4 desta tese.

controle, mas também incorpora os espaços geográficos[5] que concentram dinamicidade populacional e os mais variados problemas das grandes cidades são apresentados. Andrade (1994, 1996 *apud* SANTOS, 2009, p. 2) define que:

> O espaço geográfico é constituído por dois sistemas que interagem dialeticamente. O primeiro, o sistema de objetos (os fixos), refere-se ao conjunto de instrumentos de trabalho e fatores produtivos especializados e geograficizados que, agregados à natureza, são responsáveis pelo trabalho inovativo segundo especificações técnicas e organizacionais que ensejam a produção de uma massa. O segundo, o sistema de ações (fluxos), ressalta a capacidade proporcionada pelo poder econômico, político e social das firmas, instituições e pessoas para movimentar, distribuir e fazer circular a massa produzida.

Quanto ao estudo descritivo das características regionais e da estrutura das RAS na RMRJ que foi realizado nesta pesquisa, recorreu-se aos aportes conceituais do território vindos da geografia humana que somaram elementos para a análise. Tal caracterização tem como foco dar visibilidade à complexidade das questões metropolitanas e possibilitar um olhar mais abrangente da distribuição dos serviços de saúde no território, permitindo, assim, que o planejamento metropolitano considere esses elementos como base para a formulação e implantação de políticas regionais de saúde.

1.3 Base teórico-conceitual

O referencial teórico-conceitual aqui elaborado tem como base os princípios e definições do federalismo, do território, das redes de atenção e da gestão pública em saúde em RMs. Essa base ofereceu subsídios para a análise exploratória dos aspectos federativos e territoriais que influenciam e desafiam as políticas de gestão da saúde nas regiões metropolitanas. Os pressupostos partem da ideia de que os modos através dos quais as relações entre os gestores se dão ajudam a compreender os problemas de desigualdade de oferta e acesso ao SUS. Neste estudo, portanto, foram exploradas possibilidades analíticas da relação entre a teoria do federalismo e o conceito de território, que, através da reflexão crítica, facilitou a compreensão dos desafios nos processos de formulação e implantação de políticas

[5] Para a geografia crítica, mais atual, define-se espaço geográfico de forma humanizada e politizada como uma instância social. Na perspectiva de Milton Santos, David Harvey e Ruy Moreira, a sociedade se expressa no espaço geográfico através das relações sociais, políticas e econômicas que as pessoas estabelecem entre si e delas com o espaço. Milton Santos apresenta o conceito de “território usado” como sinônimo de espaço geográfico, e mantém como elemento central o poder. Para o autor, o território antecede o espaço geográfico. Esse debate é mais bem explorado a seguir, na seção 2.3 desta tese.

de saúde integradas e planejadas para a efetivação da rede de serviços de saúde nas RMs. Esta intrínseca relação entre os referenciais será apresentada no capítulo a seguir.

Todavia, mesmo com a construção de um referencial teórico denso e complexo, o estudo não prescinde de um modelo de análise para servir como viga mestra da construção teórica e empírica. Assim, para auxiliar na estrutura e organização deste estudo utilizou-se como apoio a perspectiva teórica do neoinstitucionalismo, que influencia muitos estudos nas ciências sociais, em particular na ciência política, e embasa, através das várias correntes teórico-metodológicas, as análises das instituições e das políticas.

O neoinstitucionalismo enfatiza a importância das instituições/regras como parte do processo dinâmico de decisão, formulação e implantação das políticas (Marques, 1997; Greer, 2006; Souza, 2007). Portanto, permeiam os campos de planejamento e gestão, temas prioritários nesta tese.

De acordo Souza (2007, p. 84):

> [...] o principal foco analítico da política pública está na identificação do tipo de problema que a política pública visa corrigir, na chegada desse problema ao sistema político (*politics*) e à sociedade política (*polity*), no processo percorrido nessas duas arenas, e nas instituições/regras que irão modelar a decisão e a implementação da política pública.

Como instituições entendem-se, nesses estudos, as regras do jogo formais e informais e sua evolução; estas são as regras gerais de caráter social, políticos, culturais e religiosos que conformam as ações sociais, existem a partir de dispositivos que definem conjuntos limitados das alternativas aceitas pela sociedade. Para Diniz (2003), estas regras do jogo influenciam e são influenciadas pelas instituições e devem ser seguidas por imposição moral ou pela lei.

O conjunto estruturado de regras formais é representado por leis, constituições, procedimentos, protocolos e referências convencionais da estrutura organizacional; já as regras informais influenciam na interação social, em geral, são até mais importantes do que os formais, pois privilegiam as relações entre atores, estabelecem regularidades de ideias, comportamentos, social e historicamente construídas (NORTH, 1990).

A teoria do neoinstitucionalismo tende a enfatizar um caráter mais amplo; inclui também instituições e atores (relações e interações humanas) que definem e defendem interesses.

> As instituições são centrais no estudo da política não apenas pela importância do Estado como ator e autor de ações específicas, mas porque ele, assim como as demais instituições políticas, influencia diretamente a cultura política, a estratégia dos atores e a produção da própria agenda de questões a ser objeto de políticas, enquadrando a luta política através das suas instituições. (MARQUES, 1997, p. 81).

Entre as vertentes da teoria neoinstitucionalista, optou-se pela abordagem histórica. Esta considera que as instituições moldam as decisões dos gestores/governantes, mas estes não se limitam ao atendimento de interesses próprios e defendem que a ação racional depende também de percepções subjetivas, novas ideias e processos históricos de cada local, considerando as práticas socialmente construídas. É necessária uma análise para entender o contexto institucional no qual as prioridades foram definidas, e como o Estado se estrutura para dar respostas aos desafios políticos que se apresentam (SOUZA, 2007; MARCH; OLSEN, 1995, THELEN; STEINMO, 1992).

Hall e Taylor (2003) destacam que essa abordagem procura compreender quais instituições (formais e informais) que modelam as estratégias e relações entre os atores e exercem influência sobre as decisões políticas. Estas análises são indutivas, com formulação de hipóteses ou pressupostos a partir de dados empíricos. Exemplos dessas instituições são: os sistemas partidários, as regras federativas, a organização dos Poderes de Estado, e podemos acrescentar a cultura política, que é instituição informal e responde por temas como patrimonialismo, clientelismo e populismo.

Entretanto, vale destacar que o uso do processo histórico para os estudos das políticas é antigo, vem das ciências sociais, iniciada com Max Weber, conceito que foi renovado posteriormente com Barrington Moore e Theda Skocpol. Estudar as instituições é importante para a compreensão da formulação e implantação das políticas públicas de saúde. Estas são planejadas a partir de regras formais, informais, embates políticos que estruturam e condicionam as decisões dos gestores de saúde. Há que se considerar, ainda, as relações federativas e partidárias que se estabelecem entre os diferentes atores, a partir de suas funções, competências e autonomia governamental (GREER, 2006).

As principais limitações deste estudo se devem à dificuldade explicativa das variáveis analisadas, estas são delimitadas pela conjuntura política concreta que não considera o processo de desenvolvimento institucional. Para essas análises, é possível apenas fazer afirmações provisórias de determinadas conjunturas, e este modelo analítico não permite o estabelecimento de posturas definitivas e elaboração de teorias gerais. Podemos acrescentar ainda a negligência dos fatores estruturais na abordagem neoinstitucionalista histórico. Tendo em vista esta situação, e na expectativa de contribuir para a análise do planejamento e gestão

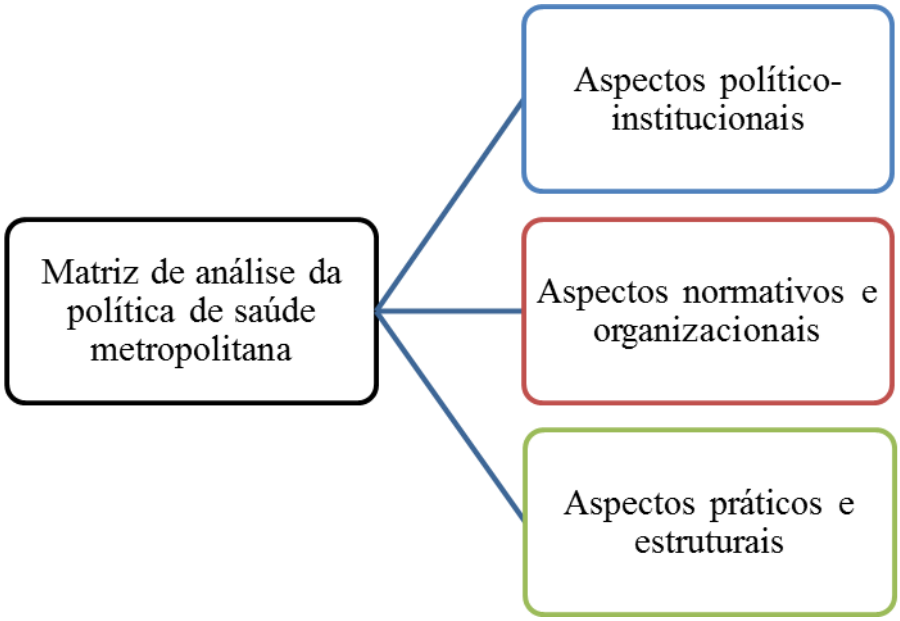
da saúde metropolitana, incluímos alguns aspectos práticos e estruturais dos serviços, como forma de reconhecer a importância da natureza estrutural dos sistemas.

1.4 Matriz de análise

Para a construção da matriz analítica, alguns aspectos mais importantes foram extraídos a partir do referencial teórico e conceitual elaborado, no intuito de ordenar os dados e o processo de análise deste estudo. Os aspectos analíticos mais abrangentes, de um lado, e do outro, os aspectos empíricos – indicadores e variáveis – que tiveram a finalidade operacional mais específica e concreta do sistema de saúde na RMRJ. A matriz de análise procurou concatenar dados empíricos com as questões da política de regionalização e gestão em saúde metropolitana.

Assim, tendo em vista o modelo de análise, foi elaborada a seguinte matriz analítica:

Figura 1- Matriz de análise



Fonte: A autora, 2015.

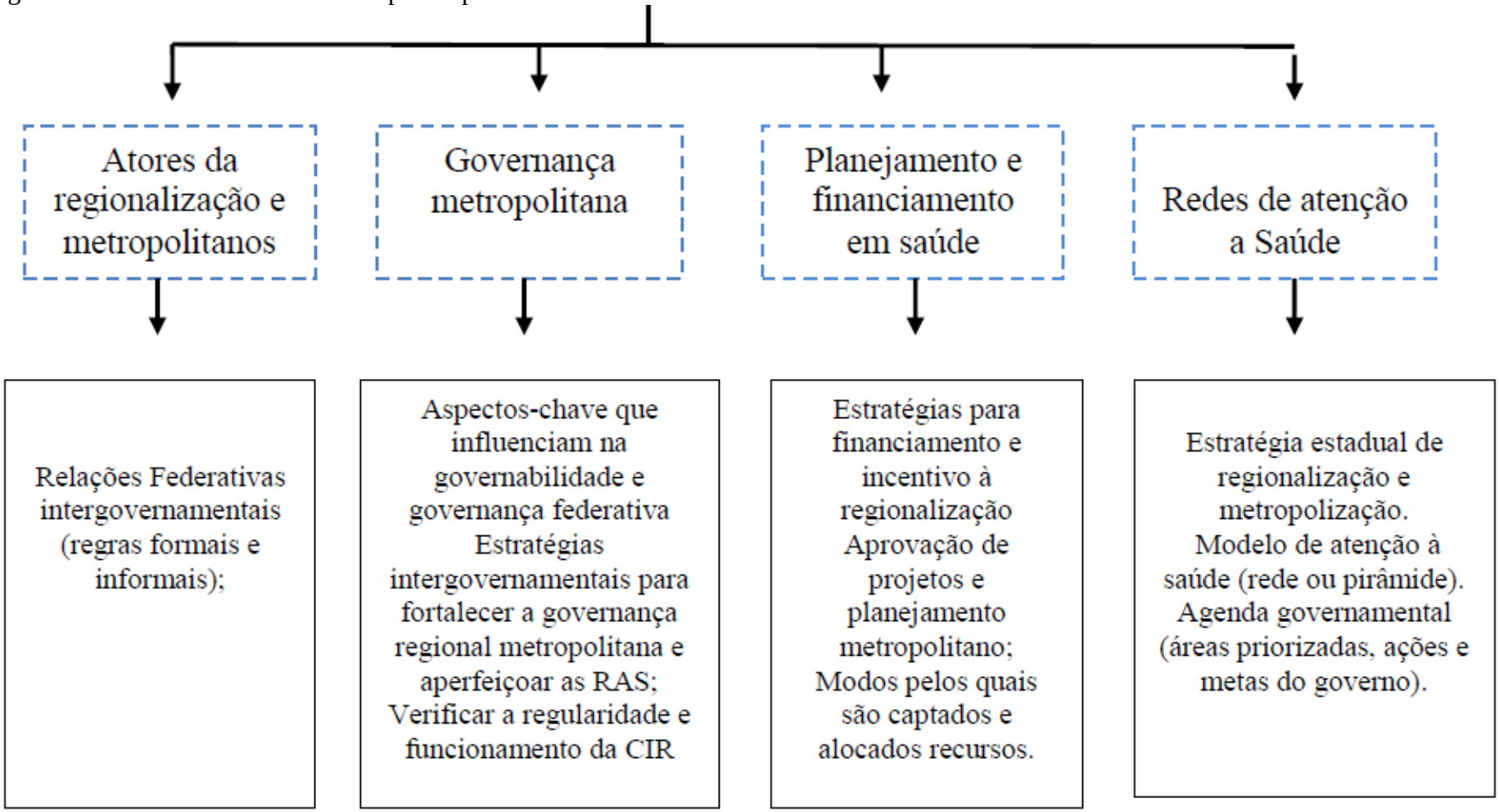
Essa matriz embasa a estrutura da pesquisa. Os três aspectos analisados são assim definidos para fins deste estudo:

1) O primeiro item de análise são os **aspectos político-institucionais** que são entendidos como elementos fundamentais no processo de identificação dos avanços e desafios enfrentados pelos gestores públicos, principalmente por envolver distintas instituições, a saber: atores governamentais, arenas decisórias, regras formais e informais que influenciam as decisões políticas. A abordagem do processo histórico transpassa esses elementos na expectativa de entender o contexto institucional das políticas públicas prioritárias no território metropolitano. Deste modo, as questões político-institucionais são debatidas *vis-à-vis* os conceitos centrais do federalismo e da organização governamental, com destaque para as relações intergovernamentais, processo de descentralização e autonomia das esferas de gestão. Incorporamos ao debate institucionalizado os conceitos de território e suas territorialidades, que juntamente com o tema da gestão/governança metropolitana embasam toda estrutura analítica deste estudo. Uma síntese explicativa das variáveis estudadas é apresentada na figura 2.

2) De forma conjunta e articulada, são debatidos os **aspectos normativos e organizacionais** que permeiam algumas questões teóricas e empíricas da descentralização e regionalização da política de saúde no Brasil, em especial a RMRJ. Buscou-se analisar o processo de criação conformação da RMRJ. Este aspecto analítico tem como objetivo abordar elementos gerais que definem diretrizes organizacionais e normativas na implementação da política de saúde regionalizada. Foi elaborada análise de algumas características, regras e instrumentos que moldam a política de saúde atual. Maior ênfase aos elementos mais recentes da normatização e organização das RAS regionalizadas e descentralizadas. Estas são diretrizes para todo o território nacional, e influenciam políticas que vão além do cenário deste estudo; por conseguinte, faz-se indispensável a abordagem da política macro, para que seja possível debater de forma regionalizada as questões histórico-concretas da RMRJ. Os elementos analisados são apresentados figura 3.

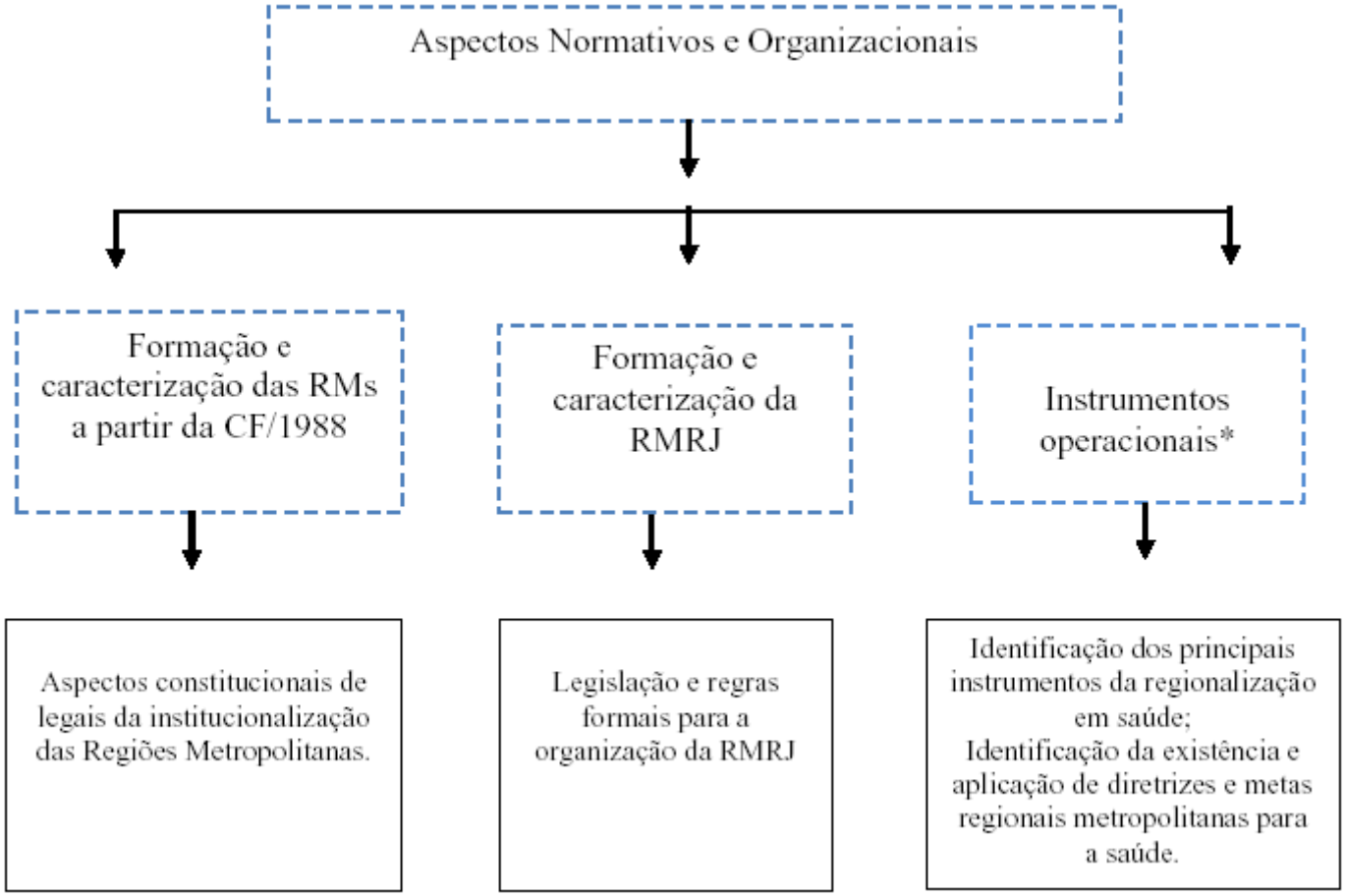
3) Os **aspectos práticos e estruturais**, analisados no capítulo empírico desta tese, têm caráter relativamente estático. Os elementos analisados procuram de forma descritiva e ilustrativa apresentar as condições sociais e econômicas, a configuração e distribuição territorial da capacidade instalada da rede de serviços de saúde de todos os tipos de prestadores, as receitas e despesas de recursos financeiros destinados à saúde e a distribuição de profissionais de saúde na RMRJ. Os elementos de análise estão resumidos na figura 4. É importante esclarecer que este capítulo tem como objetivo ilustrar a conformação da rede de saúde na RMRJ e dependência dos serviços a partir do núcleo central (a cidade do Rio de Janeiro).

Figura 2 - Elementos de análise dos aspectos político-institucionais



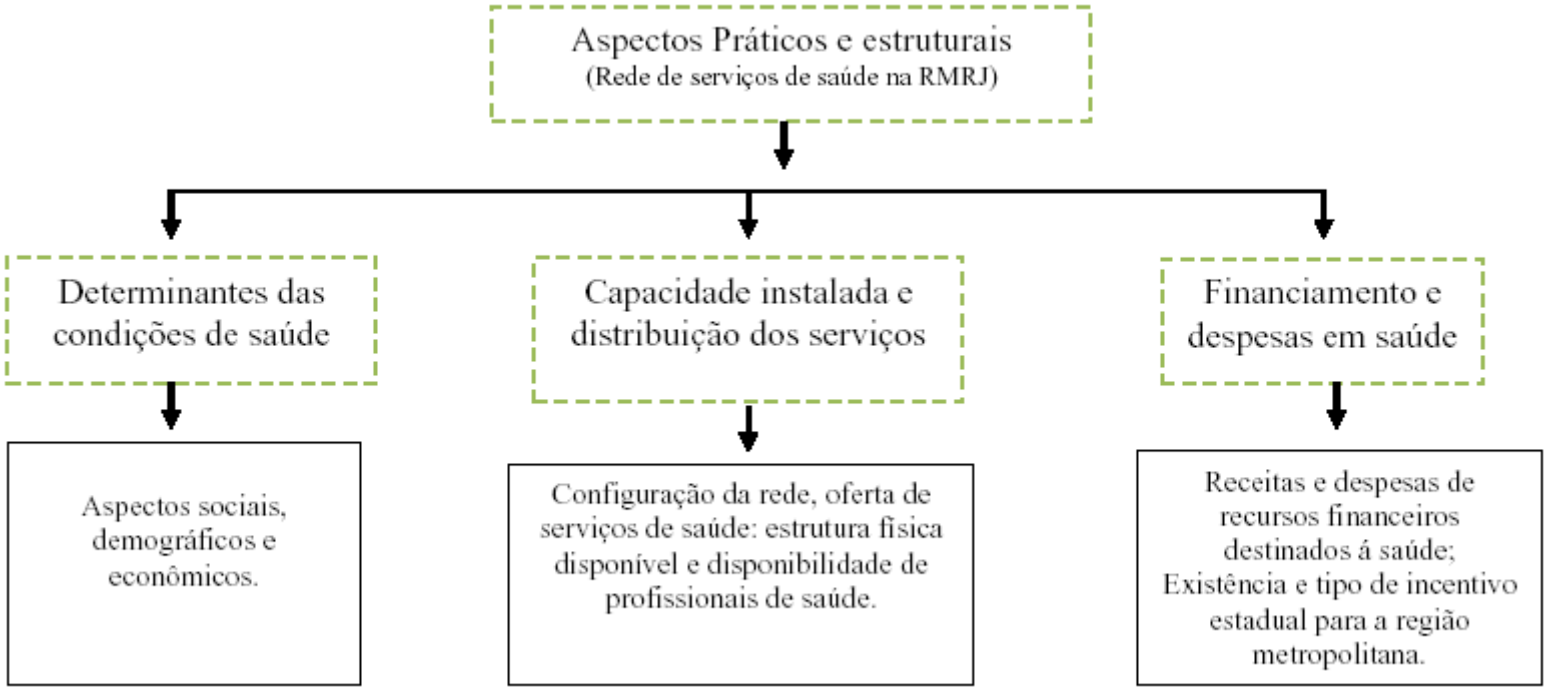
Fonte: A autora, 2015.

Figura 3- Elementos de análise dos aspectos normativos e organizacionais



Fonte: A autora, 2015.

Figura 4 - Elementos de análise dos aspectos práticos e estruturais



Fonte: A autora, 2015.

A análise considera que os processos de descentralização, regionalização e territorialização da saúde são variáveis que se articulam em determinados lugares e conformam dinâmicas populacionais, culturais e política específicas de cada território, que carregam toda a história, cultura, valores, estruturas e políticas do local. Esses conceitos têm a finalidade de dar maior complexidade e maturidade às análises da saúde coletiva.

1.5 Fontes de informação, técnicas e coleta de dados

Tratando-se de uma pesquisa empírica por meio de documentos e com o uso de bases de dados secundárias, é preciso esclarecer os critérios de seleção a serem estudados, para a delimitação da análise do objeto investigado.

1.5.1. Registro documental

As "[...] políticas públicas, depois de desenhadas e formuladas, se desdobram em planos, programas, projetos, bases de dados ou sistemas de informação e fruto de pesquisas". (SOUZA, 2006, p. 70). Nessa perspectiva, a seleção dos documentos analisados nesta tese se deu pela conveniência com os temas estudados, por serem documentos que orientam e auxiliam no planejamento e gestão pública das RAS e pela disponibilidade de acesso a qualquer cidadão interessado. Os documentos selecionados são normativos e institucionalizados pelas instâncias de governo responsáveis, foram incluídos documentos elaborados pela SES-RJ, CIR e CIB, conforme apresentado no quadro 1.

Quadro 1- Documentos selecionados para a pesquisa documental

Documento	**Instância de governo**	**Período**
Plano Estadual de Saúde (PES)	Secretaria Estadual de Saúde do Rio do Janeiro	2012-2015
Plano Diretor de Regionalização (PDR)	Secretaria Estadual de Saúde do Rio do Janeiro	2012-2013
Plano Regional Integrado	Secretaria Estadual de Saúde do Rio do Janeiro	2013-2016
Regimento Interno da CIR	Secretaria Estadual de Saúde do Rio do Janeiro e Comissão Intergestores Bipartite	2012
Instrumentos Legais da RMRJ	Estado do Rio de Janeiro	1974 a 2015

Fonte: A autora, 2015.

O intuito da análise desses documentos é identificar como se apresentam as questões da descentralização, regionalização da saúde e constituição das RAS nos instrumentos de planejamento, bem como identificar a existência e aplicação de diretrizes e/ou metas regionais metropolitanas para a saúde no Estado do Rio de Janeiro. Com esses documentos, buscaram-se resultados para a análise dos aspectos político-institucionais, e principalmente para os normativos e organizacionais propostos na matriz deste estudo.

1.5.2 Dados secundários

Para alcançar os objetivos empíricos (aspectos práticos e estruturais) propostos, foi constituída uma base de dados com variáveis socioeconômicas, demográficas, dados da capacidade e distribuição da oferta de serviços de saúde de todos os tipos de prestadores, dos recursos financeiros disponíveis e da distribuição de profissionais por categoria profissional, a partir de dados obtidos através do IBGE e DATASUS.[6] Os dados e informações utilizadas são do período que compreende os anos de 2010 a 2013, por serem os dados mais recentes disponíveis para análise e estarem em acordo com os instrumentos de gestão utilizados na análise documental.

A abordagem de todo o conjunto de dados e variáveis disponíveis nas bases de dados consiste num esforço demasiadamente complexo e talvez não ofereça substancial ganho em termos de implicações para o planejamento territorial da saúde. Assim, alguns indicadores foram selecionados, optando-se principalmente pelos tradicionais nos estudos em saúde coletiva.

Na seleção dos dados e variáveis, consideraram-se aquelas que apresentam potencial explicativo dos aspectos práticos e estruturais, conforme proposto na matriz analítica deste estudo. Entretanto, para maior confiabilidade dos dados selecionados, utilizamos como referência a análise de estudos sobre indicadores, dimensões e propostas realizadas pela Metodologia de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde (PROADESS).

A matriz de dimensões da avaliação de desempenho do sistema de saúde avaliou 113 indicadores relacionados aos contextos político, social, econômico e a conformação do sistema de saúde. A matriz conceitual do PROADESS é composta por quatro grandes

[6] O DATASUS apresenta informações de saúde e informações financeiras através de diferentes sistemas informacionais que fazem parte dessa base de dados do MS.

dimensões: os determinantes da saúde, as condições de saúde, a estrutura do sistema de saúde e o desempenho dos serviços de saúde.

> [...] o foco da avaliação incide sobre o desempenho dos serviços de saúde, que depende da estrutura do sistema, cuja arquitetura e cujo funcionamento deveriam ser capazes de garantir o atendimento das necessidades de saúde, reconhecendo que tais necessidades são, em grande parte, decorrentes de determinantes sociais, políticos e econômicos. (VIACAVA et al., 2011, p. 8).

Dessa forma, foi utilizado o relatório do PROADESS foi utilizado como referência para a seleção dos dados e também influenciou a organização da parte empírica desta tese, a análise dos aspectos práticos e estruturais do sistema de saúde na RMRJ. Entretanto, duas questões são destacadas: em primeiro lugar, esta tese não tem como objetivo avaliar o desempenho da RAS; em segundo, o relatório foi utilizado como referência apenas para algumas variáveis que compõem os indicadores propostos no relatório em questão, e não todo o conjunto de indicadores.

Os dados selecionados são apresentados no quadro 2.

Quadro 2- Variáveis selecionadas para análise dos aspectos práticos e estruturais

Elementos de Análise	**Variáveis e dados**
Aspectos sociais e econômicos	Renda média mensal *per capita*; cobertura de acompanhamento das condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família; índice de desenvolvimento humano municipal (IDH-M); índice de Gini; produto interno bruto (PIB) *per capita.*
Aspectos demográficos	População total; população por município da RMRJ, faixa etária.
Distribuição territorial da capacidade instalada de serviços de saúde na RMRJ	Número de profissionais de saúde por categoria profissional por habitante; número de Centros de Atenção Psicossocial, Centros de Saúde/Unidades Básicas de Saúde, Hospitais Gerais, Hospitais especializados, policlínicas e postos de saúde; quantidade de leitos de internação geral e por especialidade; equipamentos de diagnóstico por imagem; cobertura de APS; cobertura da ESF.
Financiamento e despesas com saúde	Percentual de transferências do SUS sobre o total de despesa em saúde dos municípios; despesa com recursos próprios por habitante; receitas de transferências do SUS por habitante; percentual de despesa com investimento sobre o total de despesa em saúde; gastos com saúde por blocos de financiamento.

Fonte: A autora, 2015.

As informações podem servir para comparar lugares, grupos ou períodos distintos; também podem ter vários objetivos, tais como: detectar uma situação de risco relacionada à saúde e ao ambiente; monitorar tendências no ambiente e na situação de saúde; comparar condições de vida, saúde e ambientais em diferentes áreas, permitindo identificar áreas prioritárias para intervenção; avaliar o efeito de políticas e intervenções específicas sobre a saúde e as condições sociais e ambientais (BRASIL, 2007).

Quando se utilizam bases de dados nacionais, alguns aspectos precisam ser levados em consideração, sobretudo quanto a consistência, atualização e detalhamento do fornecimento das informações. Os dados apresentados neste estudo podem sofrer variações quanto à disponibilidade atual da oferta de serviços de saúde e dos profissionais de saúde. Essas bases são alimentadas pelas secretarias municipais e estaduais de Saúde e nem sempre são atualizadas de acordo com a expansão real dos serviços mês a mês/ano a ano. Mesmo com essas limitações, optou-se por utilizar dados dos sistemas oficiais de informação, tendo em vista que os gestores as utilizam para formulação de políticas.

Ainda é importante reiterar que este estudo, independentemente das críticas à consistência das bases de dados, tem como objetivo analisar o processo de regionalização da saúde na RMRJ, tendo em vista as questões federativas e territoriais que se estabelecem. Esses dados não se propõem a uma "avaliação" de eficiência ou de efetividade da rede regionalizada, mas a instigar os gestores na incorporação de aspectos fundamentais a serem incorporados na formulação e implantação das políticas públicas de saúde para as RMs.

1.6 Apresentação dos dados empíricos

Após a coleta dos dados, estes foram sistematizados e organizados segundo critérios qualitativos e/ou quantitativos, em acordo com as questões e objetivos do estudo e segundo os aspectos teórico-analíticos que embasam a pesquisa. As análises são apresentadas através de gráficos, tabelas e mapas temáticos. Os mapas temáticos foram elaborados com o auxílio de ferramenta de geoprocessamento, o *software Terraview* e o *Tabwin* e compreendem os 19 municípios da RMRJ, configuração definida para a área da saúde.

Ressalta-se que este estudo apresentou viabilidade, pois o uso de tecnologias na análise do território tem oferecido possibilidades de análise da situação de saúde e de seus determinantes, além de propiciar melhor compreensão dos fatores sociais e econômicos.

Espera-se, contudo, levantar um mosaico de situações diferenciadas para os municípios da RMRJ que caracterizam o território metropolitano.

Utilizou-se a ferramenta do geoprocessamento como instrumento que engloba diversas tecnologias de tratamento e manipulação de dados geográficos, por meio de programas computacionais. Os objetos geográficos "são fenômenos do mundo real que se deseja representar – limites municipais, estaduais, estradas, lotes, lagos, etc." (BRASIL, 2007, p. 15).

O geoprocessamento através do Sistema de Informações Geográficas (SIG) pode ser definido com base em três propriedades: a capacidade de apresentação cartográfica de informações complexas; uma base integrada de dados de diferentes origens e formatos; e um conjunto de procedimentos de análise espacial que pressupõe inter-relacionamento dos dados (MAGUIRRE; GOODCHLID; RHIND, 1991).

A utilização de varáveis que representam as condições de vida das pessoas de determinado território de maneira meramente descritiva pouco pode nos dizer sobre as potencialidades de melhoria e garantia de direitos à saúde, como a melhoria do acesso. Então, como apresentar informações georreferenciadas que não representem a simples espacialização das necessidades e problemas, mas cuja análise territorial permita identificar as prioridades para as intervenções da gestão na rede de atenção a saúde metropolitana?

Acredita-se que tal questionamento pode ser respondido neste estudo a partir da conjunção entre o referencial analítico, a análise dos aspectos político-institucionais, normativos e organizacionais propostos na matriz analítica e, finalmente, a espacialização dos dados, com a descrição das características estruturais da RAS para o território estudado. Assim, o geoprocessamento representa uma ferramenta que facilita a visualização e análise de variáveis e dados e permite maior aproximação territorial dos gestores no planejamento das políticas de saúde.

O geoprocessamento das informações permitiu a reinterpretação da realidade regional e, a partir dele, foi possível acrescentar novos elementos que auxiliam na distribuição dos serviços de saúde na RMRJ. Pina (1998, p. 131) definem que "um mapa temático fornece tanto informações diretas, representadas pela distribuição espacial dos temas que simbolizam as classes do objeto mapeado, quanto informações geradas pela síntese de duas ou mais informações primárias".

1.6.1 Elaboração dos mapas temáticos

A malha geográfica municipal utilizada refere-se ao ano de 2005, sendo as mais recentes disponibilizadas pelo DATASUS. Para o tratamento dos dados, serão utilizados os *softwares* Microsoft Excel®, R® Statistics, TabWIN® e *Terraview*.

A análise exploratória anterior à plotagem dos dados foi realizada através do *software* livre estatístico R, que é bastante utilizado para essas análises. As variáveis foram plotadas utilizando os dados brutos, e também foram apresentados alguns dados que podem elucidar melhor as análises. Todavia alguns dados, como por exemplo, número de hospitais em um município, isoladamente, não apresentam relevância em termos de análise mais aprofundada – são iguais ao número de óbitos bruto e não indicam os problemas e causas existentes. Então, procurou-se relativizar isto com a população, pela razão, por exemplo:

$$\frac{\text{Número de Hospitais}}{\text{População do Município}} \qquad (1)$$

Destarte, temos a noção de quantos hospitais existem por número de indivíduos residentes nos municípios e da oferta de serviços disponíveis (ou pelo menos da existência dele). Por mais que seja uma aproximação que carece de pactuações, ainda é mais sólido do que o número bruto de hospitais, pois os equipamentos não podem trabalhar sem que se tenha uma escala populacional definida. Dados sobre oferta e demanda sempre precisam estar relacionados à população; o ideal é que o país definisse parâmetros para todos, só há para alguns (Portaria GM/MS nº 1.101/2000).

A partir de então, os mapas foram plotados/editados no *Terraview e TabWin*, de maneira a se obter apenas os municípios analisados, ou seja, da RMRJ. O *Terraview* foi construído pelo Instituto Nacional de Pesquisas Espaciais (INPE) e o usuário tem a capacidade de visualizar dados geográficos e executar análise de indicadores. O programa pode ser obtido através do *site* http://www.dpi.inpe.br/terraview/index.php. Para a plotagem dos mapas e cálculo de indicadores, foi utilizado o *TabWin*®.

2 REVISÃO TEÓRICA

O federalismo representa uma das principais teorias para compreensão do Estado e suas relações entre as esferas de governo. O termo "federalismo" apresenta uma confusão de significados, usado para designar dois objetos diferentes. "Numa primeira acepção clara, mas delimitada, designa a teoria do Estado federal. Numa segunda acepção, um tanto obscura, se refere a uma visão global da sociedade"[7] (BOBBIO; MATTEUCCI; PASQUINO, 2007, p 475).

Este capítulo aborda conceitos centrais do federalismo e de organização do governo que, no Brasil, influenciam a conformação das relações intergovernamentais para a gestão pública no território metropolitano. Procura-se estudar as questões estruturais e os processos políticos que são fundamentais para entender a própria natureza das instituições federativas.

2.1 Federalismo e governabilidade: aspectos gerais

As federações surgem a partir de uma lógica histórica e política completamente diferentes umas das outras, os sistemas federativos são formados por diferentes razões e para alcançar diferentes objetivos. Para William Riker (1975), cada federação é resultado de acordos políticos pelos quais as elites e soberanos concordam em desistir de parte de suas soberanias, a fim de reunir seus recursos para melhorar a segurança coletiva e atingir outros propósitos, inclusive econômicos, situação em que todos envolvidos podem obter ganhos.[8] Na mesma linha de pensamento, Elazar (1987) defende que o federalismo é um princípio ou valor que permeia os sistemas políticos federativos e que diz respeito às necessidades das pessoas e das unidades políticas de se unirem para atingir objetivos comuns.

O modelo federativo de governo assegura a autonomia dos entes e a criação de estruturas para acomodar os diferentes interesses visando a coesão política, econômica e social no Estado, tendo como base uma Constituição. Para Abrucio (2006), o federalismo é

---

[7] Para maiores esclarecimentos sobre o termo "federalismo", consultar Bobbio, Matteucci e Pasquino (2007, p. 475-486).

[8] Contudo, Riker ignora as relações políticas que são de poder e dominação e as substitui por um relacionamento despolitizado. As federações surgiram em estados nacionais, com centros de poder relativamente débeis, que por isso tiveram de ceder poder e autonomia para as lideranças regionais. Os estados nacionais cujos centros eram inicialmente fortes foram sempre unitários e não federativos.

uma forma de organização territorial que impacta diretamente na maneira do governo dar respostas às necessidades dos cidadãos.

Em geral, os estudos sobre federalismo têm como referência o modelo norte-americano,[9] que propõe a unificação de unidades independentes (*coming together federations*) que partilham sua soberania e mantêm a identidade individual – como exemplo, pode-se citar, além dos Estados Unidos, a Suíça e a Austrália (STEPAN, 1999a). Os autores Kugelmas e Sola (1999) apontam que esse modelo privilegia a negociação entre as partes para criar e manter o Estado federado, mas não leva devidamente em conta a trajetória dos Estados unitários que se transformaram em federações.

No outro extremo, temos o exemplo da Índia, Bélgica e Espanha como federalismo (*holding together federations)* "[...] no qual as instituições federativas constituem mecanismos para dar espaço à diversidade, dentro de uma unidade, com o objetivo de evitar o rompimento e a separação por parte de alguma unidade subnacional" (FRANZESE, 2010, p. 28). Sugere-se manter juntas unidades que poderiam se tornar independentes.

Quando se fala em federação, estamos nos referindo a um sistema de governo no qual há partilha de poder e autonomia entre um governo central ou federal[10] e outras esferas de governo constituintes. A federação refere-se a um arranjo institucional em que nem o governo federal nem as unidades constituintes são constitucionalmente subordinados a outro nível de governo, tendo, cada um, a prerrogativa para lidar diretamente com seus cidadãos, no exercício dos seus poderes Legislativo, Executivo e poderes tributários (WATTS, 2008).

Para Daniel Elazar (1979), estudioso do tema, a essência do federalismo não é encontrada em determinado conjunto de instituições, mas na institucionalização de um tipo particular de relação entre os participantes na vida política. O federalismo, portanto, refere-se às relações entre entidades constituintes (VILLIERS, 2012).

Elazar (1987), ao se referir às questões que envolvem soberania, destaca duas características claras do federalismo que coexistem nas instâncias governativas: 1) governos que combinam elementos e regras compartilhadas – soberania compartilhada (*shared-rule*); e 2) autonomia regional, autogoverno – soberania dual (*self-rule plus*). A primeira diz respeito à capacidade de influenciar nas decisões políticas nas esferas centrais; e a segunda, à autonomia para tomar decisões sobre suas próprias políticas.

---

[9] As bases iniciais do federalismo estadunidense foram lançadas na obra *O Federalista* (Hamilton, Jay e Madison, *The Federalist*, 1987).

[10] Estado Unitário se caracteriza pela centralização político-administrativa em um único centro de poder produtor de decisões. O Estado Federal**,** por sua vez, é definido como a união de Estados, prevista na Constituição, em que estes possuem autonomia e participação política (MORAES, 1998).

> Os Estados podem desempenhar papel decisivo, com a condição de que aceitem, em razão do próprio interesse, abandonar a sua soberania absoluta acerca de todos os grandes problemas de utilidade comum e, sobretudo, dos problemas que ultrapassam sua competência isolada. (MORIN, 2003, p. 77).

Afinal, como garantir autonomia e soberania compartilhada as esferas subnacionais? Esta não é uma pergunta trivial e exige uma análise complexa de como manter a autonomia de um ente federado e ao mesmo tempo incentivar que este abandone parte de seu "poder" em vista da pactuação de interesses comuns em dado território. Algumas questões rápidas precisam ser sinalizadas, para que seja possível nos aproximarmos e compreendermos os desafios que os governos enfrentam no processo de integração regional das políticas públicas, tal como nos apresentam os casos metropolitanos.

Na opinião de Soares (1998, p. 163), "[...] a autonomia das unidades subnacionais estará garantida na medida em que os interesses centrífugos[11] tiverem relevância no Estado nacional e forem representados pelos partidos políticos". Com tal característica, o federalismo pode representar uma forma de conciliação e de organização das disputas e conflitos de diferentes interesses, e demanda arranjos que sejam capazes de construir e manter um relativo equilíbrio entre a autonomia, a soberania, a cooperação e a organização do sistema partidário. A heterogeneidade de interesses entre os entes subnacionais precisa ser acomodada dentro da estrutura federativa. Eis que, nessa perspectiva das autonomias subnacionais e conciliação de interesses comuns, desafiam a gestão pública que são mais acentuadas nas RMs, certamente existem mais conflitos e competições que a legitimidade de práticas conciliatórias.

No entanto, "[...] se são os partidos políticos *que* ocupam os principais cargos públicos nos governos subnacionais, então o governo subnacional será autônomo à medida que os partidos políticos ou lideranças partidárias sejam autônomos em relação ao nível nacional" (SOARES, 1998, p. 163). Mas, em situação de dependência entre as esferas de governo, a autonomia pode ser enfraquecida e demandar cooperação entre distintas instâncias federadas e partidos políticos.

Watts (2008) define quatro aspectos na política que podem afetar o funcionamento numa federação. O primeiro relacionado à estrutura organizacional – as relações entre as organizações partidárias e os níveis de governo – basicamente a forma e as estratégias que os partidos políticos fazem uso do poder de barganha para garantir a representação dos seus interesses e, consequentemente, a definição dos objetivos das políticas a serem implantadas.

---

[11] Soares (1998) denomina como "interesses centrífugos" a heterogeneidade de interesses de bases territoriais em que há pressões locais por maior autonomia dos governos.

Entes subnacionais com maior autonomia, especialmente de recursos financeiros, podem "implementar as suas próprias políticas independentemente do governo federal, porque têm representação no parlamento para vetar as iniciativas de política que são contrárias a seus interesses ou, ainda, porque podem simplesmente não aderir à implementação de programas do governo federal" (ARRETCHE, 2002, p. 31). Neste caso, os núcleos urbanos mais desenvolvidos economicamente podem ter maior facilidade para ter seus projetos aprovados e apoiados financeiramente, uma vez que eles têm maior representatividade de votos, poder e influência econômica.

O segundo aspecto está relacionado ao grau de simetria ou assimetria entre níveis de governo e o alinhamento com seus partidos políticos. Este talvez seja um dos aspectos mais complicados no funcionamento de um Estado federativo. Quanto maiores a assimetria e desigualdade entre os níveis de governos, maiores serão as dificuldades de acomodar interesses, manter as autonomias, e ainda promover um modelo equitativo das capacidades de governo.

O terceiro aspecto é o impacto dos partidos políticos sobre a representação de interesses dentro de cada nível de governo. A governabilidade dos diferentes níveis de governo, no âmbito geral, está diretamente ligada às influências que os partidos políticos impõem e articulam para garantia de seus interesses. As forças políticas e partidárias afetam as relações intra e intergovernamentais e podem resultar em adoção de prioridades e políticas públicas que nada ou pouco representam os interesses de suas respectivas bases territoriais.

O quarto e último aspecto é o modelo de progressão nas carreiras políticas. A nosso ver, temos um contexto dinâmico da análise federativa no qual as forças internas dos entes federados estão sempre em confronto, através da competição eleitoral, que por sua vez também sofrem pressões internas para o apoio de um ou outro candidato à eleição, nos diferentes níveis governamentais. Muitas vezes estes não representam as ideias políticos e as necessidades da região.

A análise do federalismo perpassa as questões organizacionais e exige a observação das relações de poder e força política de cada esfera governamental. Assim, cada país molda suas formas peculiares de relações intergovernamentais competitivas ou cooperativas, com maior ou menor grau de descentralização e autonomia, coexistindo diferentes instâncias de poder (GREER, 2006).

A competição e a cooperação entre os entes federados são um tema importante e crescente na literatura do federalismo. Os estudos das políticas públicas reconhecem o impacto das instituições federativas na divisão de funções e competências, assim como na

distribuição de recursos entre os entes federados como ponto de partida para as análises do federalismo competitivo e cooperativo entre os territórios.

Marques (2013) aponta que entre os principais aprendizados recentes podemos destacar o arcabouço institucional do federalismo não é impeditivo para desenvolvimento de políticas cooperadas que auxiliem na redução das desigualdades entre as regiões e facilite a cooperação entre elas. A própria política pública (*policy*) pode influenciar nas regras do jogo e na estrutura política federativa (*polity*), a partir da organização de grupos que visem interesses regionais coletivos e defendam uma ação conjunta.

Riker (1975, p. 143-145), apesar de ser importante referência na discussão do federalismo, foi muito criticado pelas afirmações de que "[...] o federalismo não faz nenhuma diferença especial para a política pública. [...] o que conta não é a estrutura constitucional bastante trivial, mas a cultura política e econômica. [...] O federalismo é no máximo uma variável interveniente e relativamente desimportante".

A literatura recente da ciência política, com a qual esta tese concorda, reconhece a interferência do federalismo nas políticas públicas e analisa essa interação das relações intergovernamentais e definição de responsabilidades e competências, principalmente na classificação do federalismo cooperativo e competitivo (FRANZESE; ABRUCIO, 2013).

Sano e Abrucio (2013) ressaltam as relações intergovernamentais são complexas e necessitam de instrumentos que ajudem articular a necessária interdependência entre eles e ao mesmo tempo mantenha-os autônomos. A complexidade se dá porque, debater as relações intergovernamentais e a formação de arranjos e processos concretos, por exemplo, implica considerar a natureza normativa, as dimensões fiscais, as relações político-institucionais e político-partidárias na especificidade de cada ente federado. Assim, o processo de preservação da autonomia e as relações intergovernamentais nas federações trazem importantes questões ao processo de formação política e administrativa dos países, além de influenciar as formas de gestão governamental. É preciso que no processo de cooperação não haja perda de autonomia e que os direitos federativos sejam mantidos.

Trata-se de considerar os arranjos federativos como mecanismos centrais para ações públicas cooperativas e/ou compartilhadas, capazes de reduzir a grande desigualdade e heterogeneidade dos espaços territoriais; entrelaçamento de problemas comuns da região, o que pode evidenciar aspectos históricos, culturais e da formação social no âmbito das relações de poder e autonomia de cada território.

"As teorias políticas e sociais do federalismo estão fundadas na premissa de uma relação política formal entre os níveis e instâncias de governo, que depende de consentimento

mútuo e está conjugada em torno de objetivos específicos" (MIRANDA, 2003, p. 31). O ideário está diretamente articulado com os jogos de interesses, crenças, valores, cultura organizacional e buscam embasar os compromissos e pactuações firmadas.

2.1.1 Conformação federativa, governabilidade e governança pública

Após a compreensão dos aspectos gerais do federalismo e da complexidade de alguns elementos que interferem no funcionamento de um Estado federado, esta seção tem como intuito propor uma breve reflexão sobre a conformação federativa de poderes e autonomia frente a governabilidade e governança pública, conceitos que são apresentados a seguir.

> A governabilidade e a governança são conceitos mal-definidos, frequentemente confundidos. Para mim, governabilidade é uma capacidade política de governar derivada da relação de legitimidade do Estado e do seu governo com a sociedade; governança é a capacidade financeira e administrativa, em sentido amplo, de um governo implementar políticas. (BRESSER-PEREIRA, 1998a, p. 33).

O Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE) lançado em 1995, no governo do presidente Fernando Henrique Cardoso e o então Ministro da Administração Federal e Reforma do Estado, Luiz Carlos Bresser-Pereira, definiu que o governo brasileiro não carece de governabilidade, mas de governança:

> [...] o governo brasileiro não carece de "governabilidade", ou seja, de poder para governar, dada sua legitimidade democrática e o apoio com que conta na sociedade civil. Enfrenta, entretanto, um problema de governança, na medida em que sua capacidade de implementar as políticas públicas é limitada pela rigidez e ineficiência da máquina administrativa (p. 13-14).

Esta tese concorda apenas em termos com essa perspectiva conceitual. Considerando o debate analítico sobre os aspectos gerais do modelo federativo de Estado apresentado na seção anterior, entende-se que governabilidade ou poder para governar não se basta da legitimidade democrática e do apoio da sociedade civil. Os jogos de interesses e as disputas de poder vão além, e envolvem o sistema político e eleitoral.

A governabilidade é influenciada pela simetria e assimetria dos níveis governamentais, estrutura político-partidária, ajuste de interesses intergovernamentais entre as esferas de governo e dentro do próprio governo, cultura territorial, participação da sociedade e controle social nas políticas públicas e nos aspectos jurídicos e normativos. A legitimidade democrática não está isenta da representação de interesses. E o apoio da sociedade civil ao

governo está amplamente influenciado por questões partidárias, pela mídia, pelas redes sociais e pelos grupos e movimentos que lutam por interesses particularizados e que podem ou não ser coletivos.

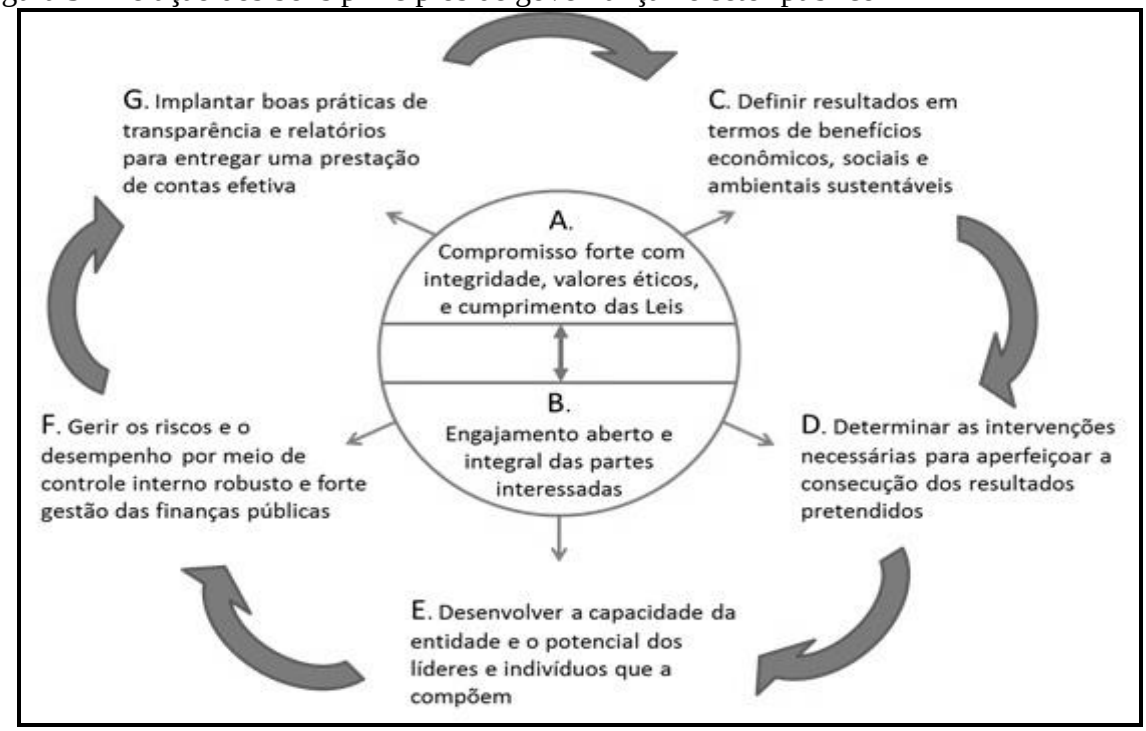
Assim, a governabilidade não pode ser definida sem considerar os diversos elementos que impactam nos governos e resultam em problemas e na ingovernabilidade federativa. “Se nas democracias avançadas existem muitas vezes problemas de governabilidade, o que dizer das democracias recentes e imperfeitas, onde os governos são instáveis, perdendo, com facilidade, o apoio da população” (BRESSER-PEREIRA, 1998b, p. 83).

A governança apresenta limitações pela burocracia e pelos problemas administrativos. O problema da governança reside na falta de capacidade gerencial e financeira para atender às demandas da sociedade por serviços públicos. E a dificuldade em assegurar que as demandas da sociedade sejam atendidas é um problema de governabilidade. Consequentemente, a governança pode diminuir a governabilidade. O debate com as ideias do autor representa, acima de tudo, a concepção de Estado do governo brasileiro na década de 90, que propusera que a governança poderia ser alcançada e a reforma do Estado bem-sucedida.

Há que se destacar, contudo, que esses conceitos têm como base a definição geral de *Governance* apresentado pelo Banco Mundial em 1992. *Governance* é "o exercício da autoridade, controle, administração, poder de governo", ou ainda "a maneira pela qual o poder é exercido na administração dos recursos sociais e econômicos de um país visando ao desenvolvimento", implicando sobre "a capacidade dos governos de planejar, formular e implementar políticas e cumprir funções". Este conceito está relacionado intrinsecamente com a governabilidade ou capacidade de governar, que é um requisito para a boa governança e para o desenvolvimento do Estado.

A *International Federation of Accountants* (IFAC), em 2013, definiu que governança pública é o sistema de compreende os mecanismos institucionais para o desenvolvimento de políticas públicas que garantam que os resultados desejados pela sociedade e demais entes da vida pública sejam definidos e alcançados. Estabelece, ainda, os bons princípios de governança, conforme apresentado na figura 5.

Figura 5 - Relação dos bons princípios de governança no setor público



Fonte: IFAC, 2013.

Ao contrário da visão do IFAC e do Banco Mundial, Diniz (1995, p. 400), em vista de um Estado mais eficiente, mas não se restringindo aos aspectos gerenciais e administrativos, destaca que "[...] [a] preocupação deslocou o foco da atenção das implicações estritamente econômicas da ação estatal para uma visão mais abrangente, envolvendo as dimensões sociais e políticas da gestão pública".

Nessa perspectiva, Diniz (1998) define os conceitos de "governabilidade" e "governança".

> Governabilidade refere-se às condições sistêmicas mais gerais sob as quais se dá o exercício do poder numa dada sociedade, refletindo características do sistema político, tais como a forma do governo, as relações entre os poderes, os sistemas partidários e de intermediação de interesses, entre outras. (p. 42).

Por conseguinte, são diferentes combinações e articulações necessárias à garantia da governabilidade. Já a governança:

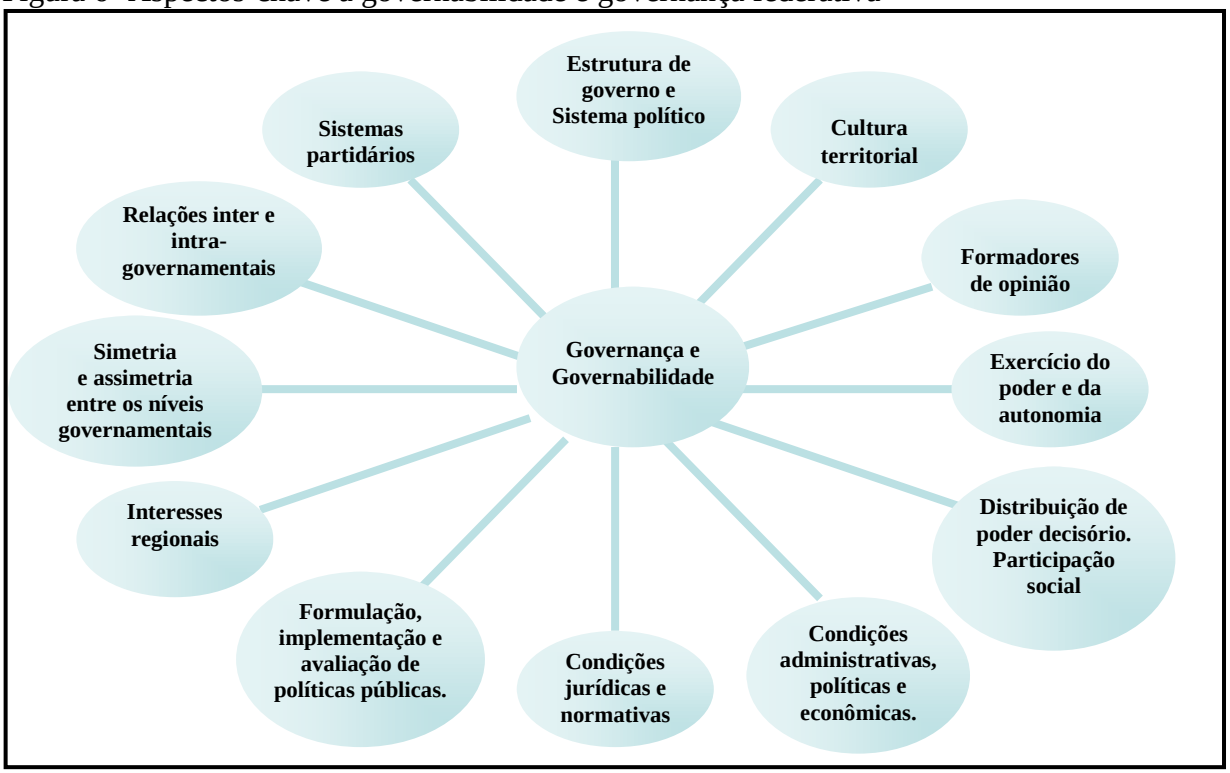
> Governança, por outro lado, diz respeito à capacidade governativa em sentido amplo, envolvendo a capacidade de ação estatal na formulação e implementação das políticas, tendo em vista a consecução de metas coletivas. [...] Pressupõem um Estado dotado de maior flexibilidade, capaz de descentralizar funções, transferir responsabilidades e alargar, ao invés de restringir, o universo dos atores participantes, sem abrir mão dos instrumentos de controle e supervisão. (p. 42-43).

Melo (1995, p.30-31) define que a governança refere-se ao modo de operacionalizar as políticas governamentais e "[...] inclui, dentre outras, questões ligadas ao formato político-institucional dos processos decisórios, à definição do *mix* apropriado do público/privado nas políticas, à participação e descentralização, aos mecanismos de financiamento das políticas e ao alcance global dos programas [...]".

A partir dessa diversidade de conceitos, Santos (1997) afirma que a discussão ultrapassa o marco operacional para incorporar questões relativas a padrões de articulação, cooperação entre atores sociais, políticos e arranjos institucionais; inclui, além dos partidos políticos, as redes sociais informais, hierarquias e associações de diversos tipos.

Na verdade, para fins desta tese, ambos os conceitos são relevantes e estão amplamente conectados. Para fins analíticos, o que nos interessa são os diferentes aspectos que podem influenciar na capacidade de definir e implementar políticas públicas. Isto posto, elaboramos a figura 6 como síntese dos conceitos apresentados.

Figura 6- Aspectos-chave à governabilidade e governança federativa



Fonte: A autora, 2015.

Destaca-se que tanto a governança quanto a governabilidade são essenciais à sustentabilidade das políticas públicas, que juntamente com a estrutura do Estado e o equilíbrio entre as relações intra e intergovernamentais tem potencial para garantir que as

ações de gestão governamental sejam eficientes e eficazes. Dessa forma, esses conceitos devem ser observados em todos os processos de planejamento, implementação e avaliação das ações e serviços prestados, para que estes atendam aos anseios da população.

2.2 Federalismo e a experiência brasileira: aspectos históricos e analíticos

> Aprisionada em seu labirinto, a Federação brasileira precisa encontrar o caminho para sair dele. Para isso, como bem lembrou o gato socrático no País das Maravilhas quando indagado a esse respeito, é preciso saber para onde queremos ir. (REZENDE et al., 2013, p. 10).

No Brasil, o federalismo foi introduzido com a proclamação da República em 1889, sendo a Constituição de 1891 seu primeiro marco institucional. Na Primeira República (1889-1930), os governos estaduais foram os novos atores do cenário político-econômico, considerados fundamentais para os arranjos políticos. Amplos poderes foram concedidos às classes dominantes locais, ou seja, descentralização de poderes para as burguesias regionais, juntamente com a definição de uma estrutura tributária que assegurava a administração dos estados. Os estados economicamente mais fracos já sofriam dificuldades devido à precária arrecadação. A atuação do governo federal, para manter o pacto oligárquico, garantia as regras no Congresso e a reprodução política no sistema (LOPREATO, 2002; PEREIRA, 2014).[12]

Com a crise econômica mundial dos anos 30, inaugurou-se uma nova etapa na federação brasileira. A Revolução de 1930 e a entrada de Getúlio Vargas no poder (1937-1945) alteraram as relações entre as esferas de governo e o reordenamento institucional do país, culminando num período altamente centralizador de poder. Para Lopreato (2002, p. 22), "[a] centralização revelou-se muito mais a expansão das esferas de atividade do poder central e de sua capacidade de formular políticas de caráter nacional do que uma perda fundamental dos poderes estaduais".

Com a queda do governo Vargas, e a nova Constituição de 1946, abriu-se espaço para um movimento de forças sociais (1946-1964) e o Brasil viveu a experiência democrática num contexto de industrialização e urbanização do país. A reabertura do Congresso Nacional

[12] Nesta tese é apresentado o resumo de uma fase importantíssima da realidade nacional em que se formaram as estruturas de poder oligárquico regional, com seus esquemas patrimonialistas e clientelistas, e sua simbiose com o poder local, de origem privada e rural. Tais estruturas não ficaram no passado; elas estão vivas e superatuantes, tendo sido fortalecidas pelas reformas políticas que constituem a base do atual sistema político-eleitoral brasileiro e do presidencialismo de coalizão. Assim, para maior esclarecimento, sugere-se a leitura de Faoro (2001) e Nunes (2003).

recuperava sua importância na arena de negociações das alianças inter-regionais. A nova Constituição instituiu mecanismos de transferência de recursos fiscais para os municípios e permitiu arrecadação de tributos, fato que resultou na primeira expansão do número de municípios no país (SOUZA, 2005; PEREIRA, 2014). Nesse ínterim, mesmo com o importante papel dos governos estaduais no sistema político brasileiro, a CF/1946 diminuiu os poderes desta esfera de governo.

Mas o período democrático e descentralizador foi interrompido pela ditadura militar (1964-1985), que ampliou o poder do governo central, principalmente no controle e centralização da arrecadação fiscal. Nesse contexto, o modelo de federalismo se enfraquecia, uma vez que subordinava os municípios e estados ao governo federal. A década de 70, conforme destaca Sallum Jr (1994), foi o auge da centralização autoritária, mas mesmo o regime militar cedeu para os interesses oligárquicos regionais, que, aliás, constituíam sua base social e política de apoio.

> As demandas da Federação por recuperação do espaço fiscal esbarraram na pressão da sociedade por garantias para o atendimento dos direitos sociais, que ecoavam a insatisfação da grande maioria da população brasileira com a concentração de renda e riqueza ocorrida nas duas décadas do regime militar. (REZENDE, 2013, p. 14).

O reforço ao modelo federativo se deu com a CF/1988; os movimentos constituintes e as reivindicações dos atores territoriais objetivaram o reconhecimento de suas autonomias no pacto institucional e um sistema descentralizado em reação ao caráter centralizador do período do regime ditatorial. E ainda, ampliou a autonomia fiscal e participação política dos municípios na federação (LIMA, 2006; ROCHA, 2013). No entanto, nas últimas décadas, a União cada vez mais tem se fortalecido e vem recompondo seu poder fiscal em detrimento de estado e municípios.

Tal Constituição, conforme ressalta Dain (2000), ao mesmo tempo em que garante os direitos dos cidadãos e a participação destes na formulação e implementação das políticas públicas, legitima a descentralização do poder. A reorganização dos desenhos institucionais e a descentralização de competências e atribuições aos governos subnacionais, principalmente aos municípios, confere maior a *accountability* à esfera política e permite que a população fiscalize as ações dos governantes.

Entretanto, na opinião de Arretche (2013), a ampla autoridade e descentralização e poder aos governos subnacionais implica maior desigualdade no acesso aos bens e serviços

públicos. A autora sinaliza, ainda, que o impacto na redução das desigualdades sociais é maior nos Estados centralizados e conclui que não há uma fórmula institucional isenta de riscos.

A CF/1988 representa um marco institucional e histórico na política de saúde brasileira, ao determinar constitucionalmente uma distribuição de poderes entre todos os níveis de governo, e inova ao atribuir aos municípios a condições de ente federado com poderes políticos, administrativos e tributários. Essa formação trina no federalismo é peculiar do Brasil.

A Carta Constitucional definiu a estrutura do Estado, os poderes e direitos dos governos, mas não definiu claramente as competências e responsabilidades dos governos estaduais, nem sua forma de articulação com os outros entes federados, sendo estes atributos das legislações complementares. Na área da saúde, essa afirmação é válida, mas não em relação a outras esferas de atividade, já que a CF/1988 é bastante clara quanto ao papel dos estados em relação à justiça, à segurança, à educação, aos transportes e outras áreas.

Ao longo dos anos 90, o agravamento da situação fiscal dos estados gerou descaso dos governos estaduais frente às políticas sociais, cujas atribuições foram assumidas pelos governos municipais, colaborando com o movimento de municipalização (MESQUITA, 2010). Esta situação decorre fundamentalmente das crises das dívidas externa e interna dos estados.

Na prática, o processo histórico e político exigiu a retomada do controle/regulação do governo federal. A causa central foi a crise da dívida e a imposição ao Brasil e a outros estados nacionais de um ajuste estrutural que interessou menos às respectivas sociedades e mais aos interesses externos. Segundo Rezende (2013), a ampliação dos poderes políticos, administrativos e tributários e o impacto dos novos direitos sociais nas contas dos governos exigiram, na década de 90, forte ajuste fiscal com intervenção do governo federal. Esse ajuste conduziu parcialmente a uma fragilização da posição dos governos estaduais na federação e impactou diretamente nos processos de descentralização e autonomia federativas, a seguir apontadas:

a) A tributária, que se revela na queda da fatia dos estados na repartição do bolo fiscal.

b) A orçamentária, que se traduz na perda de graus de liberdade no uso dos recursos, em função de vinculações constitucionais, transferências vinculadas, regulação de programas, controle do endividamento, etc.

c) A legislativa, que aponta para o reduzido papel desempenhado pelos legislativos estaduais.

d) A regulatória, que é sufocada pela proliferação de normas emanadas do governo central.

e) A política, que se manifesta sob a forma da incapacidade de os dirigentes estaduais influenciarem o voto de seus representantes no Congresso Nacional, que aderem à agenda do governo federal mesmo quando o comando dos estados está na oposição (REZENDE, 2013, p.15).

Essa última afirmação do autor sobre a política pode ser questionada, pois os governadores têm conseguido que as bancadas estaduais funcionem com relativa homogeneidade no Congresso Nacional. A própria distribuição orçamentária realizada, por exemplo, através das emendas parlamentares, nas quais as emendas coletivas têm importante papel, é articulada pelos governadores e partidos políticos.

O maior aspecto a ser destacado na fragilização dos estados é a progressiva perda de receitas tributárias para o cumprimento das responsabilidades atribuídas e sua progressiva marginalização dos processos decisórios, principalmente a partir da CF/1988. No entanto, situação semelhante é evidenciada na maioria dos municípios brasileiros, que apresentam limitações frente a suas competências, recursos financeiros, áreas de atuação e gastos, que são determinados pela Constituição ou por legislação infraconstitucional federal (SOUZA, 2013; PRADO, 2013).

A participação dos governos estaduais nas receitas e gastos em políticas públicas, em dados momentos, é tomada como evidência de ganho de autonomia, quando, um maior gasto dos governos estaduais pode estar associado á limitada autonomia decisória sobre a alocação de recursos. Ou seja, os recursos já têm rubricas definidas para alocação (ARRETCHE, 2010; ARRETCHE; SCHLEGEL, 2014).

A ênfase brasileira no processo de descentralização, que foi centrado na municipalização, enfraqueceu o poder dos governos estaduais e, consequentemente, impactou institucionalmente a organização e gestão das políticas públicas. Por conta das pressões municipais, evitaram-se arranjos governamentais que colocassem em risco a autonomia local, não obstante, vale destacar que a Carta Constitucional reforçou a visão de um federalismo cooperativo. A expansão de competências comuns (ou concorrentes) entre os governos é uma característica típica do federalismo cooperativo (ABRUCIO; SANO; SYDOW, 2010; SOUZA, 2013).

Arretche e Schlegel (2014, p. 18) em análise das mudanças Constitucionais, afirmam que:

> [...] a fragilização dos estados na federação brasileira é um fenômeno recente. Os direitos dos estados para decidir sobre suas próprias politicas, eleger seus próprios representantes e participar das decisões nas arenas centrais permanecem inalterados desde 1988. Quando comparados aos direitos que gozavam no regime militar, estes direitos foram substancialmente ampliados. Quando comparados ao regime democrático de 1946, estes direitos foram recuperados. [...] Se fragilidade existe, ela data de 1946!

De fato, nos dias atuais, a autonomia dos municípios em relação aos estados vai além da provisão de serviços públicos, eles passaram a competir com os governos estaduais, principalmente nas questões de arrecadação de impostos e transferências do governo federal, acirrando ainda mais os conflitos federativos[13] (ARRETCHE; SCHLEGEL, 2014).

Nesse ínterim, é importante deixar explícito que o fato de os municípios serem considerados constitucionalmente como entes federados, e terem ganhado substancialmente maior espaço e autonomia governamental, estes não representam a causa do enfraquecimento político e econômico dos governos estaduais, mas sim uma consequência de todo o processo de descentralização.

A busca por vantagens individuais dos entes federados, fundamentalmente dos estados, sem a percepção de que a articulação coletiva é mais vantajosa e mais eficiente, resulta em acirramento das diferenças em termos de nível e perfil de desenvolvimento econômico. É preciso romper com essa lógica e avançar em prol de redução das desigualdades regionais no Brasil, independentemente da localização no mapa (PRADO, 2013).

O desenho do federalismo brasileiro representa um arranjo político-institucional multidimensional e multifacetado, caracterizado pela heterogeneidade social, econômica e elevada disparidade regional. Dada a complexa conformação social, econômica e territorial do país, há que considerar que a descentralização resultou num processo positivo para o país, mas ainda é um desafio conciliar descentralização autônoma e cooperação federativa (LIMA et al., 2010).

Abrucio, Sano e Sydow (2010, p. 23) destacam que a mentalidade autárquica dos municípios criou uma "situação em que a cooperação só é aceita quando os custos da não cooperação são muito altos [...]. Do contrário, a negociação exige muitos incentivos institucionais para produzir coordenação e colaboração". Já para Almeida (1996), a dinâmica

---

[13]"Devido ao aumento da base dos tributos municipais, com o crescimento da importância do setor terciário na economia, o melhor uso dos impostos sobre a propriedade e o aumento de sua participação nas receitas estaduais" (REZENDE, 2013, p. 17).

do processo de descentralização é claramente dominada pelas questões políticas no qual é implantada, já que decorre das relações entre poderes legislativo e executivo.[14]

Broschek (2010) sinaliza a necessidade de maior autonomia dos estados e municípios mais heterogêneos do que para os casos mais homogêneos. Não obstante, o autor chama a atenção que as condições sociais do federalismo *versus* as condições das instituições políticas são um processo dinâmico e demandam alternativas governamentais que mudam o tempo todo.

A necessidade de órgão com autonomia regional se expressa inicialmente com a divisão do desempenho de funções entre os diferentes níveis de governo; no entanto, a integração e cooperação entre eles não estão em contradição com a maior autonomia. Esta representa um contrapeso relevante na conformação de um órgão regional cooperativo, com a necessidade de institucionalização das relações e arranjos para manter certo grau de equilíbrio e equivalência na estrutura federativa (BROSHEK, 2010).

Na opinião de Prado (2013, p. 195), "[n]ão teremos uma federação enquanto não se estabelecer equilíbrio nas relações federativas, o que exige, entre outras coisas, que as elites estaduais avancem além do individualismo estreito que tem pautado seu comportamento". Um caso clássico que ilustra essa afirmação são as recorrentes disputas entre os estados mais ricos, na tentativa de não redistribuir suas riquezas com os demais entes da federação. Além disso, pode-se acrescentar a influência dos processos políticos eleitorais neste jogo federativo.

Considerando os estudos do processo legislativo, por exemplo, Samuels & Mainwaring (2004) definem que o federalismo é um jogo de barganhas entre o governo federal e os estados. Em perspectiva distinta, Stepan (1999b), em seu modelo analítico considera a importância do federalismo no processo decisório e distingue a autoridade entre as diferentes esferas de governo.

Abrucio (1998) e Borges (2013, p. 123) ao se referirem à tese do federalismo predatório, apontam que na transição democrática brasileira que levou à descentralização de recursos não foram claramente estabelecidas as responsabilidades de cada esfera de governo na provisão de serviços. Tal situação resultou em estratégias concorrentes "com estados e municípios buscando minimizar os seus encargos e maximizar as receitas expensas da União".

Na opinião de Afonso e Barros Silva (1995, p. 57), o debate fiscal é um ponto central para a conformação de um governo federativo, na medida em que os complexos arranjos entre

[14] Rodrigues e Santos (2008) chamam a atenção para outro fator, relativo à competição político-eleitoral entre os prefeitos, pois como no Brasil não há voto distrital, os agentes políticos municipais têm de buscar votos nos municípios vizinhos quando se candidatam a postos estaduais e federais. Isso implica disputa de poder e interesses entre os municípios, que contrariam o "federalismo cooperativo".

os entes “são soldadas em grande parte por meio dos fundos públicos”. A CF/1988 definiu o aumento de receitas fiscais para estados e municípios por meio dos Fundos de Participação Municipal (FPM) e Fundos de Participação Estadual (FPE) e adotou critérios como renda *per capita* e tamanho da população, a fim de equalizar as capacidades fiscais entre estados e municípios, permitindo a livre capacidade de gastos destes fundos.[15]

A questão que se coloca é: o FPM e o FPE sozinhos podem dar conta de promover tal equilíbrio? Obviamente que a resposta é não. Os fundos de participação – incentivos fiscais – trouxeram melhorias, mas não foram capazes equalizar as diferenças socioeconômicas entre estados e municípios. Tais incentivos podem ser um dos elementos integrantes de uma política de desenvolvimento regional e redução das inequidades regionais. Rezende (2003, p.38) sugere uma reforma fiscal acompanhada:

> [...] da revisão do federalismo fiscal brasileiro, de modo a recompor o equilíbrio federativo e estabelecer mecanismos eficazes para a cooperação intergovernamental na promoção e implementação de políticas nacionais de desenvolvimento, [...], bem como instituir novas regras voltadas para a redução das desigualdades regionais.

No entanto, as receitas advindas de transferências legais, como nos casos da saúde e educação, restringem a autonomia de decisão sobre a alocação por terem percentuais obrigatórios de gastos definidos constitucionalmente. Mas se nós temos a preocupação de implementar políticas públicas eficientes, a capacidade de coordenação de governo federal e estaduais torna-se central ao processo, tal como vimos no início deste capítulo.

Exemplo recente de disputas federativas sobre critérios de partilha de recursos financeiros ocorreu com a descoberta de reservas petrolíferas do pré-sal, na divisão dos *royalties* de petróleo. A problemática se deu porque, de um lado, estão os estados e municípios produtores, e que se julgavam no direito de receber a maior parte dos recursos, e de outro, os demais estados e municípios não produtores, que defendiam uma distribuição equitativa em todo território nacional.

Em 09 de setembro de 2013, foi sancionada pela presidente Dilma Roussef, a Lei n° 12.858, que destina 75% dos recursos para a educação e 25% para a saúde, através da criação do Fundo Social que tem como objetivo ser fonte de recursos para o desenvolvimento social e regional. Também estão previstas compensações aos estados produtores pelos impactos sociais e ambientais da indústria do petróleo. Mas o que se quer ressaltar é que essas disputas

[15] Para mais informações, consultar Tesouro Nacional em: https://www.tesouro.fazenda.gov.br/

representam os frequentes problemas federativos das relações intergovernamentais e a partilha destes recursos pode ser mais um elemento para a redução das inequidades regionais.

A definição de obrigações financeiras dos estados frente às políticas sociais é apontada por Rezende (2013) como um engessamento orçamentário que resulta em deterioração dos serviços e da infraestrutura urbana, gastos estes que ficaram aquém das necessidades apresentadas pelo contexto da urbanização e impossibilitam os gestores de fazerem políticas de desenvolvimento regional. O autor destaca a urgente necessidade de o governo federal dar espaço na política nacional para um processo de mudanças no federalismo fiscal brasileiro.

Os problemas federativos não podem ser tratados apenas do ponto de vista dos montantes fiscais, dos critérios e da alocação de recursos tributários – isso representa olhar apenas para uma das questões. É inescusável saber como esses recursos estão sendo utilizados e se atendem de maneira eficiente, eficaz e efetiva às necessidades sociais de bens e serviços de cada território.

Com base nos aspectos históricos e analíticos da estrutura e organização do Estado, podemos constatar que o federalismo no Brasil é marcado por alternâncias entre períodos com maior e menor autonomia entre as esferas de governo, e períodos de centralização e descentralização. Outro elemento analítico que está presente em todos os ciclos políticos e econômicos é a maior ou menor intervenção e participação dos governos frente às diversas necessidades do território brasileiro. As relações que se estabelecem entre a concepção do Estado, as estratégias de intervenção governamental e o processo de implementação de políticas públicas repercutem os conflitos de interesses e os arranjos federativos estabelecidos entre os entes governamentais.

Os municípios, especialmente as grandes cidades, a partir de 1990, exercem um processo de ocupação econômica e demográfica do território nacional, devido à ausência de uma política nacional de desenvolvimento regional. A partir da redemocratização, são intensas as modificações na estrutura e organização política, sendo a experiência brasileira considerada por Abrucio (2006), com base em experiências comparadas, como um dos casos mais ricos e complexos entre os sistemas federativos existentes.

2.2.1 Distribuição territorial de poder e as relações intergovernamentais

Já na CF/1988, foi considerada a importância do planejamento de políticas regionalizadas, mas devido à crise econômica que assolava o país desde 1979 – agravada pela dívida externa e alta inflação, que se estendeu até a metade da década de 90 –, o planejamento governamental teve o intuito de cumprir com os dispositivos legais e se tornaram peças meramente fictícias, especialmente o planejamento orçamentário. Entretanto, o território sempre foi visto como fundamento básico de formulação e implementação de políticas públicas (CARGNIN, 2007).

A dimensão territorial é um elemento capaz de integrar as diversas articulações e arranjos federativos, pois tem como base a arena onde as políticas se concretizam – o próprio território. O estudo do território permite um debate a partir da estrutura político-federativa e da realização de pactos entre as três esferas de governo. Por definição, o pacto federativo é um pacto de base territorial (CASTRO, 1997).

Acrescentamos, nesta análise, as dimensões e escala populacional que condicionam comportamentos e práticas próprias resultantes da ocupação e uso que a população faz do território. Monken e Barcellos (2007, p. 181) destacam que para cada território tem uma população distribuída. "Em geral a localização de populações em um território não é uma escolha das pessoas. Participam desse processo a história da ocupação e apropriação do território e as desigualdades sociais que têm o efeito de juntar os semelhantes".[16]

Nunes (2006) e Monken et. al (2008) afirmam que o território é indissociável da noção de poder e das relações de poder dos atores que surgem da população. A organização do território se dá através dos processos políticos.[17]

> O termo "território" pode ser associado a pelo menos duas origens: a primeira significa "terra pertencente a", ou seja, *terri* (terra) e *torium* (pertencente a), de origem latina; a segunda, associada à primeira, *terreo-territor* (aterrorizar - aquele que aterroriza) designou a concepção política de quem aterroriza para dominar e de quem é aterrorizado pelo domínio de uma determinada porção do espaço" (MESQUITA, 1995, p.85).

---

[16] Para Albuquerque (2001 apud MONKEN; BARCELLOS, 2007, p. 184), o território "refletiria as posições ocupadas pelas pessoas na sociedade e é consequência de uma construção histórica e social, sendo, por isso, capaz de refletir as desigualdades existentes".

[17] Nicolau Maquiavel, no livro *O príncipe*, escrito em 1513, afirma que o território é uma forma de poder e este só existe quando exercido. Sendo o Estado composto por homens, e os homens têm por natureza a necessidade de expandir seu poder e sua riqueza, confere ao Estado a competência de conquistar e manter a soberania dos territórios.

Souza (1995), Marques (2010) e Becker (2005, p. 74) definem o território como um "campo de forças" constituído pelo poder e operado por redes de relações sociais que produzem nos subespaços identidades ao controlar, distinguir, separar e classificar os indivíduos e os grupos sociais, e também, "um produto usado, vivido e utilizado como meio para a prática social".

A divisão de poder nos territórios resulta na conformação de relações intergovernamentais relativas a culturas, interesses, disputas, regras, jogos de competição e cooperação. Manter tais arranjos requer esforços dos gestores dos três níveis de governo, que tenham como base a solidariedade federativa e a cooperação para a conciliação desse emaranhado de situações entre as relações, evitando a hegemonia de atores ou entes governamentais específicos no governo e na tomada de decisões (EGLER; MATTOS, 2003; CASTRO, 2005).

> O trabalho de articulação institucional a que se refere é necessariamente complexo porque, em qualquer caso, deve envolver muitos atores, cada qual com seu pacote de interesses diversos, e cada qual com recursos diferenciados de poder, de modo que grande parte das chances de sucesso do planejamento governamental hoje depende, na verdade, da capacidade que políticos e gestores públicos tenham de realizar a contento esse esforço de articulação institucional em diversos níveis. (CARDOSO JR; SIQUEIRA, 2012, p. 966).

No federalismo à brasileira, o caráter competitivo ou cooperativo das federações não pode ser definido com objetividade, pois as características não se encaixam totalmente em nenhuma das classificações. Em pesquisa realizada pelo Centro de Estudos das Metrópoles, citada por Arretche e Schlegel (2014, p. 4), identificou-se que o Brasil se "[...] aproxima das federações de tipo cooperativo (como por exemplo: Alemanha, Áustria e Austrália), nas quais prevalece à preferência por políticas mais homogêneas a serem adotas no território nacional [...]". Os estados brasileiros, por sua vez, têm menor capacidade de influenciar as decisões nas arenas decisórias centrais, do que para governar seu próprio território. Então, há predomínio de arranjos cooperativos com o governo central sobre os arranjos competitivos, predominantes nas federações clássicas (Estados Unidos, Suíça e Canadá).

No Brasil, o caráter competitivo se estabelece fortemente entre esferas subnacionais, ou seja, entre estados, entre municípios e entre estados e municípios. Contudo, nas relações intergovernamentais entre as esferas subnacionais com o governo federal, prevalece o caráter cooperativo.

Prado (2013, p. 125) sinaliza que as federações modernas encontram um desafio de duas faces: "organizar e ampliar a cooperação, uma exigência da própria sofisticação de

intervenção estatal, e, ao mesmo tempo, criar mecanismos de negociação e resolução de conflitos entre os níveis de governo".

Prado (2013, p. 182) defende ainda que:

> [...] nesse arranjo peculiar, em que os municípios são autônomos, eventuais políticas estaduais só são viáveis sob uma lógica eminentemente *cooperativa*. Na ausência da relação hierárquica, a relação cooperativa passa a ser fortemente condicionada pelas relações político-partidárias [...]. Um governo do partido A, com grande parte dos municípios sob controle B e C, é um forte indicativo de limitações à cooperação, embora não a exclua. *Inexiste, na Federação brasileira, a dimensão estadual de controle dessas políticas* (grifos do autor).[18]

Os pactos representam arranjos institucionais, geralmente cooperativos e articulados, de interesses e conflitos individuais e coletivos. O federalismo e as relações intergovernamentais podem ser compreendidos de forma bastante assimétrica devido às desigualdades existentes, caracterizado por uma natureza complexa e desarticulada (SOUZA, 1998, p. 8). Assim, os pactos representam um tipo de contrato que tem por objetivo viabilizar conjuntos de complexas alianças para estabelecer arranjos institucionais políticos diferenciados.

Galli (2008) lembra que as diferenças territoriais tendem a ser mais intensas e desiguais conforme a capacidade de unificação do território ao mercado, por concentrarem as condições necessárias dos meios de produção, circulação e consumo. Diante de interesses conflitantes entre as esferas de governo, cabe ao governo central a função de rearranjar os pactos territoriais, o que pode acarretar para os níveis subnacionais de governo problemas que se tornam insuperáveis ou cuja solução exige, de novo, que este nível administrativo se dirija ao governo central. "Não há como obrigar um ente a ser cooperativo ou responsável, mas há, no plano político, mecanismos de indução por meio de incentivos financeiros ou outras condições especiais" (PEREIRA, 2009, p. 32).

O comportamento cooperativo, por exemplo, entre os municípios nos territórios metropolitanos, objeto de estudo desta tese, precisa estar ancorado nos seguintes aspectos: sentimento de pertencimento a uma determinada região, dada pela identidade cultural da população de determinado território; incentivos dos governos estaduais e federal para o estabelecimento de parcerias e arranjos, através de política estadual e nacional para as RMs; e a criação de arenas políticas ou instituições federativas estáveis com poderes para tomada de

---

[18] Compreende-se como municípios autônomos pelo fato de estarem constitucionalmente assim definidos. Entretanto, é consenso, entre diversos pesquisadores citados neste estudo, que a autonomia dos municípios é relativa, pois estes dependem dos recursos tributários transferidos pela União e pelos estados, numa proporção muito grande, com raríssimas exceções. Além disso, a grande maioria dos municípios brasileiros tem deficiências estruturais, organizacionais e capacidade de gestão pública.

decisões em favorecimento a região, como facilitador de parcerias mais sólidas e confiáveis e que visem à redução dos conflitos intergovernamentais (ABRUCIO; SANO, 2013).

2.2.2 Descentralização e regionalização no SUS

O federalismo é um sistema baseado na distribuição territorial de poder e autoridade entre instâncias de governo (GREER, 2006). As relações de poder, na política de saúde, têm especificidades definidas, em grande parte, pelo processo de descentralização iniciado após a CF/1988, que atribuiu aos municípios autonomia para a formulação de diferentes propostas de gestão, no redesenho do modelo de atenção à saúde, e ainda, como principais responsáveis pelo SUS.

O processo descentralização, acompanhado da expansão e universalização das políticas sociais no Brasil, a partir da década de 80, compartilhou responsabilidades entre governo federal, estaduais e municipais para a provisão de serviços públicos e representou avanços na institucionalização do sistema de proteção social. Foram reconhecidos como direitos à cidadania, entre outros: o acesso à saúde; educação; previdência; assistência social; trabalho e lazer. Nessa concepção dos direitos sociais indissociáveis à população, é reformulado no Brasil, o conceito de Estado de Bem-Estar Social (*Welfare State*)[19] (FAGNANI; VAZ, 2013).

A descentralização adotou trajetórias e ritmos diferenciados para as distintas políticas sociais. A área da saúde é uma experiência bem-sucedida do federalismo, mas também é exemplo das dificuldades da descentralização, sobretudo das limitações do processo de municipalização, e da construção de arranjos cooperativos e articulações intergovernamentais políticas e partidárias. “Em suma, essas limitações só reforçam a ideia de a evolução do federalismo brasileiro ser pautada por tensões e conflitos de interesses setoriais, institucionais e até individuais” (LINHARES; MENDES; LASSANCE, 2012, p. 13).

Levcovitz et al. (2001, p. 270) ressaltam a proposta de que a *“*descentralização é a única diretriz organizativa do SUS que não colide com as ideias neoliberais fortalecidas nos anos 90”. As políticas neoliberais incentivaram a competição dos entes federados, não favorecendo a integração da dinâmica territorial nem a formação de arranjos políticos, resultando na fragmentação de interesses e situação de saúde nos recortes regionais. Nessa

[19] Para maiores aprofundamentos, consultar: Esping-Andersen (1990), Marshall (1967) e Offe (1972).

situação de competição dos entes e fragmentação dos territórios, somada ainda à falta de planejamento integrado, o processo de descentralização não enfrentou as questões das diferentes necessidades territoriais (VIANA et al., 2007).

Entretanto,

> [...] especificamente no setor Saúde, as mudanças se deram em duas direções aparentemente opostas e, entretanto articuladas entre si. De um lado foram definidos objetivos nacionais e estratégias para alcançá-los, aumentando a centralização normativa e de recursos. De outro, houve claro reconhecimento dos limites à gestão centralizada dos serviços, tanto em termos de sua distância dos prestadores e usuários, como da falta de flexibilidade para captar e atender à diversidade de situações locais, o que reforçou a tendência à descentralização. (DAIN, 2000, p. 78-79).

A organização político-territorial do SUS se deu a partir dos princípios da teoria do federalismo, instituídas com a CF/1988 e a Lei Orgânica da Saúde de 1990. Todavia, as estratégias de descentralização e os instrumentos de planejamento do SUS apresentam fragilidades para uma adequada coordenação federativa frente às múltiplas realidades brasileiras, conforme desafios já apresentados no capítulo anterior deste estudo. Viana, Fausto e Lima (2003) destacam que, na reforma do sistema de saúde, não foram pensadas políticas públicas que articulassem as necessidades de saúde às dinâmicas territoriais, à redução das iniquidades no acesso e na alocação de recursos financeiros, inclusive nos casos metropolitanos.

O fato de a aprovação de uma Constituição não significa que as regras e funções estabelecidas sejam colocadas em prática imediatamente ou que em algum momento necessariamente sejam aplicadas, estas demandam regulamentações. Após 1988, os municípios assumiram responsabilidades na prestação de serviços de saúde de forma fragmentada e altamente competitiva por recursos financeiros, sem considerar possíveis articulações e até mesmo a experiência de coordenação do governo estadual. A grande maioria dos municípios brasileiros é muito pequena, em termos populacionais, e não comporta serviços além da APS.

A área da saúde se configura como um dos modelos mais estruturado de descentralização das políticas públicas, tanto no âmbito geral estabelecido pela Constituição Federal, quanto no âmbito mais específico, através da Lei n° 8.080/1990 e as sucessivas Normas Operacionais Básicas (NOB), Normas Assistenciais à Saúde (NOAS), Pacto pela Saúde e o mais recente Decreto nº 7.508/2011, que regulamenta a Lei n° 8.080/1990. No âmbito geral, a regulação dos processos de regionalização e descentralização são conduzidos pelo MS através destes instrumentos normativos e associados aos repasses financeiros, que

podem favorecer a adesão e implementação de políticas pelos gestores municipais e estaduais (LIMA et al., 2010).

A NOAS estabeleceu a regionalização como forma ideal de alcançar os objetivos constitucionais do SUS, e determina a elaboração do Plano Diretor de Regionalização (PDR) para as SES e do Distrito Federal, que em consonância com o Plano Estadual de Saúde (PES), deve ser elaborado a fim de garantir acesso aos serviços de saúde e firmar compromisso entre os gestores. Esses instrumentos deveriam ser elaborados com base em conceitos-chave: região e microrregião de saúde; módulo assistencial; município-sede ou módulo assistencial; município-polo; unidade territorial de qualificação da assistência à saúde[20] (SANTOS; ANDRADE, 2007).

Queiroz (2004) sinaliza que uma das grandes contribuições da NOAS foi permitir o reconhecimento dos problemas na organização dos serviços de saúde não estavam apenas nas fases de planejamento da rede regional; mas também nas dificuldades de estabelecer relações e instrumentos de cooperação capazes de superar o isolamento político e institucional dos municípios.

Após sucessivas publicações de normas regulamentadoras nos anos 1990 e 2000, a política de regionalização foi efetivamente resgatada pela publicação do Pacto pela Saúde, em 2006. O Pacto pela Saúde reúne um conjunto de reformas institucionais e políticas que são pactuadas entre os três gestores do SUS e tem por meta estabelecer um novo patamar na forma do financiamento, novas definições de responsabilidades, metas sanitárias e ainda pactuar compromissos entre os gestores da saúde com o objetivo de organizar a atenção à saúde. Na realidade, o pacto pela saúde é uma continuidade das proposições das NOAS, tão criticadas quando das suas publicações em 2001 e 2002.

Somente a partir da publicação do pacto, os entes subnacionais tiveram a oportunidade de reestabelecer a autonomia para definir quais serviços têm capacidade de ofertar e assinam um termo de cooperação através da pactuação direta entre municípios, estados e União (Geremia, 2011b). O pacto levou seis anos de negociação e quando começou a ser timidamente implantado, foi substituído pelo Decreto n° 7.508/2011.

O ordenamento do processo de regionalização, pactuação entre os gestores e planejamento integrado tem como base os instrumentos de gestão do SUS, o PDR e seus complementos, o Plano Diretor de Investimentos (PDI) e a Programação Pactuada Integrada (PPI), que podem compreender as noções de territorialidade e da conformação de sistemas de

[20] Para maior aprofundamento dos conceitos, ver Santos e Andrade (2007).

saúde, visando à otimização do uso de recursos físicos e financeiros e consequentemente facilitando o acesso da população. Na prática, com poucas exceções, tais instrumentos são meramente peças fictícias de gestão, a saber, que o PDI nem sequer conta com rubricas financeiras nos orçamentos públicos; o PDR e PPI funcionam no papel, mas quando envolvem as relações pessoais, seja dos atores governamentais/políticos ou dos profissionais dos serviços, e mesmo a dinâmica populacional sua implantação é muito mais complexa e raramente as pactuações se efetivam.

Esses instrumentos são reforçados no pacto com a função de potencializar o processo de descentralização federativa do SUS reconhecendo as grandes diferenças regionais e facilitar a reflexão e planejamento das necessidades para alcançar maior resolutividade na APS no âmbito regional e a média e alta complexidade no âmbito macrorregional. E ainda, devem constituir um espaço permanente de pactuação, negociação e cooperação por meio de um CGR.

De acordo com a °° 399/2006 do MS, as regiões de saúde são recortes territoriais identificados pelos gestores municipais e estaduais e aprovados nas CIBs, conforme as características sociais, econômicas, culturais, de infraestrutura de transportes, entre outras variáveis que podem ser agregadas. Aqui, a regionalização é retomada como um dos pilares fundamentais do SUS para a estruturação e organização da descentralização das ações e serviços de saúde; apesar disso, é importante destacar que as RMs foram esquecidas no pacto federativo (SANTOS; ANDRADE, 2006).

Nesse contexto, destaca-se o funcionamento regular das Comissões Bipartite (CIB), composta de forma paritária dirigentes da SES e representantes do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS); e a Comissão Tripartite (CIT), integrada paritariamente por representantes do MS, do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e do CONASEMS, a partir da segunda metade da década de 90, foram fundamentais para viabilizar a descentralização do SUS e o entendimento dos gestores sobre suas responsabilidades federativas. Vale destacar que nesse período as CIB e CIT aprovavam as modalidades de gestão e metas assistenciais dos municípios e estados.

As iniciativas de planejamento e gestão do SUS estão apoiadas nestas comissões, que reúnem as diversas demandas das esferas de governo em uma mesa de negociação e deliberam sobre os rumos da descentralização e operacionalização do SUS. Esses espaços são inovações importantes do modelo federativo brasileiro ao equalizarem a representação de interesses das três esferas de governo no processo decisório. Chama-se a atenção, no entanto,

para os jogos de forças entre as esferas, especialmente entre os municípios, que podem levar à ruptura dos gestores.

Apenas recentemente, no processo de atualização das regulamentações e normas de organização e planejamento do sistema de saúde, em 28 de junho de 2011, o Decreto nº 7.508 veio regulamentar a Lei n° 8.080/90, para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência médico-hospitalar e a articulação interfederativa. O decreto pretende, entre outras coisas, contribuir para um maior esclarecimento do Ministério Público e Poder Judiciário quanto às competências e atribuições dos entes federados na organização das redes de atenção e serviços de saúde (ZIMBARDI, 2013).

O decreto ratificou as regiões de saúde e criou o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP), novo instrumento estratégico que busca organizar e integrar as ações e serviços de saúde na rede regionalizada e hierarquizada, com definição de responsabilidades, indicadores e metas de saúde, critérios de avaliação de desempenho, recursos financeiros que serão disponibilizados como incentivos, forma de controle e fiscalização de sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde (BRASIL, 2012).

No âmbito da articulação interfederativa, o decreto estabeleceu que as CIR, criado em substituição ao CGR, deveriam regular os aspectos operacionais, financeiros e administrativos do SUS de acordo com as políticas de saúde vigentes. No art. 30, ficou definido que: “As Comissões Intergestores pactuarão a organização e o funcionamento das ações e serviços de saúde integrados em redes de atenção à saúde” (ZIMBARDI, 2013).[21]

Na visão de Campos (2014), se o papel de integração regional do COAP tiver êxito, será no nível da planificação, mas a gestão continuará fragmentada. Diversos autores sanitaristas têm apontado novas estratégias para o fortalecimento da regionalização do SUS. Segundo Viana (2014), a ênfase dada à municipalização inibiu a cobertura universal e acabou fragmentando o sistema devido à fragilidade dos estados na coordenação das redes, somando-se a isso o padrão de financiamento baseado fortemente em recursos municipais e transferências federais. Sugere-se que a forma de alcançar a universalização seja através das regiões de saúde.

[21] O Apêndice B deste trabalho, elaborado por Pereira (2014, p. 141), apresenta a síntese do marco normativo e organizacional das concepções em torno da regionalização e os principais instrumentos para operacionalização da política de saúde, tanto para o Pacto pela Saúde quanto do Decreto n° 7.508/2011.

> O atual modelo de descentralização expandiu a cobertura, mas não resolveu desigualdades regionais no acesso aos serviços e na utilização de recursos, além de não ter integrado de forma mais cooperativa serviços, instituições e práticas nos territórios, avalia um estudo que reuniu 90 pesquisadores de todo país[22] (VIANA, 2014).

Na perspectiva de que o modelo de gestão em saúde está esgotado, Campos (2014) propôs a criação do SUS Brasil, que consiste numa autarquia tripartite que tenha autonomia do Poder Executivo, tal como as universidades públicas. O SUS autarquia teria gestão de coparticipação de base regional; política de pessoal unificada, com diretrizes nacionais; apoio administrativo e financeiro. "O ministro da Saúde trabalharia em um planejamento nacional, com a representação dos municípios, como é hoje. Mas a base do planejamento seriam as regiões de saúde e não os municípios".

Em análise da capacidade instalada dos municípios na integração de serviços de saúde regionais, Machado (2013) ressalta dois principais fatores que interferem nas políticas regionais. Primeiro, as oscilações na oferta de serviços em jurisdição local afetam as oportunidades de acesso, uma vez que a demanda por assistência a saúde é alta em todo o território nacional.

Sendo o SUS universal, e logo, não pode ser negado atendimento em nenhuma jurisdição, precisa-se considerar no planejamento: a distribuição da oferta de serviços, as potenciais demandas por políticas públicas regionais, a definição de critérios de alocação e mecanismos de transferência de recursos entre os gestores por serviços prestados à população de outros municípios ou estados. Se não há critérios e mecanismos definidos, os gestores (municipal ou estadual) estabelecem barreiras para dificultar o acesso para os não eleitores, ou seja, os de fora do município ou estado. Esses são pontos-chave para que não persistam tratamentos desiguais entre populações próprias e referenciadas no âmbito do SUS.

Em segundo lugar, está colocada a relação concorrencial entre as jurisdições. O fato de alguns entes conseguirem incorporar maior força produtiva qualificada,[23] ofertar serviços especializados e com tecnologias mais avançadas provoca uma disputa (competição), na medida em que as outras jurisdições também consigam ofertar estes serviços. As competições são ainda mais acirradas nos períodos eleitorais, pois tais situações podem gerar insucesso eleitoral.

Um exemplo clássico dessa situação são as tomadas de decisões compartilhadas (*shared decision making)* na definição do local de implantação de unidades de saúde

---

[22] Estudo sobre regiões e redes coordenado por Ana Luiza d'Avila Viana.
[23] Em geral, isso se deve pela estrutura do município, porte populacional e desenvolvimento econômico e social.

regionais, como os casos dos hospitais regionais e policlínicas. “As decisões sobre a localização e mesmo a oferta de serviços de saúde tendem a ser politizadas por conta da própria forma de organização de nosso sistema político-eleitoral” (RODRIGUES, 2014, p. 51).

Os pactos de gestão em prol da regionalização da saúde deveriam firmar compromissos entre os governos de modo que a cooperação prevalecesse tanto na importação quanto na exportação (referência e contrarreferência) de serviços dentro de uma rede assistencial regionalizada, que assegurasse o acesso em todos os níveis de complexidade. Os fatores apontados por Machado (2013) são reais e facilmente identificados nas mesas de negociação tanto para um conjunto de pequenos municípios quanto para grandes aglomerados urbanos, como os casos das RMs. Contudo, esses pactos de gestão demandam a coordenação de um gestor regional que busque a superação de interesses particulares em prol da efetivação das políticas regionalizadas de interesse comum. Na ausência da gestão regional, tais pactuações são praticamente inviáveis.

Tendo por fundamento os estudos de regionalização do SUS no Brasil e as respectivas regulamentações, observa-se que as RMs novamente não estão contempladas na política de regionalização e conformação de redes implementada pelo governo federal, e as especificidades metropolitanas parecem ser desconhecidas pelo MS. Camargo (2009, p. 34) acredita que “[...] a solução encontrada para ações de interesse comum que transcendam o território municipal foi a criação de consórcios intermunicipais, com a preservação do comando municipal.

Um dos pressupostos para a organização do SUS de forma regionalizada é a necessidade de fortalecer a atuação dos estados, renovando seu papel nos processos de negociação e pactuação intergovernamental com os municípios. Apesar de sua inegável importância como *lócus* de políticas públicas voltadas a suprir necessidades básicas dos cidadãos em termos de segurança, mobilidade urbana, saúde e educação nos grandes aglomerados urbanos, as RMs não integram o campo federativo no que se refere à fiscalidade ou pactuação da gestão (MESQUITA, 2010).

Os municípios com maior oferta consequentemente apresentam maiores problemas de gestão, sobretudo devido ao maior consumo de serviços de saúde, que pode extrapolar o planejamento local. Exigem-se então novos planejamentos e decisões para ampliar ou restringir a oferta de serviços na região que demandam cooperação entre os entes. Ademais, a regionalização cooperativa através da associação de municípios pode permitir adequada oferta, economia e melhoria na qualidade dos serviços de saúde.

Outro problema constantemente identificado é a autonomia prejudicada dos governos municipais, que dependem de percentuais elevados de transferências de outras esferas de governo para o exercício de suas funções públicas, somando-se a isso as dificuldades enfrentadas devido à grande disparidade existente entre eles. Essas especificidades foram detalhadas no capítulo anterior desta tese. Rocha (2013) sinaliza que o padrão de distribuição dos recursos financeiros entre as esferas de governo tem alta relevância política e representa um indicador de maior ou menor autonomia na gestão das políticas públicas em cada nível de governo.

Em relação às disparidades existentes, por exemplo, pode-se citar a criação de municípios que têm desde 805 habitantes, como é o caso de Borá-SP, estando no mesmo estado também a maior cidade brasileira, São Paulo, com 11.376.685 habitantes. Na realidade, 75% dos 5.565 municípios têm menos de 20 mil habitantes, conforme mostra a tabela 1 (IBGE, 2010). Em termos nacionais, o acesso universal, igualitário e integral à saúde abrange 194 milhões de habitantes.

Na medida em que o gestor municipal pactua as metas de saúde, implica também que ele pode receber sanções ou recompensas financeiras de acordo com o desempenho de sua gestão. Assim, alguns municípios desconsideram as possibilidades de ações cooperativas na rede assistencial regional e lutam por recursos para suas estruturas próprias, na maioria das vezes inviável pelo custo-benefício de manutenção de serviços que ficam subutilizados na maior parte do tempo.

Tabela 1– Distribuição populacional por tamanho dos municípios brasileiros

Quantitativo populacional pelo tamanho dos municípios brasileiros (2010)				
Tamanho pop. dos municípios	**Nº de municípios**	**% de municípios**	**Pop. Dos Municípios**	**% da população**
Até 2.000	118	2,12%	197.429	0,10%
De 2.001 a 5.000	1.183	21,26%	4.176.916	2,19%
De 5.001 a 10.000	1.212	21,78%	8.541.935	4,48%
De 10.001 a 20.000	1.401	25,18%	19.743.967	10,35%
De 20.001 a 50.000	1.043	18,74%	31.344.671	16,43%
De 50.001 a 100.00	325	5,84%	22.314.204	11,70%
De 100.001 a 500.000	245	4,40%	48.565.171	25,46%
Mais de 500.000	38	0,68%	55.871.506	29,29%
Total	**5.565**	**100,00%**	**190.755.799**	**100,00%**

Fonte: IBGE, 2010.

Vale destacar que o planejamento e acompanhamento para o conjunto de municípios de cada estado ou interestaduais, quando se tratar de municípios fronteiriços, “precisam ter

por referência a pactuação induzida pela Secretaria Estadual de Saúde para o conjunto dos municípios, criando uma adequada economia de escala" (NOGUEIRA, 2012, p. 56).

O aprendizado dos 26 anos do SUS e da história do federalismo brasileiro sugere que não se pode recair no processo de centralizar as decisões ou execução das políticas, mas que também não se deve desresponsabilizar o governo federal e, sucessivamente, o estadual, no papel de articulação, cooperação e organização dos sistemas regionais de saúde (LASSANCE, 2012).

Segundo Machado e Viana (2009, p. 26), "[...] o federalismo não representa um arranjo institucional único e pode compreender diferentes graus de centralização e descentralização simultâneos". Ainda em estudos das mesmas autoras, sobre o processo de coordenação federativa do MS, elas apontam que no período analisado no estudo entre 1990 e 2002, havia lacunas na atuação frente ao processo de descentralização relacionando com a ausência de políticas amplas de investimento na área social. Destacam, ainda, que a não configuração de um novo plano de desenvolvimento e a prioridade dada ao mercado tiveram efeitos na política de saúde, ressaltando, entre outros fatores, a fragilidade do planejamento, a insuficiente articulação entre as políticas econômicas e sociais e a escassa consideração da diversidade macro e mesorregional e das especificidades das RMs no desenho da descentralização.

Outros trabalhos, que realizam avaliação do período mais recente, destacam que o federalismo brasileiro é formado por um conjunto de arenas de negociação, coordenação, cooperação, competição e produção de serviços públicos muitas vezes superpostos. Segundo Rodriguez (1994), Gadelha (2007) e Souza (2008), o federalismo cooperativo ainda é um objetivo a ser alcançado, devido às diferentes capacidades dos governos e pela ausência de instrumentos jurídico-legais[24] que estimulem a cooperação.

Buscar o equilíbrio entre a competição e a cooperação entre as esferas governamentais é um papel da coordenação federativa. Abrucio (2006) destaca que o problema está na tomada de decisões compartilhadas (*shared decision making)*, assim resumido: "No federalismo, dada a divisão de poderes entre os entes, as iniciativas políticas são altamente interdependentes, mas são, de forma frequentes, modestamente coordenadas" (PIERSON, 1995, p. 451) – ou seja, no compartilhamento de funções e responsabilidades entre as diferentes esferas de governo.

[24] Instrumentos ausentes até a aprovação do Decreto nº 7.508/2011, que instituiu o COAP.

A área da Saúde apresenta um movimento em direção ao aumento de arranjos coordenativos e cooperativos, mas a competição e disputas por recursos financeiros entre os entes federados ainda é fortemente influenciada pelas vinculações políticas, partidárias, laços pessoais e pelas assimetrias de poder, devido ao peso das diferentes unidades federadas, principalmente pela disputa entre recursos financeiros (VIANA; MACHADO, 2009; LINHARES; MENDES; LASSANCE, 2012).

Em face ao desafio de garantir a universalidade do direito à saúde, não basta ter excelentes instrumentos de planejamento público; é preciso que seja viável a conformação de arranjos federativos que favoreçam a cooperação e compartilhamento de responsabilidades, evitando a fragmentação e desarticulação das políticas públicas, para a consolidação de uma política de saúde universal e descentralizada em um país federativo. É preciso ainda que as políticas implementadas considerem as diferentes realidades regionais no contexto do modelo de desenvolvimento econômico e social. Na realidade, nada disso parece estar resolvido, nem na federação brasileira, nem no SUS, o que leva a construções intermediárias, de natureza provisória, que propiciam relevante discussão sobre sua projeção futura.

2.3 O território e as territorialidades

> Negam-se a ir embora. Foram os mais pobres do campo e são agora os mais pobres da cidade, sempre os últimos da fila, gente de braços baratos e pernas bailarinas; e pelo menos aqui moram perto dos lugares onde ganham o pão. Ficaram teimosos os moradores da praia do pinto e das outras favelas que cobrem as montanhas do Rio de Janeiro.
>
> *Eduardo Galeano*

Esta seção apresenta o debate conceitual sobre território e as territorialidades. O olhar sobre o território é permeado neste referencial como o território-processo que se encontra em permanente construção. Um dos grandes aportes teóricos dessa visão de território está fundamentalmente estruturado nas ideias de Milton Santos[25] (1926-2001). É preciso, porém, ver como o conceito toma diferentes concepções teóricas na visão de outros autores. Somando-se a isso, esses conceitos têm sido utilizados por diversos campos do conhecimento que perpassam a geografia, a antropologia, a ciência política, a economia e a saúde coletiva.

[25] Milton Santos teve diferentes influências na formulação de suas bases teóricas, tais como Jean Tricart (seu orientador no doutorado realizado no Instituto de Geografia da Universidade de Estrasburgo, França), Pierre Mombeig, Pierre Deffontaines, Henri Lefebvre, Yves Lacoste, David Harvey, Jean Paul Sartre, EdMarques Soja, Neil Smith, entre outros.

Então, para iniciar o debate entre os autores, resgatamos a concepção de Friedrich Ratzel (1990), geógrafo tradicionalista, que apresentava uma visão naturalista do território adotando a visão evolucionista de Darwin, de que a natureza era o território. O autor afirmava que o território resultava da apropriação de uma parte da terra por um grupo humano, incidindo, portanto, na transformação do espaço vital (a relação entre a população de um Estado e a capacidade de utilização do seu território). Suas ideias reforçavam que o território deveria ser explorado ao potencial máximo para privilégios de alguns grupos sociais e para evolução dos Estados mais poderosos política, econômica e militarmente (FARANZENA; TONINI; CASSOL, 2001).

Outro autor-chave é Claude Raffestin (1993), pioneiro na elaboração do conceito de território, que se contrapõe às ideias de Ratzel. Para o autor, o território só existe a partir da noção conceitual de espaço geográfico, que não são termos equivalentes. O espaço é matéria-prima, preexiste ao território, e este se forma a partir de ação de um ator que realiza uma ação, territorializa este espaço. O autor considera ainda que para estudar território é preciso estudar poder, não apenas o poder exercido pelo Estado, mas o poder que surge de atores regionais. As relações entre o homem e o espaço estão no poder.

Robert Sack (1986, p. 219), embora valorize o controle e o domínio territorial, o autor considera que além da dimensão política, a territorialidade diz respeito às relações econômicas e culturais, pois está "intimamente ligada ao modo como as pessoas utilizam a terra, como elas próprias se organizam no espaço e como elas dão significado ao lugar".

> Assim como a cultura, a tradição e a história mediam a mudança econômica, elas também mediam o modo como as pessoas e os lugares estão ligados, o modo como as pessoas usam a territorialidade [...]. A territorialidade como um componente do poder, não é apenas uma estratégia para criar e manter a ordem, mas é uma estratégia para criar e manter grande parte do contexto geográfico através do qual nós experimentamos o mundo e dotamos de significado (SACK, 1986, p. 219).

Santos (1998) apresenta então um novo olhar, que considera que o território antecede o espaço geográfico, pois estes se tornam espaços quando submetidos a um processo histórico de apropriação do território. Milton Santos, utiliza-se da fonte teórica de Lefebvre (1986), que não se refere ao conceito de território, mas ao conceito de espaço, em sua tríplice constituição (enquanto espaço concebido, percebido e vivido), sendo sempre socialmente produzido. Assim, entendemos que “o território é considerado como um recorte do espaço a ser habitado” (MONKEN et al., 2008, p. 28). A partir da nova concepção, Milton Santos apresenta o

conceito de “território usado”, sinônimo de espaço geográfico, e mantém como elemento central o poder, assim como Raffestin.

Santos (1994, p. 15), em suas reflexões sobre o território definiu que “é o uso do território, e não o território em si mesmo, que faz dele objeto de análise social. Trata-se de uma forma impura, um híbrido,[26] uma noção que, por isso mesmo, carece de constante revisão histórica. O que ele tem de permanente é ser nosso quadro de vida”. Nesse contexto, o autor ressalta que é fundamental a compreensão do território para que não se perca o sentido da existência entre o individual e o coletivo. O território usado permite uma visão unificada dos diversos problemas sociais, políticos e econômicos.

Na concepção de Santos (2002, p. 16), o território pode ser formado de lugares contíguos e de lugares em rede. “Mas além das redes, antes das redes, apesar das redes, depois das redes, com as redes, há o espaço, porque as redes constituem apenas uma parte do espaço e o espaço de alguns”. Os lugares que formam redes formam também o espaço de todos, mas simultaneamente apresentam funcionalidades diferentes. Tais conceitos, território e rede, são clássicos nos estudos da geografia.

Milton Santos (1987, p. 81) revela que a riqueza da localização e a importância da acessibilidade se dão por meio por uma série de elementos, quando afirma que:

> [...] cada homem vale pelo lugar onde está; o seu valor como produtor, consumidor, cidadão dependente de sua localização no território. [...] Pessoas, com as mesmas virtualidades, a mesma formação, até mesmo o mesmo salário têm valor diferente segundo o lugar em que vivem: as oportunidades não são as mesmas. Por isso, a possibilidade de ser mais ou menos cidadão depende, em larga proporção, do ponto do território onde se está. Enquanto um lugar vem a ser a condição de sua pobreza, um outro lugar poderia, no mesmo momento histórico, facilitar o acesso àqueles bens e serviços que lhes são teoricamente devidos, mas que, de fato, lhe faltam.

No campo econômico, por exemplo, as instituições se articulam em redes integradas para exercer o controle sobre os fluxos no território, detendo o poder sobre estes. Na saúde, a conformação das redes e sua integração podem resultar em melhorias significativas no acesso da população aos serviços de saúde e, consequentemente, na melhoria das condições de saúde. O conceito de redes, na área da saúde, utiliza-se da distribuição da malha de serviços ofertados, através de articulação sistêmica e ascendente de atenção e cuidados à saúde que abrange diferentes modalidades de serviços e produtos de saúde (MENDES, 1993). Além disso, deve abordar a dimensão e as escalas populacionais dos serviços.

---

[26] Para Latour (1991), a ideia de híbrido ajuda-nos a clarear, a identificar e compreender os problemas contemporâneos.

Dias (1995) e Righi (2003), discutindo a emergência do conceito de redes, relaciona-o com o território, destacando que as perspectivas de organização da rede dependem da conformação histórica e das condições sociais do território. A rede serve de instrumento facilitador dos fluxos de informação e comunicação, adapta-se às variações do espaço em movimentos constantes e está longe de ser uma estrutura enrijecida e acabada. Deste modo, permite que os serviços de saúde sejam organizados e adaptados à realidade histórica e das condições sociais que a população apresenta territorialmente, facilitando o acesso e o vínculo entre usuário e serviço de saúde.

A efetivação das articulações das redes é um desafio apresentado aos gestores que ultrapassa as questões de aproximação e da ampliação da malha de serviços de saúde. Para que o caminho a ser percorrido na consolidação das redes tenha sucesso, é também necessário que não haja obstruções, barreiras de acesso, distanciamento, pois os diversos territórios conformados no país são altamente desiguais, caso contrário não existiria necessidade do planejamento e organização do modelo de redes. As redes só têm sentido quando atuam de forma conexa na redução das desigualdades territoriais.

Para Santos (1996, p. 221), as redes são:

> [...] animadas por fluxos, que dominam o seu imaginário, as redes não prescindem de fixos — que constituem suas bases técnicas — mesmo quando esses fixos são pontos. Assim, as redes são estáveis e, ao mesmo tempo, dinâmicas. Fixos e fluxos são intercorrentes, interdependentes. Ativas e não-passivas, as redes não têm em si mesmas seu princípio dinâmico, que é o movimento social.

Nessa concepção, Joel Bonnemaison (1981, p. 253-254) faz uma aproximação entre os conceitos território e lugar, afirmando que o território é um conjunto de lugares hierarquizados e conectados a uma rede e a territorialização envolve aquilo que está enraizado (fixo) e aquilo que é móvel (fluxos/mobilidade).

Fluxos técnico-científico-informacional – concentrados numa dada região representam as bases da verdadeira fluidez do território – transporte, informação – o espaço torna-se fluido, permitindo que os fatores de produção, o trabalho, os produtos, as mercadorias, o capital, passem a ter grande mobilidade (SANTOS, 2009, p. 42).

As raízes regionais, se assim podemos chamar, se dão as partir das especificidades apresentadas em cada território. Os meios de produção, a divisão social do trabalho que se impõe, por exemplo, determinam a conformação de dadas regiões, tendo em vista que tais situações de trabalho e de sobrevivência demandam novos fluxos, novas circulações de bens e produtos que satisfaçam as necessidades da população desse território.

Rogério Haesbaert traz a proposta do conceito de multiterritorialidades que nos auxilia na compreensão dos diversos usos que fazemos do território. O autor tem como ponto de partida o território e suas derivações – a territorialidade. Os conceitos de território-rede e multiterritorialidade tentam superar a lacuna existente entre o território rígido e a fluidez das redes, que podem ser consideradas como territorialização e des-territorialização, respectivamente. Logo, a multiterritorialidade, na concepção do autor, possibilita a análise e o trabalho entre o território e as ações práticas que se arranjam (HAESBAERT, 1997, 2001, 2004).

Os diferentes momentos históricos apresentam conjuntos variados e contraditórios em relação aos movimentos da população, as dinâmicas agrícolas, industriais, de comércio e serviços, as mudanças nos processos de trabalho, entre outras funções que revelam o uso do território. Na análise do território, é indissociável examinar os fixos, o que é imóvel, e os fluxos, o que se move – nessas circunstâncias é que a vida se desenvolve. “Nele as decisões políticas se gestam e nele se rebatem, dando valores diferentes às formas de trabalho e aos lugares” (SILVEIRA, 2009, p. 129).

O espaço geográfico sinônimo de território, e na visão de Santos (1988, p. 28), “é um conjunto indissociável de sistemas de objetos (fixos) e de ações (fluxos) que se apresentam de testemunhas de uma história escrita pelos processos do passado e do presente”. Os fixos são os prédios, estradas, hospitais, portos, indústrias, árvores, praias e outros. Os fluxos, ou ações, estão relacionados à circulação de pessoas, mercadorias e aos movimentos da população de forma geral.

Para Santos (2012), a distribuição dos fixos e fluxos e suas formas, funções, processos e estruturas conformam o espaço geográfico. Desse modo, a localização dos fixos seus usos pela população e os fluxos das pessoas, são fundamentais para compreender a dinâmica social, para determinar as vulnerabilidades de saúde originadas nas interações entre os grupos populacionais (MONKEN, 2003).

A definição das ações e serviços de saúde, o modelo assistencial e distribuição dos serviços devem ser planejadas e implementadas a partir das especificidades dos territórios, que definem as práticas mais adequadas e visam atingir as necessidades individuais e coletivas da população.

O processo histórico oferece elementos normativos para a execução de ações no momento presente. Algumas normatizações são dadas de tempos passados e permeiam as decisões dos gestores, inclusive a elaboração de novas políticas e ações no período atual. Um exemplo claro, para a área da saúde, são as normas operacionais básicas da década de 90, que,

em alguns lugares, permanecem conduzindo os modos de organização dos serviços do SUS, pouco avançando nas políticas de regionalização, mesmo que novas normatizações tenham sido publicadas. Ou seja, as ações presentes podem, na verdade, ser movidas pelas normas passadas e daí manifestar fracasso em certas políticas públicas.

Viana et al. (2007) ressaltam o predomínio de diretrizes e estratégias homogêneas do MS que determinam como a saúde deve se organizar em todo território nacional, como organizações das regiões de saúde cuja base de sustentação da rede está concentrada apenas na distribuição dos serviços de saúde e não considera as necessidades territoriais.[27] Para Silveira (2009, p. 141), "reduzir uma região ao seu *status* político-administrativo,[28] sem considerar que o sistemismo dos objetos e ações ultrapassa seus limites e, paralelamente, que os atores têm força desigual, pode tornar ineficaz uma política pública".

Se pensarmos numa visão estratégica, tendo como exemplo a área da saúde, a configuração espacial da rede de saúde e as conexões intersetoriais e institucionais que se estabelecem no território podem dinamizar a economia regional com impacto na renda, no emprego qualificado e principalmente na evolução dos sistemas locais de inovação em saúde (ALBUQUERQUE; CASSIOLATO, 2002). Todavia, na ausência dessa visão estratégica, as vulnerabilidades sociais se manifestam e influenciam negativamente na economia local e regional. Considerar as ações e serviços de saúde e suas redes no território são análises privilegiadas para atuar na definição e configuração de uma região de saúde.

Esta seção teve como objetivo apresentar e debater os conceitos de território e territorialidade e estimular a reflexão e análise no campo da saúde coletiva sobre a gestão dos serviços de saúde. O conceito, tal como é debatido, aproxima-se dos processos de territorialização utilizados na Estratégia Saúde da Família (ESF) como instrumento de reconhecimento do território a ser coberto pela equipe e das necessidades de saúde que a população adscrita apresenta.

---

[27] Viana et al. apresentam críticas ao modelo/estratégias padronizadas pelas políticas do MS, frente ao modo pelo qual as esferas subnacionais devem organizar e estruturar suas redes de saúde; por vezes são definidos apenas critérios de oferta de serviços, não implicando as condições específicas de cada território (município, estado ou região) e necessidades das distintas populações. Compreende-se, neste estudo, a fragilidade das políticas de redes de saúde sob dois aspectos: a ausência de gestão regional da saúde e a falta de estabelecimento de critérios organizacionais que prezem uma política nacional de saúde. Contudo, se reconhece que as redes de saúde brasileiras são heterogêneas e conformam-se sem critérios claros, influenciadas por diversos aspectos políticos, eleitorais e fiscais.

[28] Entende-se que o dito *status* político-administrativo não pode se estabelecer nas redes de saúde brasileiras, uma vez que os municípios constituem agrupamentos de serviços sem coordenação e gestão regional. Assim, nesta citação de Silveira (2000), estamos nos referindo à delimitação de regiões de saúde estritamente "geograficizada" de caráter formal, mas que não considera a dimensão territorial e os fluxos da população. Portanto, uma região que não atende às necessidades e dinâmicas populacionais.

O objetivo desses conceitos extrapola os limites e abordagens do território local, não prescindindo da importância destes, mas porque entendemos que o planejamento microterritorializado demanda uma política de gestão de saúde que incorpore o território na visão macro, na visão do planejamento regional e mais especificamente na região metropolitana. Ou seja, assim como o territorialização trabalha com as dinâmicas sociais e sanitárias de uma população local, este trabalho resgata os conceitos e amplia o objeto de análise, entendendo que tais dinâmicas transcendem para um espaço geográfico ampliado. O território de maior escala contém vários territórios menores.

A organização do território, sem dúvida, é questão central em todo planejamento metropolitano. Mas como organizá-lo? De que forma é possível evitar conflitos, potencializar trocas e tornar os espaços mais adequados para as necessidades coletivas?

2.4 Dinâmicas urbanas e desafios para gestão metropolitana

> A cidade. Os modernos quase que completamente esqueceram o verdadeiro sentido desta palavra: a maior parte confunde as construções materiais de uma cidade com a própria cidade e o habitante da cidade com um cidadão. Eles não sabem que as casas constituem a parte material, mas que a verdadeira cidade é formada por cidadãos.
>
> *Jean-Jacques Rousseau*

Esta seção tem como objetivo discutir as dinâmicas urbanas e à metropolização. Como se dá a dinâmica de urbanização e metropolização do espaço? Como se distribuem as pessoas no território metropolitano? Como as grandes cidades se organizam ou deveriam se organizar para a prestação de bens e serviços públicos? Estas são algumas questões que nos auxiliam na compreensão e análise de todo processo de formação e organização do espaço metropolitano.

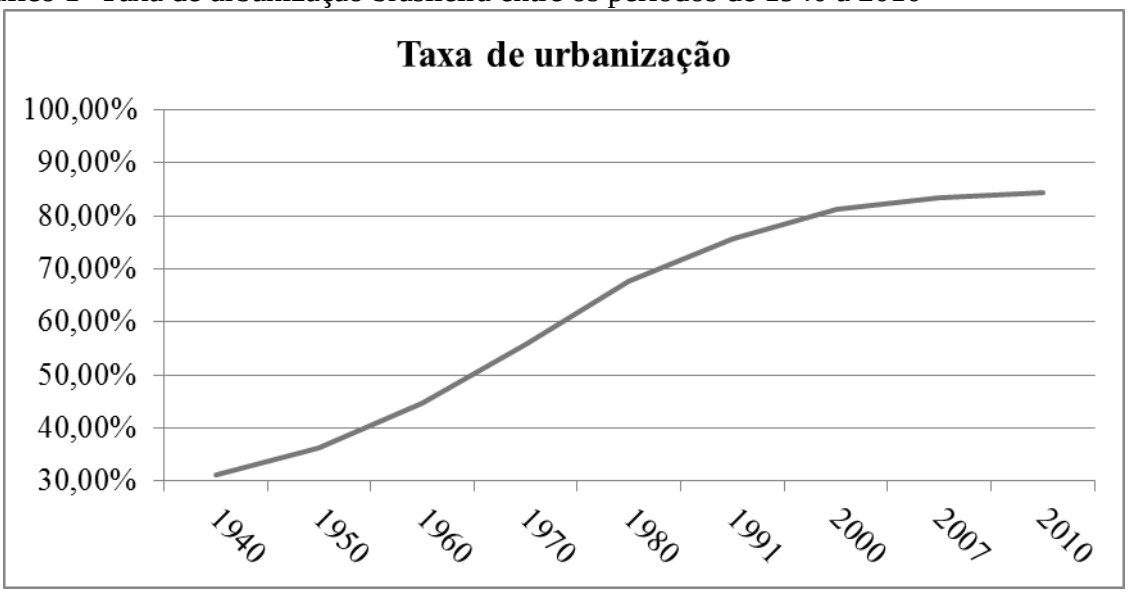
A análise dos fatos urbanos não pode prescindir das questões econômicas, políticas e socioculturais, assim como o uso do território nos vários momentos históricos. E nem, separadamente, do papel do Estado (SANTOS, 2009, p. 11).

No processo de urbanização, é inegável o reconhecimento da autonomia e dos efeitos de dominação dos territórios por aqueles que detêm poderio econômico. Nestes territórios de articulações políticas e de fortes relações produtivas, são evidenciados os recortes urbanos que se estendem para além das fronteiras jurisdicionais que têm por base os municípios. Estes se congregam através de espaços conurbados, de aglomerações urbanas ou como região metropolitana (ROLNIK, 1995; SOUZA, 2003; MACHADO; LIMA, 2008).

No acelerado e complexo processo contemporâneo de urbanização brasileira, que coincidiu, no tempo, com a metropolização, observam-se diversas formas de concentração urbana das quais emergem novas territorialidades dos grupos sociais.

No gráfico 1, pode-se observar a rápida evolução da taxa de urbanização brasileira que resultou em mudanças radicais na estrutura social e econômica do país.

Gráfico 1- Taxa de urbanização brasileira entre os períodos de 1940 a 2010



Nota: A partir do IBGE, Censo demográfico 1940-2010. Até 1970, dados extraídos de: Estatísticas do século XX. Rio de Janeiro: IBGE, 2007; no Anuário Estatístico do Brasil, 1981, v. 42, 1979.
Fonte: A autora, 2015.

Nesse cenário, três conceitos importantes são destacados: urbanização; aglomeração urbana; e metropolização. A urbanização, segundo Santos (2005), é um processo de concentração da população nas cidades que está diretamente relacionado com as transformações demográficas, econômicas e socioculturais que ocorrem na sociedade.

Santos (2009) apresenta um debate sobre a urbanização. Como primeira hipótese, a urbanização é vista como algo imperativo para o processo de crescimento nacional e para a economia de escala e aglomerações. A segunda hipótese a relaciona a um processo de agravamento dos desequilíbrios socioeconômicos e das disparidades regionais, gerando subemprego, degradação habitacional e deficiência dos serviços essenciais.

Os fluxos da população, impulsionados pela expansão do sistema de transportes e das comunicações, contribuíram para a formação de cidades de dimensão nacional, conformando também grandes aglomerados metropolitanos. “Aglomerado urbano”[29] é um termo utilizado

[29] O termo “aglomerado urbano” é utilizado como aglomerado metropolitano e não metropolitano.

para definir aglomeração populacional em cidade contíguas de caráter metropolitano e não metropolitano e que representa as manifestações do processo de urbanização (BAENINGER, 2003).

As aglomerações não são definidas apenas pelo processo de expansão urbana político-administrativa, mas incluem os diferentes fluxos populacionais; a disponibilidade e utilização de bens, produtos e serviços; vai além da simples ocupação do território. Nesse aspecto, Villaça (1998), através do estudo de casos metropolitanos, considera que os fluxos materiais e imateriais levam a uma intensa vinculação dos aspectos socioeconômicos entre os distintos municípios. Este fato reforça a necessidade de planejamento e gestão conjunta regional desses entes para a resolução dos problemas comuns dos respectivos aglomerados.

A dinâmica metropolitana decorre do modo de produção capitalista. Santos (2009) afirmava que os critérios para uma divisão regional, se a queremos tentar, teriam de ser buscados nas estruturas capitalistas formais e na divisão social do trabalho, com formas mais elaboradas de cooperação e fluidez. Nelas, o espaço se torna mais articulado às relações funcionais do que propriamente as ofertas e ações nele contidas.

Já a metropolização se dá a partir de um processo histórico pautado pela dinâmica socioespacial de uma região ou conjunto de municípios, que se tornam dependentes, interligados economicamente e compartilham um conjunto de funções de interesse comum. É importante, mesmo assim, distinguir o processo de metropolização, a metrópole com a concentração de atividades, funções e pessoas e a região metropolitana, definida a partir de critérios e estudos técnicos e científicos e concretiza-se através de uma decisão institucional (SOARES, 2013).

Segundo o IPEA (2010), compreender a metropolização no Brasil significa compreender um pouco mais do funcionamento e da dinâmica do capitalismo contemporâneo, especialmente a partir da forma como nele se produz o espaço social urbano. A formação das metrópoles decorre da intensificação do processo de urbanização e reflete o desenvolvimento de pelo menos um núcleo urbano, em torno do qual se desenvolvem outros núcleos urbanos a ele articulados, integrados e conurbados[30] (BALBIM, 2011).

De acordo com o estudo elaborado pela Rede Observatório das Metrópoles para o Ministério das Cidades (OBSERVATÓRIO, 2005, p. 1), “[O] o processo de metropolização se configura pelo expressivo adensamento populacional em razão da dinâmica da economia, da produção técnica e do conhecimento, e da diversidade do trabalho [...]”. Tais dinâmicas, a

[30] A conurbação é um fenômeno urbano que ocorre quando duas ou mais cidades se desenvolvem uma ao lado da outra, de tal forma que acabam se unindo como se fossem apenas uma.

mobilidade populacional e os aspectos políticos que se conformam nesse processo, são movimentos que demandam a organização e gestão solidária e cooperativa no território metropolitano.

A grande complexidade das RMs está centrada nas metrópoles ou cidades núcleo. Essas regiões concentram a maior parte das indústrias, comércio, cultura, grandes empresas, serviços de saúde – principalmente os mais especializados.[31] Tais funções e atividades são o ponto central para o estabelecimento de relações entre os diferentes municípios que conformam a região. As relações que se estabelecem são condicionadas pelos fluxos populacionais, que buscam bens, produtos e serviços para a satisfação de suas necessidades, ignorando as barreiras geográficas e a delimitações político-administrativas dos territórios.

O entendimento do fenômeno da urbanização, a intensificação da vida e das relações e as aglomerações urbanas são essenciais para discutir os desafios da gestão metropolitana. A multiplicidade de determinantes e características que envolvem essa análise não é uma tarefa trivial para a gestão e dinâmica desses territórios que apresentam problemas recorrentes, como: marginalização, violência, segregação social e espacial, crescimento desordenado, desigualdade fiscal, dinâmica demográfica, condições socioeconômicas, situação de infraestrutura urbana (saneamento, transportes, etc.) e o acesso aos serviços públicos. E ainda, há que se considerar as questões relativas à proximidade, as relações de interdependência entre os municípios e a alta mobilidade populacional.

Retornamos a uma das questões iniciais desta seção: como se distribuem as pessoas no território metropolitano? Silveira e Muniz (2014, p. 264) sinalizam que o local de residência e a forma como as populações "[...] se agrupam e se distribuem no espaço servem como variável indutora e reprodutora de desigualdades". Ao debatermos a situação de distribuição das pessoas no território metropolitano, dois temas que dialogam entre si são resgatados: a desigualdade e a segregação social.

A segregação social e a falta de políticas públicas articuladas no território metropolitano geram uma urbanização desigual. O mercado imobiliário cresceu de forma que os grupos economicamente mais ricos ocupam regiões distintas daqueles que vivem em condições de pobreza (MACHADO; LIMA, 2008). As RMs são marcadas pela divisão do centro *versus* periferia. A primeira representa a área mais desenvolvida e concentra a maior parte dos serviços e bens públicos e privados; a periferia é constituída pelas áreas mais pobres

[31] São regiões que concentram poder econômico e político. Entretanto, vale destacar que, a partir do final da década de 80, observa-se maior distribuição das indústrias fora dos territórios metropolitanos, o que se deve em grande medida ao incentivo dado pelos municípios para a implantação destas no âmbito local.

e favelas que apresentam maior grau de necessidades de acesso aos serviços públicos e falta de infraestrutura urbana, principalmente de saneamento básico e coleta de lixo regular (ROLNIK, 1995).

No caso da RMRJ, a divisão entre centro e periferia é mais complexa, pois há diversas favelas coladas às áreas mais ricas (centro), fenômeno facilitado pela geografia da região, dado a existência dos morros. Portanto, há periferias nas áreas centrais e estas também recebem uma proporção maior de serviços públicos do que as da periferia-periferia, embora muito menor do que no chamado "asfalto", e isso vale inclusive para outras cidades da RMRJ.

Segundo Silveira e Muniz (2014), a dinâmica metropolitana do centro *versus* periferia resulta em prejuízos sociais às periferias que contam com pouca estrutura urbana (moradias construídas em locais inapropriados; o saneamento básico precário ou inexistente; acesso às políticas sociais mais restrito) e os baixos custos dos terrenos. Estes são atribuídos principalmente às dificuldades que os moradores enfrentam diariamente no deslocamento entre residência e trabalho; ou entre a residência e os pontos de oferta de serviços públicos que intensificam a necessidade de mais transporte público. Tais fatores resultam ainda em barreiras de acesso ao mercado de trabalho, gerando maiores índices de desemprego e renda mais baixa.

"Embora o Rio tenha sido muito bem estruturado urbanisticamente pelos trens suburbanos, o sistema foi abandonado, optando-se por investir em rodovias, túneis e elevados para criar novas áreas de expansão" (Magalhães, 2015, s/n). Estas regiões servidas pela ferrovia perderam dinamicidade e população, gerando prejuízos culturais e econômicos. Os baixos investimentos históricos em transportes públicos no Rio de Janeiro contribuíram para agravar a situação dos transportes públicos.

Segundo a Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) do IBGE (2009), o gasto médio com transporte urbano e comprometimento da renda é de aproximadamente de 16% das despesas mensais das famílias residentes nas nove principais RMs brasileiras, muito em função da menor renda da população.

Ao longo dos anos 70 e 80, segundo Torres e Marques (2001), as regiões periféricas metropolitanas foram tratadas como regiões habitadas por operários. Estes construíam suas casas em terrenos irregulares e apresentavam muita dificuldade em acessar bens e serviços públicos; e ainda, tinham enormes gastos de tempo entre as longas distâncias percorridas em transportes públicos de péssima qualidade.

Na prática, tais situações continuam a se reproduzir. Como exemplo, pode-se verificar a tabela 2, que apresenta a proporção de pessoas que residem em municípios da RMRJ e

necessitam se deslocar para a cidade do Rio de Janeiro para trabalhar ou estudar. Os dados são do ano de 2000 e essa configuração de municípios já sofreu diversas alterações até os dias atuais, mas serve como exemplo da mobilidade da população.

Nesse contexto, compreendemos que a localização geográfica residencial, a distribuição dos bens e serviços públicos, do comércio e das empresas tende a perpetuar as condições socioeconômicas desiguais nas regiões metropolitanas e seu entorno. Essa situação gera um ciclo vicioso onde desigualdade gera segregação e segregação agrava ainda mais a desigualdade social. E então nos questionamos: como as grandes cidades e regiões metropolitanas deveriam se organizar para a prestação de bens e serviços públicos?

Tabela 2 - Pessoas que residem em municípios da RMRJ e trabalham ou estudam no município do Rio de Janeiro (2000)[32]

Município de Residência	**Pessoas que estudam ou trabalham no Rio de Janeiro (A)**	**Total de pessoas que estudam ou trabalham (B)**	**Proporção % de (A)/(B)**
São João de Meriti	67.831	253.531	26,80%
Nilópolis	24.229	95.739	25,30%
Belford Roxo	51.403	261.784	19,60%
Nova Iguaçu	103.014	563.511	18,30%
Queimados	13.274	73.055	18,20%
Duque de Caxias	82.001	471.884	17,40%
Niterói	45.991	310.200	14,80%
Japeri	10.459	83.264	12,60%
Magé	15.464	122.865	12,60%
Seropédica	4.685	40.316	11,60%
São Gonçalo	60.960	564.423	10,80%
Itaguaí	4.634	51.701	9,00%
Itaboraí	8.977	115.788	7,80%
Guapimirim	1.620	23.558	6,90%
Maricá	3.317	48.500	6,80%
Paracambi	1.324	23.934	5,50%
Tanguá	594	15.932	3,70%
Mangaratiba	555	16.352	3,40%
Total	**500.332**	**3. 136.337**	

Fonte**:** IBGE, 2000.

A gestão territorial é formalizada no planejamento estatal e nasce particularmente da necessidade de organizar as metrópoles do pós-guerra, na definição de padrões de convivência, de funções públicas, além das leis, normas, formas de ocupação profissional,

[32] Não foi possível atualizar esses dados, pois se exige tabulação especial do IBGE.

entre muitos outros. O objetivo explícito do planejamento estatal é exercer uma espécie de controle do espaço para que a gestão pública atue de forma a maximizar o potencial do espaço social visando ao bem-estar da comunidade que vive, trabalha e frequenta o território. Permitindo constantes construções e desconstruções do território.

O Estado e a sociedade civil organizada são protagonistas e influenciam os processos de decisão sobre o uso do território. Nota-se que, se compreendêssemos o território de forma puramente delimitada, deixaríamos de enfocar seus diferentes usos. Considerando, porém, as relações de poder e disputas existentes, a análise se torna mais complexa, por considerar os muitos atores e as muitas relações sociais que convivem concomitantemente.

"[...] Sabemos que a integração entre os municípios não se dá por força de legislação e sim pela articulação dos atores políticos, econômicos e sociais dos municípios envolvidos" (SOARES, 2013, p. 27). O ato de cooperar precisa ser gradualmente construído entre os entes federados, utilizando-se de jogos de barganha, em que momentos um e momentos o outro deve ceder para chegar a um equilíbrio de forças e poderes que efetivamente resulte em atos de cooperação em prol das políticas públicas comuns. "Trata-se de um processo de difícil construção e que necessita de uma ampla participação da sociedade civil para que não prevaleçam os interesses parciais sobre os interesses coletivos" (SOARES, 2013, p. 28).

Mas respondendo à nossa questão, as grandes cidades e suas regiões, enfrentam o desafio da organização dos serviços públicos, de modo a evitar duplicidade de serviços que apresentem fins idênticos, bem como de garantir a utilização eficiente dos recursos disponíveis.

O foco da gestão pública, segundo Dussault (1992, p. 9) consiste em aumentar a coerência entre as necessidades, serviços e recursos disponíveis. "[...] Isto é, tentar eliminar os desequilíbrios geográficos (colocar os serviços onde estão as necessidades), numéricos (excesso de médicos, falta de enfermeiros), organizacionais (falta de serviços básicos, abundância de serviços hospitalares)".[33]

Consequentemente, a redução da desigualdade e da segregação social, ocasionada pela má distribuição de recursos públicos, está condicionada à articulação de políticas urbanas intersetoriais, que demandam coerência entre a oferta de serviços públicos e às necessidades sociais, tendo em vista a eficiência na gestão pública e atenção equânime em todo território.[34]

---

[33] Grifos nossos.

[34] Isto é sempre mediatizado pela política, pelo sistema político, que no Brasil é extremamente elitista, exclusivista e patrimonialista, o que dificulta que prevaleça o "bem comum" e a equanimidade.

2.5 Redes de atenção e serviços de saúde

Esta seção tem por intuito apresentar a origem do conceito das RAS que sustentará o debate a ser apresentado no próximo capítulo desta tese, sobre o modelo de organização dos serviços públicos de saúde adotado pelo Brasil na perspectiva da regionalização e descentralização.

Em 1920, pela primeira vez, o médico britânico Bertrand Dawson pensou na organização dos serviços de saúde como sistema responsável por ações preventivas e terapêuticas. Dawson, ao contrário de Flexner (1910), considerava que a formação médica não deveria se dar apenas nos hospitais de ensino especializado, pois o médico generalista deveria exercer funções junto ao indivíduo e à comunidade.

O "Relatório Dawson" apresentava o ideal de um Estado forte, provedor e regulador de políticas públicas articulando a medicina preventiva e curativa com foco num sistema de RAS com capacidade de capilarização, descentralizado, não hierarquizado e na lógica do trabalho em equipe. A separação entre a medicina diagnóstica e curativa da medicina preventiva era fortemente criticada por Dawson, que acreditava que os currículos das escolas médicas deveriam concentrar esforços na formação de profissionais generalistas para que exercessem sua prática em um sistema regionalizado.

Com o surgimento constante de novos problemas de saúde e enfermidades cada vez mais complexas, surge também a necessidade de combinar esforços coletivos e preventivos. Dawson (1920) destaca assim que ambas, a medicina preventiva e a curativa, precisam estar conectadas, pelo fato que nenhum princípio em qualquer plano de serviços médicos pode coordenar-se isoladamente.

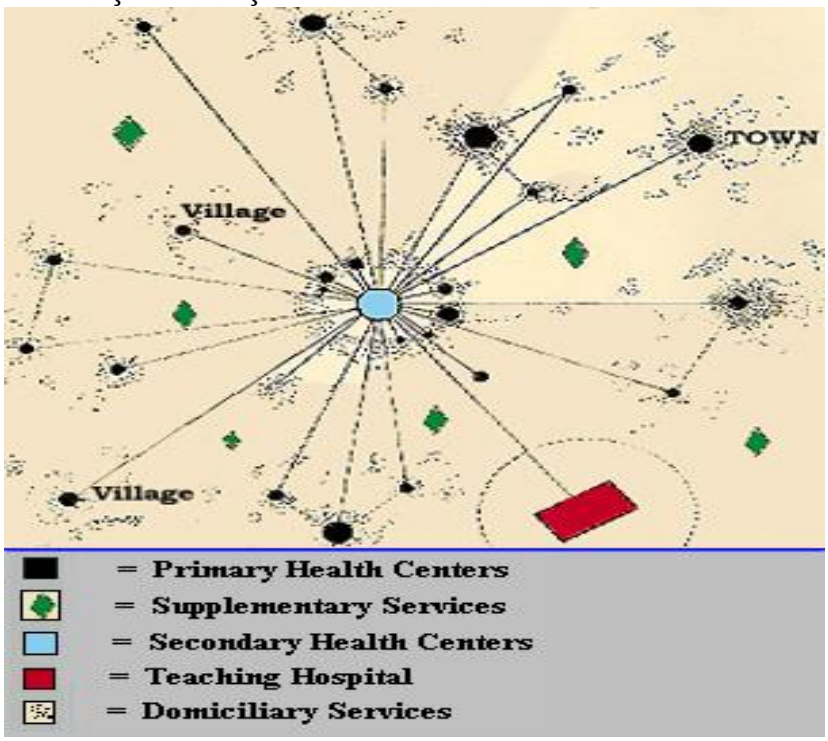
O objetivo central era dividir funções/sistematizar os serviços médicos e afins para que estivessem disponíveis em todas as regiões, facilitando o acesso da população, a eficiência e otimização de custos das ações e serviços de saúde, e ainda, os benefícios públicos e da profissão médica. A organização da rede deveria estar de acordo com "a distribuição da população, dos meios públicos de transporte e também com as correntes naturais de fluxos comerciais e de tráfego, variando em tamanho e complexidade, segundo as circunstâncias" (MENEZES, 2011, p. 34). A organização da rede de serviços se daria através da gestão regional.

Dawson elaborou o relatório propondo conceitos como: território; população adscrita; porta de entrada; vínculo e acolhimento; referência; APS como coordenadora do cuidado; as relações de poder que se estabelecem e a gestão do território regional. São conceitos que

implicam o reconhecimento das necessidades de saúde da população para que sejam organizados os fluxos assistenciais e linhas de cuidado, na perspectiva da integralidade (ALMEIDA, 2010; KUSCHNIR; CHORNY, 2010).

As organizações dos sistemas de saúde teriam que partir de regiões de saúde delimitadas, oferecer serviços integrados e de diferentes níveis de complexidade (atenção primária, secundária e terciária). Todos os níveis de atenção e densidades tecnológicas estariam intimamente coordenados sob uma única autoridade sanitária para cada área, indispensável para o estabelecimento de fluxos de comunicação entre os serviços que integram a rede. Portanto, deve-se considerar a necessidade de um órgão administrativo, que tenha plenos poderes de gestão e intervenção no sistema regional ou local. A figura 7 representa a organização da rede proposta por Dawson (1920).

Figura 7 - Rede de atenção e serviços de saúde



Fonte: DAWSON, 1920.

O modelo proposto por Dawson foi adotado somente em 1989, com adaptações pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), que desenvolveu a proposta de organização dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS). Esta proposta tem a organização do processo de trabalho centrado no território e nas ações de vigilância em saúde. A perspectiva pressupõe que o conhecimento das necessidades de saúde da comunidade permita conhecer detalhadamente os problemas do território e conte com estrutura de planejamento e

administração próprios, dotada de autonomia administrativa e financeira (RODRIGUES; SANTOS, 2008; KUSCHNIR; CHORNY, 2010).

Segundo Rodrigues (2014, p. 49), “os sistemas públicos de saúde dos mais diversos países são organizados em moldes regionais, contando com autoridades sanitárias locais que administram orçamentos próprios, planejam, organizam e controlam todos os serviços que funcionam em seus territórios”, ou seja, contam com instituições de poder de gestão regional. São exemplos os sistemas do Canadá, Cuba, Espanha, França, Itália, Portugal e Reino Unido.

Na experiência internacional, a contratualização dos serviços de saúde foi bem-sucedida onde os níveis intermediários de governo (Espanha e Itália), ou órgãos técnicos regionais com capacidade decisória (Inglaterra) puderam exercer sua capacidade regulatória efetiva e sua autonomia financeira para organizar a oferta de serviços. Até aqui, no Brasil,

> [...] na perspectiva das relações intergovernamentais, a combinação entre o excesso de fragmentação na instância municipal, a paralisia induzida dos governos estaduais e o contingenciamento de receita prevista para a Saúde deram lugar a um desenho institucional de baixa funcionalidade para a descentralização. Programas apoiados em fundos setoriais, como o SUS, assinalam a adoção de critérios mais focalizados de descentralização, e a preservação da função redistributiva no nível central de governo, requerida em condições de grande heterogeneidade socioeconômica. A alocação da receita por mecanismos tradicionais de partilha federativa impera sobre as demais diretrizes do sistema, tornando secundárias questões essenciais como a qualidade da política, a satisfação do usuário e a redução das desigualdades no acesso, que tem marcado o progresso de outras experiências. A não correspondência entre a distribuição de recursos, a população e os serviços de saúde nas regiões torna insuficientes os critérios distributivos e redistributivos na alçada do SUS. (DAIN, 2000, p. 99).

As redes de atenção e serviços de saúde devem ser o objetivo central das políticas públicas de saúde, sendo progressivamente alcançadas com a participação da comunidade e da pactuação entre os atores regionais, tais como: CIR, CIB, CIT, SMS, SES, MS e instituições de formação acadêmica e profissional, conforme apresentado no Anexo B. Estas devem concatenar todos os serviços de atenção à saúde, independentemente do nível de complexidade assistencial das ações que estão relacionadas aos determinantes do processo saúde-doença, adotando o conceito ampliado de saúde (MENEZES, 2011).

As unidades de saúde não esgotam isoladamente todos os recursos necessários para a conformação de uma rede. Ao contrário, pressupõem diferentes níveis de complexidade assistencial que necessitam da institucionalização de sua interdependência para atingir melhores resultados. Isto só existe de fato quando os diferentes níveis de complexidade são interligados por meio de sistemas de informação, comunicação, logística, e coordenados regionalmente.

O modelo de organização da atenção e serviços de saúde em rede influenciou diversos sistemas de saúde no mundo. Inicialmente adotado pelo *National Health Service* (NHS) na Inglaterra e demais países do Reino Unido, foi levado no final dos anos 60 para outros países como Canadá, Espanha, França, Itália, Portugal, e países da América Latina como Cuba, após a revolução socialista de 1959, e Costa Rica (cidade de San Ramon, 1954). Esses países representam o berço das experiências mundiais da medicina preventiva e comunitária.

Na América do Norte, uma das mais importantes experiências do modelo é o sistema de saúde do Canadá, público, universal e que trata de um sistema descentralizado para as províncias e territórios, com regras nacionais estabelecidas pela legislação federal. Na Europa, a exemplo o caso da Espanha, o financiamento do sistema é público, com a prestação de serviços públicos e privados; o acesso é universal e o país é dividido em áreas de saúde responsáveis por todas as ações e serviços públicos de saúde.

Na França, o sistema de saúde segue o modelo de seguro social, a base dos serviços está centrada nos hospitais, sendo que o segurado tem direito a acessar as especialidades que necessita. Na Itália, o sistema de saúde é público e universal, organizado a partir de distritos sanitários e conta com agências locais de saúde. Em Portugal, o acesso é público e universal, regulado pelas administrações regionais de saúde e visa à eficiência e qualidade do atendimento (MENEZES, 2011).

No Reino Unido, o sistema de saúde é público e universal. Do ponto de vista da institucionalidade planejadora, a estrutura está centrada no NHS, subordinada a oito Secretarias Regionais de Saúde, que respondem pelas grandes estratégias da política de saúde do Reino Unido e que se desdobram em Secretarias Distritais de Saúde, as *Health Authorities.* *"*Estas passaram a responder pela compra de serviços para os usuários, num espaço geográfico delimitado, com contingentes populacionais que variam de 300.000 a 1.000.000 de habitantes e o financiamento dos serviços passou a ter como base a população-alvo" (DAIN, 2000, p. 61).

Nos países da América Latina, segundo Novaes (1990), a cidade de San Ramon, na Costa Rica, criou a experiência do programa de saúde comunitária em 1954, com cobertura de 100 mil habitantes. O autor destaca ainda que o programa era administrado por um comitê composto por técnicos e membros da comunidade, um diretor sub-regional, um para o hospital e outro para serviços não hospitalares, e apresentou melhora significativa nos indicadores de saúde.

Em Cuba, de 1959 a 1962, o Ministério da Saúde investiu na aceleração da formação de profissionais de saúde e em 1963 iniciou a regionalização dos serviços de saúde com total

cobertura do país. Entre 1970-1976, os indicadores de saúde passaram a ser comparáveis aos países mais desenvolvidos. Nos anos 80, foi intensificada a formação de profissionais, principalmente com o programa de formação de médicos de família (CEBES, 1984).

Os sistemas de saúde enfrentam desafios constantes na integração regional do modelo de redes de atenção e serviços de saúde. A dinâmica das pessoas no território, a fragilidade na pactuação entre os gestores dos serviços e a incipiente regulação do acesso ocasionam ineficiência e baixa resolubilidade dos sistemas de saúde. Conquanto, a experiência internacional ressalta que os países acreditam na regionalização da saúde e na participação da comunidade como forma de otimizar os recursos e atender às mudanças do perfil epidemiológico.

Esses dilemas da regionalização são ainda mais evidentes em territórios metropolitanos que devido a suas características urbanas e as dinâmicas populacionais agravam e dificultam a organização dos serviços públicos.

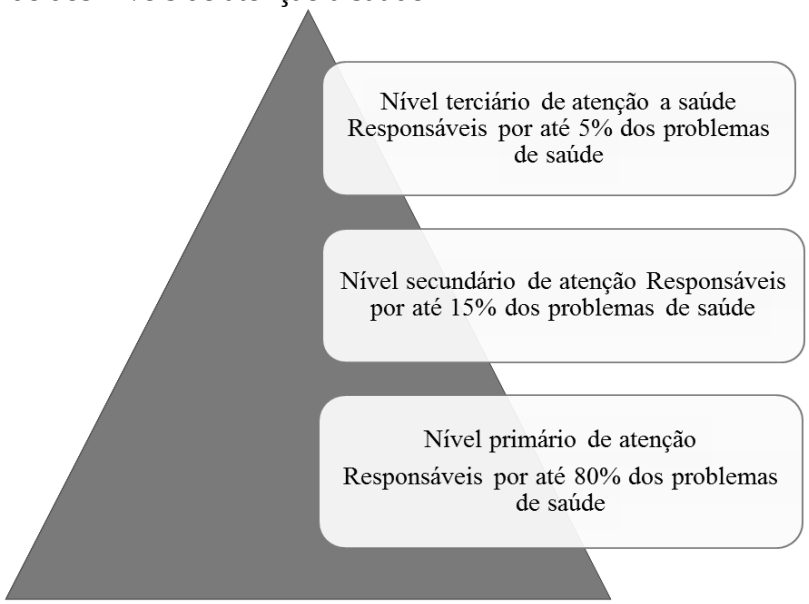
2.5.1 A noção de rede no sistema de saúde brasileiro

O resgate do conceito de rede está relacionado às avaliações dos efeitos contraditórios do modelo assistencial inaugural do SUS ao longo de 26 anos, representado pela hierarquização da atenção e representado pela imagem de uma pirâmide.

A proposta inaugural do SUS, nos idos dos anos 1980, foi apoiada na concepção de um modelo assistencial com cobertura universal e efetivo, com base na atenção primária e complementada por outros níveis assistenciais.

Os sistemas de referência e contrarreferência seriam os mecanismos para garantir os fluxos da população dentro do sistema de saúde, mas demandam gestão regional. A lógica deste sistema é a articulação entre os diferentes níveis de atenção a saúde, sendo que por referência entende-se o caminho percorrido do menor nível para o de maior complexidade. E a contrarreferência é o inverso, do maior para o menor nível de complexidade. Assim, por exemplo, pacientes de alta complexidade atendidos na APS podem ser referenciados para os serviços terciários e depois de atendidos podem ser contrarreferenciados para unidades básicas de saúde ou serviços secundários.

Figura 8- Pirâmide dos níveis de atenção à saúde



Fonte: A autora, 2015 a partir de GIOVANELLA, 2009.

Segundo Cecílio (1997) ao expor a ideia de organização do sistema de saúde em círculos (com múltiplas portas de entrada), em detrimento do uso da pirâmide, explica como essa imagem foi idealizada. A imagem do modelo de atenção piramidal estava incorporada no ideário do movimento da reforma sanitária porque parecia sintetizar o alcance de dois grandes objetivos estabelecidos à época: (a) a expansão da cobertura e a democratização do acesso, pela implantação da porta de entrada no sistema de saúde através da APS, representada pela base da pirâmide e com potencial de resolubilidade de até 80% dos problemas da comunidade; e (b) a racionalização no uso dos recursos financeiros, possibilitada pela hierarquização do cuidado.

> A aspiração por um sistema de saúde universal – baseado no direito do cidadão e no dever do Estado, conforme a CF-88, capaz de ser efetivo no cuidado e racional na aplicação dos recursos públicos – magnetizou naquele período o esforço dos sanitaristas na formulação de um modelo com densidade teórica e viabilidade prática, que pudesse ser transmitido à sociedade como uma possibilidade concreta de alcançar o ideal do cuidado em saúde para todos (COUTO, 2012, p. 101-102).

A figura da pirâmide é representativa da reforma do setor da saúde, que atingiu seu ponto alto na proposta do SUS agregada às questões de justiça social, movida pelo ideário do movimento da reforma sanitária, estratégia setorial fortemente articulada com um projeto mais amplo de redemocratização do país. O processo de reforma da saúde, iniciado nos anos 1970, possibilitou o debate para reverter as desigualdades sociais a pobreza extrema, e

sustentar o conceito de saúde ampliada, com o objetivo de um futuro com promoção de qualidade de vida e boas condições de saúde para todos os cidadãos. Mais que uma política setorial, o SUS representou uma política social voltada à superação da exclusão e iniquidade que colocavam a maioria da população brasileira à margem da cidadania e da democracia (FLEURY, 2009).

A execução do modelo de assistência piramidal, baseado em três níveis de complexidade, sem planejamento e implantação das redes regionais, gerou problemas na oferta de serviços e ações de saúde, manteve vazios sanitários e dificuldades dos gestores para resolver os problemas estruturais, necessitando de avaliações do modelo e propostas de substituição para que estes se aproximassem mais do compromisso com a cobertura universal, a equidade na atenção e a redução das desigualdades sociais (COUTO, 2012).

Cecílio (1997, p.469) propõe que o sistema de saúde seja pensado como um círculo, "[...] com múltiplas "portas de entrada" localizadas em vários pontos do sistema e não mais em uma suposta "base". Questiona a idéia de um "topo", expressão topográfica de uma certa "hierarquia tecnológica" que teria o hospital no seu vértice [...]". A hierarquia, neste sentido, pressuporia ações de saúde com pouca ou nenhuma flexibilidade para se adaptar as necessidades dos usuários e a o processo de comunicação entre os serviços se daria por meio de canais preestabelecidos e supremacia de poder de um nível de atenção assistencial sobre o outro.

Na prática, quando nos colocamos como profissionais assistenciais de saúde essas proposições ficam mais evidentes, pois efetivamente a comunição entre os serviços é falha e o atendimento à saúde é fragmentado. O autor propõe que os serviços de saúde sejam organizados a partir das necessidades da população de cada território, que o cuidado atenda a singularidade de cada usuário, estabelecendo assim vínculos e corresponsabilização entre a equipe e o usuário, o objetivo é oferecer a tecnologia certa, no espaço certo e na ocasião mais adequada através de linhas de cuidado.

Ao utilizar conceitos de território usado, RAS e integralidade, a ideia proposta por Cecílio se apresenta mais adequada para dar conta da organização do cuidado. Mas, para que essas práticas de gestão e de assistência sejam implementadas é necessário uma gestão mais participativa e com maior implicação das equipes no desenho das propostas que concretizarão o cuidado. Isso, na atual conjuntura de organização federativa, política e de capacidade instalada em saúde nos municípios brasileiros, representa um desafio a ser enfrentado gradativamente. Os serviços precisam de maiores e melhores estruturas, sejam físicas ou de

processo de formação profissional para atender as complexas demandas em sua integralidade e horizontalidade.

No contexto internacional, também ressaltam muitos problemas na execução do modelo hierarquizado de atenção à saúde. Por diferentes e vários motivos, não se produziram os resultados esperados de ampliação do acesso e qualificação do cuidado, e tem sido consenso a necessidade de uma nova geração de reformas sanitárias em busca de modelos inovativos (MENDES, 2011).

Esse conjunto de reformas tem de estar direcionado para a equidade, articulação e definição de fluxos entre os níveis de atenção, priorização da APS, inclusão de ferramentas de avaliação e tomada de decisão, mecanismos de empoderamento da sociedade, e centrado na superação da fragmentação dos sistemas presente em muitos países (HAM, 1997).

As experiências de reformas sanitárias têm destacado o modelo dos sistemas integrados de saúde, que é realizado por meio da instituição de uma rede integrada de pontos de atenção à saúde, configurando um contínuo coordenado de serviços ofertados a uma população definida, cujos principais fundamentos se assentam na noção de rede e de território e se responsabiliza pelos resultados econômicos e sanitários relativos a essa população. São as chamadas RAS, baseadas na horizontalidade da atenção em substituição à verticalidade da organização hierárquica[35] (SHORTELL et al., 1993; LEAT et al., 1996).

No caso brasileiro, segundo Couto (2012), um dos modelos formulados encontra na ideia de rede sua principal base de apoio, tanto para o desenvolvimento organizacional quanto dinâmico do sistema. A proposta de RAS, baseada e inspirada no debate internacional, tem sido defendida por Mendes (2008, 2011) e apoiada por grande parte dos pesquisadores, acadêmicos e gestores da saúde pública como alternativa para superar os problemas do modelo hierarquizado.

A constituição das RAS está baseada nos determinantes sociais do processo saúde-doença, e tem no conceito a vigilância e epidemiologia da situação de saúde para a organização do sistema. O modelo tem de ser organizado para atender a diferentes necessidades das pessoas frente às condições sociais e de saúde, entendendo a importância de identificar os fatores que afetam as condições de vida para planejar a oferta adequada de serviços de saúde.

[35] Entretanto, para que isso possa ser executado, a gestão regionalizada é necessária. Não é possível descentralizar todo o poder de organização dos serviços; cabe a um órgão gestor regional a responsabilidade de formulação, coordenação, monitoramento e avaliação das redes, inclusive para que os serviços sejam estruturados como RAS e não como ilhas isoladas de concentração de serviços.

Segundo Couto (2012), de modo geral, a avaliação tem sido que os países estão passando por um incremento de condições crônicas, ocasionado principalmente pelo envelhecimento populacional, que exige novas formas de organização dos sistemas para responder de modo mais efetivo ao que essas condições requerem. Ou seja, a manifestação da transição epidemiológica.

Para Ham (2007), citado por Mendes (2008, p. 5), autor de importantes estudos de avaliação sobre sistemas de saúde no contexto internacional:

> O paradigma predominante de doença aguda é um anacronismo. Ele foi formatado pela noção do século XIX de doença como uma ruptura de um estado normal determinada por um agente externo ou por um trauma. Sob esse modelo a atenção à condição aguda é o que enfrenta diretamente a ameaça. De fato, a epidemiologia moderna mostra que os problemas de saúde prevalentes hoje, definidos em termos de impactos sanitários e econômicos, giram em torno das condições crônicas.

As novas condições de saúde da população exigem sistemas com oferta de serviços e ações continuadas e orientadas para a cooperação entre as unidades de saúde e gestores do sistema, cabendo citar o Pacto pela Saúde (2006), que propõe a "regionalização solidária" e, mais especificamente, o Pacto de Gestão do SUS. Portanto, dado a ausência de um órgão gestor regional (autoridade sanitária regional), é imprescindível que haja uma pactuação contínua para a manutenção da rede de cuidado integral.

Mendes (2008, 2011) entende que um dos principais problemas à organização do SUS foi a utilização de um diagnóstico da situação de saúde da população incompatível com a transição epidemiológica e demográfica acelerada dos dias atuais, que não se encontra em sintonia com a mudança no perfil de adoecimento da sociedade.

O modelo de atenção resultante continua centrado nas condições agudas das doenças que "[...] em geral, iniciam-se repentinamente; apresentam uma causa simples e facilmente diagnosticada; são de curta duração; e respondem bem a tratamentos específicos, como os tratamentos medicamentosos ou as cirurgias", por exemplo: os traumas, doenças infecciosas, gripes e dengue (MENDES, 2012, p. 33). Por outro lado, as condições crônicas das doenças – como tuberculose, hanseníase, HIV/Aids, hipertensão arterial sistêmica – se iniciam e evoluem lentamente, apresentando situações mais complexas de tratamento.

A atenção contínua e longitudinal requerida pelas condições sociais e de saúde da população irá demandar mudanças estruturais na oferta, distribuição de recursos, na integralidade do cuidado e formação dos profissionais de saúde, sendo necessário fortalecer a articulação entre o modelo de assistencial e as necessidades da população.

No Brasil, as ações e os serviços de saúde devem ser organizados em redes de atenção regionalizadas, com o objetivo de garantir atendimento integral à população e evitar a fragmentação das ações em saúde. O acesso à população ocorre preferencialmente pela rede de APS, e os casos de maior complexidade são encaminhados aos serviços especializados, que podem ser de forma municipal ou regional, dependendo do porte e da demanda do município (BRASIL, 2008).

Para que a APS se consolide como porta de entrada preferencial do sistema, o principal desafio é melhorar a capacidade resolutiva dos problemas de saúde da população, seja por demanda espontânea ou programada. Além disso, a APS precisa ter competência para articular no território, os diferentes níveis de complexidade de saúde, inclusive agregando serviços e políticas intersetoriais. A ideia é que a horizontalidade e a integração dos diferentes tipos de serviços sociais substituam definitivamente a hierarquização no atendimento à saúde (MENDES, 2011; COUTO, 2012). Por lógica de rede, corroborando Couto (2012, p. 72), entende-se a "organização não hierárquica de serviços situados em um território sanitário, articulados por objetivos comuns, pelo uso compartilhado de tecnologias e recursos, por ações colaborativas e corresponsáveis", que visem ao atendimento de saúde integral e de qualidade.

Devido ao enorme vazio assistencial no setor da saúde, o tema sobre acesso tem sido debatido mundialmente. Camargo (2009) define que acesso é o potencial de o grupo ou indivíduo entrar em um sistema de saúde. E a acessibilidade é o conjunto de situações (facilidades e dificuldades) que viabilizam a entrada, independentemente dos níveis de complexidade, mas que está diretamente relacionado ao tipo/modelo de oferta de serviços e ações disponíveis.

A acessibilidade é uma questão que vai para além das fronteiras nacionais, além de condições sociais, econômicas, de gênero, etc. "É mais abrangente do que a simples oferta de serviços de saúde, refere-se às características do serviço e dos recursos de saúde que facilitam ou limitam seu uso por potenciais usuários." (SCHMIDT; FIGUEIREDO, 2009, p. 131).

Para compreender melhor as dimensões da acessibilidade, estas podem ser agrupadas em: (1) disponibilidade – diz respeito à oferta de serviços; (2) acessibilidade – relaciona-se à proximidade e/ou facilidade geográfica do serviço, como também às formas de trabalho organizadas para atenção, fluxos, horários, rotinas, prioridades técnicas, entre outros; e (3) aceitabilidade – dimensão que se relaciona com as características da população, isto é, suas crenças, condições socioeconômicas, graus de satisfação com o serviço utilizado, entre outros (CARNEIRO JR et al., 2010, p. 711).

O usuário, neste processo de busca pela acessibilidade e garantia do seu direito, não se encontra passivo; "[..] ele irá buscar o cuidado de saúde que deseja, nem que para isso ele tenha que se deslocar... e esperar... e 'lutar'..." (OLIVEIRA; MATTOS; SOUZA, 2009, p. 1932).

> Os usuários se referem à organização dos serviços básicos de saúde com o significado de barreiras ao acesso e demonstram ter em relação às UBS uma imagem de grande limitação de recursos humanos e materiais. Por outro lado, prontos-socorros e hospitais se apresentam para eles, por várias razões, como espaços de maior resolubilidade. A partir de sua necessidade de acesso, os usuários apreendem determinadas "regras sociais" vigentes nos serviços de saúde e constroem diversas estratégias que visam lhe abrir as portas do sistema (OLIVEIRA; MATTOS; SOUZA, 2009, p. 1929).

O'Dwyer e Mattos (2013, p. 208) chamam a atenção para uma prática recorrente nos serviços de saúde: "'Culpar' o paciente pela indevida utilização do sistema é ignorar que ele busca o atendimento possível aonde tiver acesso". Portanto, a (re)orientação do modelo de atenção à saúde, que precede o debate sobre a conformação da rede, precisa ser flexível às diferentes realidades e usos feitos pelos usuários, de modo que ele esteja integrado como ator estratégico no processo de organização dos serviços.

O acesso às ações e serviços de saúde é uma questão multidimensional que não diz respeito apenas à disponibilização de serviços e tratamentos, mas também a todos os aspectos econômicos, geográficos, sociais ou funcionais que podem permitir ou impedir o acesso a aos mesmos.

Ter acesso ao tratamento, por sua vez, significa ter acesso ao serviço mais ajustado ao conhecimento tecnológico existente e às necessidades dos usuários dos serviços de saúde. Os termos "acesso" ou "acessibilidade" implicam retirar todas as barreiras que impeçam a pessoa ter seu direito à saúde garantido (SANTOS; ANDRADE, 2007).

A organização de sistemas de saúde integrados, a partir de regiões delimitadas, tem que assegurar que as ações de diferentes níveis de complexidade, oferecidos por serviços, primários secundários e terciários estejam distribuídos em função das necessidades da comunidade (DAWSON, 1920). É indispensável que a organização da rede de serviços de saúde se constitua de acordo com suas funções, distribuição da população, dos meios públicos de transporte e também dos fluxos comerciais e da malha viária, variando em tamanho e complexidade.

2.5.2 O planejamento e financiamento das Redes de Atenção à Saúde

O planejamento é um instrumento das políticas públicas que visa atingir objetivos sociais e econômicos, assegurando o equilíbrio entre demanda e oferta de serviços e efetividade das políticas. O planejamento da RAS deve, além de identificar as necessidades de saúde, otimizar o uso dos recursos disponíveis. E ainda, é essencial que o gestor e planejador conheçam bem os serviços ofertados, a demanda e as necessidades do território para o qual estão planejando e implementando as políticas e modelos de atenção para a reorientação dos serviços e o enfrentamento conjunto dos problemas vivenciados por aquelas populações.

Matus (1991, p. 32) define que:

> O planejamento e a ação são inseparáveis. O plano é o cálculo que precede e preside a ação. Se não a preceder, o plano é inútil porque chega tarde. E se chega a tempo, mas não a preside, o plano é supérfluo. Por sua vez, a ação sem cálculo que a preceda e a presida é mera improvisação.

A elaboração do planejamento a partir da identificação das necessidades, demandas e ofertas dos serviços de saúde permite ao gestor maior capacidade de governo[36]; por sua vez, "a ação sem cálculo", mesmo com o esforço de resolutividade dos problemas, faz com que o gestor se sinta "apagando incêndio", improvisando o tempo todo. O planejamento em saúde não vai prognosticar o futuro, mas facilita a tomada de decisão nos momentos mais oportunos, ampliando as possibilidades de intervenção.

Mattos (2010), em análise crítica das contribuições de Carlos Matus, ressalta que a sistemática proposta para o diagnóstico situacional como parte do planejamento tem como objetivo esgotar até as últimas consequências o conhecimento que o planejador já tem sobre o tema ou situação, e isso é o que se espera do planejamento.

De forma geral, a noção de planejamento de RAS é distinta da noção de planejamento proposta por Carlos Matus. Na primeira se propõe um planejamento regionalizado e o segundo um planejamento local, ou seja, planeja as ações a partir de onde está localizado.

De acordo com Mendes (2012, p. 108), "[u]ma melhor utilização do planejamento e de seus instrumentos, com avaliação de seus efeitos e confrontação com metas objetivas e factíveis, pode, se não assegurar um cenário futuro ideal, pelo menos orientar de maneira mais racional os recursos públicos e privados".

---

[36] Esta tese apresenta limitações no capítulo 4 para a análise das necessidades em saúde, explora apenas o âmbito da oferta, como forma de caracterizar a configuração da rede de saúde metropolitana e reconhece como um desafio planejar a saúde a partir das dinâmicas territoriais e das necessidades em saúde.

O direito à saúde como direito à cidadania, visando à redução das desigualdades nos serviços de saúde ofertados às populações, são um constante desafio para os gestores públicos e planejadores do sistema de saúde. A oferta e a utilização dos serviços pela população são elementos importantes a serem considerados na garantia do acesso a esses serviços. O uso de critérios de alocação no planejamento de saúde permite a escolha de ações mais adequadas, apontando estratégias e atores que são identificados no processo de diagnóstico, para melhor operacionalizar e viabilizar as políticas públicas no território (MONKEN; BARCELLOS, 2007). O estado da arte que se observa nos estudos sobre critérios de alocação de recursos é que não há uma única metodologia capaz de dar conta de todas as dimensões deste tema, os estudos analisados subsidiam este trabalho através da análise de fórmulas variada.

A estratégia de territorialização da alocação de recursos em saúde mais referenciada é a de alocação geográfica adotada na Inglaterra. Desde a década de 70, o país busca fórmulas para a redução das desigualdades na saúde através da alocação de recursos. O princípio adotado é o da igualdade de recursos para necessidades iguais. A metodologia, denominada *Resource Allocation Working Party* (RAWP), considera: tamanho da população com ajustes para as características demográficas (idade e sexo); um peso para as necessidades em saúde (por exemplo, as taxas de mortalidade) e os custos de saúde. Os recursos de custeio dos serviços hospitalares são tratados separadamente das despesas com capital (SNAITH, 1978; SMITH, 2008).

Repensar e planejar o financiamento e alocação de recursos tem se tornado cada vez mais crucial nos sistemas de saúde que adotam a política de descentralização. De acordo com Smith (2008), se os gestores regionais não acreditam que os fundos de saúde estão adequadamente alocados, é improvável que qualquer política de descentralização seja sustentável. O autor conclui ainda que a disponibilidade de dados limita as diferentes abordagens para aperfeiçoamento da metodologia de alocação. No entanto, a experiência da Inglaterra tem apresentado avanços significativos, mesmo com informações limitadas. O progresso no estudo de novos métodos é uma das perspectivas para a redução das desigualdades espaciais da saúde.

A tendência internacional tem sido a de adotar, nos últimos anos, métodos alternativos/mistos de alocação de recursos que são complementados pelos ajustes de desempenho dos serviços de saúde – ou seja, é avaliada a efetividade da assistência e gestão em saúde. Alguns indícios desses métodos já podem ser observados na atual política de APS do Ministério da Saúde no Brasil (UGÁ, 2012).

2.5.2.1 Alocação de recursos no Brasil e planejamento da RAS

Alguns trabalhos sugerem que, para o sistema de saúde avançar na redistribuição dos serviços e ampliar o acesso, as políticas de alocação de recursos financeiros precisam ser ampliadas e incorporar diferentes critérios, tais como características demográficas, socioeconômicas, epidemiológicas, indicadores de qualidade e a capacidade de autofinanciamento dos municípios. Ugá e Porto (2008) consideram que a forma de distribuição adotada no Brasil não leva em conta as existências de desigualdades nas necessidades populacionais por serviços de saúde.

No Brasil, a demanda crescente por métodos de alocação de recursos de forma sistemática e justa é um elemento essencial no planejamento.

> *Así, en función del concepto de equidad implícito en la igualdad de oportunidades de acceso a los servicios de salud preconizado en la legislación brasileña, la distribución geográfica de recursos financieros necesariamente debería ser efectuada procurándose obtener igualdad de recursos para necesidades iguales.* (PORTO, 2002, p. 954).

Uma série de estudos, com alternativas para o caso brasileiro, tem contribuído e sugerido a inclusão dos indicadores das necessidades de saúde como forma mais equitativa de redistribuição de recursos (PORTO et al., 2001, 2003; PORTO, 2002; NUNES, 2004; DAIN et al., 2006; PORTO et al., 2007).

A comparação entre o uso da metodologia *per capita*[37] e a metodologia que contempla um conjunto das necessidades de saúde evidenciou que todos os estados das regiões Norte e Nordeste receberam menos recursos do que se tivessem adotado os indicadores de necessidades de saúde. Porto et al. (2003, p. 386) sugerem que "para superar a dificuldade de implementar uma política redistributiva a partir da qual alguns estados teriam seus recursos significativamente diminuídos, seria importante iniciar o processo a partir da captação de novos recursos setoriais".

Dain (2007, p. 1863) conclui que a "reivindicação do SUS pelo seu direito ao financiamento suficiente e sustentável nada mais é do que a necessidade de honrar seu compromisso junto à população brasileira, materializando a saúde como direito social e

[37] Nas políticas de saúde, foram introduzidos mecanismos de equalização fiscal específicos para a saúde, baseados em pisos *per capita*, que adotam a base populacional como critério para a garantia de mínimos aos municípios, visando a uma prestação de serviços mais equânime. Contudo, tais mecanismos não rompem a lógica do financiamento pautada pela oferta de serviços, dado que a fixação dos valores previstos para tais pisos necessariamente toma por base alguns procedimentos (ou serviços), da mesma forma distribuídos desigualmente pelo território (DAIN, 2000).

garantindo o acesso e a utilização de serviços". A garantia do direito à saúde e redução das desigualdades requer recurso para custeio e principalmente para os investimentos nos territórios com baixa oferta de infraestrutura em saúde.

A autora destaca ainda que "gasto em saúde não é sinônimo de desperdício de recursos. Assim, os gestores da saúde, em todos os níveis de governo, devem zelar pela qualidade de seu gasto e pela racionalização e redução de seus custos" (DAIN, 2007, p. 1863). Em análise dos critérios alocativos e do padrão de financiamento da APS nos municípios do interior do Amazonas, Dain et al. (2006) concluíram que existe uma necessidade de ajustes nos critérios de alocação frente à realidade da região, que decorre do tratamento homogêneo de condições extremamente diferenciadas. E ainda, acrescenta que não são considerados "[...] os diferenciais de custos de transporte e comunicação, os custos decorrentes da dificuldade e interrupção do acesso, e nem a dificuldade de diluir custos fixos por níveis populacionais reprimidos, na organização do sistema, pelas barreiras naturais ao acesso e a cooperação" (DAIN et al., 2006, p. 1).

O estudo realizado por Rosas, Bezerra e Duarte Neto (2013) se propôs a construir critérios de alocação de recursos financeiros que considerem as necessidades de saúde; para tanto, foram selecionados indicadores epidemiológicos, demográficos, socioeconômicos e educacionais. Os resultados representam um avanço na metodologia de alocação, mas destacam a complexidade que envolve a escolha de variáveis e pressupõem a realização de novos estudos com variáveis diferentes que possam expressar as necessidades de saúde. Sugerem, inclusive, relacionar essas variáveis com dados financeiros para o aprimoramento da metodologia.

Outros autores, como Baldani, Almeida e Antunes (2009), estudaram a relação dos indicadores socioeconômicos e a provisão de serviços odontológicos e de alocação de recursos do Piso de Atenção Básica (PAB) e concluíram que a maior oferta de serviços e recursos de saúde *per capita* no estado do Paraná estava distribuída nos municípios com os piores indicadores socioeconômicos. Observaram ainda uma associação negativa entre os recursos da saúde *per capita* e as condições socioeconômicas. Nos resultados, apontaram limitações do estudo na análise intramunicipal, sobretudo pelas limitações das fontes de dados oficiais do SUS, destacando que a análise transversal não fornece evidências suficientes para afirmar a ocorrência de equidade na oferta e utilização dos serviços. Souza (2003) já mencionava a necessidade de estudos mais aprofundados para analisar as consequências da política de incentivo de expansão da APS e o impacto na equidade para as necessidades regionais.

Associando o debate sobre o planejamento da RAS e a inclusão das necessidades de saúde nos modelos de alocação de recursos, uma novidade para a gestão em saúde é apresentada no Decreto nº 7.508/2011, com a criação dos Mapas de Saúde. No processo de planejamento, o Mapa da Saúde é uma ferramenta que auxilia a identificação das necessidades de saúde da população, nas dimensões referentes às condições de vida e acesso aos serviços e ações de saúde. O Mapa da Saúde tem que orientar o planejamento integrado dos entes federativos, subsidiando a definição de metas de saúde que serão monitoradas pelos gestores e Conselhos de Saúde; realizar o acompanhamento da ampliação do acesso aos serviços de saúde nas diversas regiões; e analisar os resultados produzidos pelo SUS (BRASIL, 2011).

As informações que constituem o Mapa da Saúde devem possibilitar aos gestores do SUS o entendimento de questões estratégicas para o planejamento das ações e serviços de saúde. A elaboração do Mapa da Saúde é parte integrante do processo de planejamento e se inicia com a representação geográfica da situação sanitária, construída a partir de critérios epidemiológicos, demográficos, sociais, de gestão e de estrutura do sistema, na perspectiva da identificação das necessidades de saúde e de análise situacional.

Do ponto de vista do planejamento das ações, o aperfeiçoamento da alocação de serviços e sua integração em rede requerem a territorialização da oferta, de modo a melhor apreender, na base regional, as diferenças de acesso que perpetuam a iniquidade desta política pública, e contribuir para uma solução baseada na equidade do acesso.

A expectativa é que o COAP, como novo instrumento de planejamento e gestão, possibilite o desenvolvimento de políticas que integrem os serviços de saúde, organizando-os sistematicamente para que os diferentes níveis de densidades tecnológicas, estruturas físicas e profissionais de saúde estejam distribuídos no território como facilitadores do acesso à saúde. O COAP, no entanto, poderá apresentar complicações e inviabilidade de ser implantado, pois ignora o problema de gestão regional.

Em resumo, este capítulo trata de forma ampla assuntos que se coadunam e são interdependentes quando nos referimos à gestão pública da saúde. Inicialmente, buscou-se analisar os principais aspectos da teoria federativa e suas inferências na organização do Estado brasileiro, com ênfase após a promulgação da CF/1988, que intensificou a municipalização e estabeleceram arranjos de cooperação e competição entre os três entes federados.

O modelo federativo brasileiro não é impeditivo ao desenvolvimento da cooperação, e a própria política pública tem potencial de influenciar nas regras do jogo e na estrutura

federativa, a partir da organização de grupos que busquem interesses regionais coletivos e defendam ações em comum. Contudo, é preciso que os direitos federativos e a autonomia sejam mantidos. Pretende-se que essa primeira seção sobre o federalismo sirva de base para todos os debates empreendidos nesta tese.

Em seguida, foram abordados os conceitos e princípios e aspectos-chave que influenciam na governança na conjuntura da federação brasileira, partindo do entendimento de que a boa governabilidade está intrinsicamente associada ao equilíbrio de poderes, legitimidade democrática e o apoio da sociedade civil.

Só então, na terceira seção do capítulo, adentramos com o conceito de território que buscou contribuir destacando a importância de práticas de gestão diferenciadas para cada espaço territorial. Conforme definição de Milton Santos, apresentada anteriormente, é o uso do território que faz dele objeto de análise social, a ser realizada na perspectiva histórica das regiões. O autor reforça que esse conceito nos permite ter uma visão unificada dos problemas sociais, políticos e econômicos, não perdendo o sentido entre o individual e o coletivo. A partir desses conceitos, foi possível nos aproximar do objeto de estudo, a região metropolitana, que é um território que engloba os dilemas da federação brasileira de forma bastante acirrada e complexa, os modelos de governança pública e o uso do território.

A quarta seção pretende compreender as RMs a partir do processo de urbanização. Assim, alguns desafios surgiram no decorrer do estudo, como as formas de os gestores organizarem os serviços públicos nos territórios regiões desiguais e heterogêneas; a compreensão do processo de ocupação do espaço metropolitano, que serve de variável indutora e reprodutora das desigualdades sociais e econômicas.

Finalmente, a quinta seção tem como objetivo subsidiar de forma concreta a conformação de redes de saúde integrais no Brasil e sustentar a análise dos próximos capítulos desta tese, na perspectiva da regionalização da saúde no contexto metropolitano. Enfatizaram-se os desafios de integração regional, a fragilidade das cooperações e pactuações entre os gestores, a dinâmica das pessoas no território em busca de acesso à saúde e a baixa resolutividade da APS. Destacou-se, ainda, o planejamento e alocação de recursos que devem ser voltados para as necessidades de saúde da população e considerar as especificidades territoriais como essencial para a garantia do direito à saúde e da redução das iniquidades regionais.

Assim, os próximos capítulos são estruturados em acordo com a matriz de análise apresentada no capítulo 1. Pretende-se analisar de forma teórico-aplicada os aspectos

históricos e institucionais que influenciam nos processos de descentralização e regionalização da saúde, conforme está apresentado a seguir.

3 ASPECTOS POLÍTICOS E INSTITUCIONAIS, NORMATIVOS E ORGANIZACIONAIS DAS REGIÕES METROPOLITANAS E A CONFORMAÇÃO DA RMRJ

Neste capítulo, identificamos os aspectos históricos, políticos e institucionais que permeiam a formação das RMs e mais especificamente da RMRJ. Foram abordados, em conjunto, aspectos normativos e organizacionais da descentralização e regionalização das políticas de saúde. Assim, de maneira mais particularizada, aproveitamos esta análise para debater as questões histórico-concretas da RMRJ e resgatar o debate realizado no capítulo anterior do referencial teórico.

3.1 A formação das regiões metropolitanas no Brasil: aspectos históricos e político-institucionais

As décadas de 70, 80 e 90 do século XX representaram anos paradigmáticos para o Brasil, haja vista a retomada da industrialização e a crise econômica, nos anos 70, o processo de transição política do regime autoritário de base militar para uma alternativa democrática de base civil e a promulgação da Constituição Federal, no final dos anos 80, e a inscrição da hegemonia neoliberal nos anos 90.

Segundo Sallum Jr. (1994), a crise do Estado desenvolvimentista impactou diretamente na crise do regime militar, rompendo ou prejudicando as relações de poder com estados, municípios, Congresso Nacional, movimentos de poder político da população e sucessão presidencial. Nessas três décadas, o que entrou em crise foi a própria relação de poder político e a sociedade, por esta razão o autor afirma que "[...] a transição não pode ser entendida apenas como uma mudança do regime político autoritário, mas também como uma alteração no tipo de Estado a ele associado[38]" (SALLUM, 1994, p. 134).

Mesmo que o propósito deste estudo seja descortinar o momento atual da metropolização no Brasil, faz-se pertinente, até para melhor compreensão da evolução processual deste fenômeno, um retorno histórico aos anos que propulsionaram sua consubstanciação.

[38] Ver Sallum Jr. (1994; 2003). O autor reconstrói o processo de crise do Estado e ressalta os dois aspectos principais da transição política: a democratização política e a liberalização econômica, procurando salientar as transformações da sociedade nacional e da ordem mundial em que se inserem.

Contemporaneamente ao processo de urbanização e para dar conta da formação das aglomerações urbanas, destacando o maior crescimento das grandes cidades em detrimento das cidades intermediárias, na década de 70 foram definidas e institucionalizadas oficialmente, através de lei federal, nove regiões metropolitanas brasileiras: Belém, Fortaleza, Recife, Salvador, Belo Horizonte, Rio de Janeiro, São Paulo, Curitiba e Porto Alegre.

As RMs foram instituídas pelo governo federal em 1973, através da Lei Complementar n.º 14/73 (LC/14/73) e em obediência à Constituição de 1967, em seu art. 157, § 10, cujo texto assim se refere: "[a] União, mediante lei complementar, poderá estabelecer regiões metropolitanas, constituídas por municípios que, independentemente de sua vinculação administrativa, integrem a mesma comunidade socioeconômica, visando à realização de serviços de interesse comum". Ou seja, não só numa perspectiva política, social e econômica, bem como na instrumental e de gestão regional.

Ainda no que tange à legislação sobre RMs, e de interesse para este estudo, a Lei Complementar Federal nº 27, datada de 3 de novembro de 1975, alterou a redação do artigo 2º da LC 14/73, ao estabelecer que o conselho consultivo, ao invés de ter sua representatividade dada pelos municípios integrantes das RMs, se constituiria por um grupo escolhido pelo governador do estado. Da mesma forma, o artigo 2º se refere à formação de um conselho deliberativo, que tem sua composição também dada por elementos escolhidos pelo governador de estado.

A implantação das RMs entre as décadas de 70 até meados dos anos 80 esteve associada ao regime autoritário militar e conduzido por um processo altamente centralizador e burocrático. Nesse processo, os conflitos federativos eram ignorados sem haver qualquer estímulo à cooperação entre municípios, regiões e estados. Contudo, no mesmo período, essas regiões foram estratégicas para os propósitos nacionais de desenvolvimento e crescimento industrial,[39] sendo realizados grandes investimentos de infraestrutura urbana e modernização das produções nas grandes cidades, tal como apresentado no capítulo 2, que tratou do processo de urbanização e metropolização. Vale destacar que as tomadas de decisões sobre essas políticas e investimentos ficavam a critérios do governo federal.

A instituição das RMs condensa um variado conjunto de demandas regionais que se sobrepõe à estrutura e à organização político-administrativa do território. Por conseguinte, trazem questões que "[...] não são apenas de uma escala ampliada, mas também de um escopo

[39] Para maior aprofundamento sobre o período histórico e as tendências corporativistas do ideário de Estado desenvolvimentista, ver Sallum Jr. (1994).

alterado, na medida em que a metrópole é mais que a soma de suas partes" (IPEA, 2011, p. 17).

Somente no final dos anos 80 e início dos anos 90, a responsabilidade frente à organização e gestão dessas regiões passou a ser das esferas estaduais. O objetivo central era que os governos estaduais promovessem e facilitassem o planejamento integrado e a prestação de serviços de interesses metropolitanos. Foi então que, a partir da CF/1988, a atribuição de criar e institucionalizar as RMs passou a ser competência dos governos estaduais.

Segundo o Art. 25 e a §3° da CF/1988: "Os estados poderão, mediante Lei Complementar, instituir regiões metropolitanas, aglomerações urbanas e microrregiões, constituídas por agrupamentos de municípios limítrofes, para integrar a organização, o planejamento e a execução de funções de interesse comum". Desse modo, visando assegurar maior participação social na definição de critérios para instituir as RMs (composição, organização, gestão, funções de interesse comum), a CF/1988 estabelece que estas poderão ser criadas a partir de leis complementares. Por conseguinte, estas têm matéria própria e exigem *quórum* qualificado, de maioria absoluta, para que sejam aprovadas. As leis complementares são elaboradas somente quando previstas na Constituição para regulamentar matéria específica.

Apesar disso, Abrucio, Sano e Sydow (2010, p. 39) apontam que a "[...] mudança constitucional encontrou um ambiente federativo pouco apropriado para o fortalecimento das RMs. Nem municípios nem estados queriam pagar pelos custos da barganha federativa envolvida na maior integração metropolitana". Durante o processo de redemocratização do país, não houve interesse dos atores políticos na realização de um planejamento integrado para dar respostas às urgentes demandas das RMs. São regiões bem mais competitivas que apresentam dificuldades maiores na cooperação, conforme destacado anteriormente no capítulo 2.

> [...] ocorre que os governos [estaduais], de modo geral, não têm tido interesse em atuar nessa esfera [metropolitana]. As Regiões Metropolitanas são mais polarizadas do ponto de vista dos grupos sociais e da disputa política. Em virtude disso, tem havido uma tendência desses governos [estaduais] investirem em áreas do interior, onde costumam obter maior retorno político com investimentos proporcionalmente menores, ausentando-se assim da gestão metropolitana. (DANIEL,[40] 2001, p. 204).[41]

[40] Celso Augusto Daniel, político brasileiro, foi prefeito da cidade paulista de Santo André pelo PT.

[41]Deve-se ressaltar que há enorme concentração de recursos financeiros, administrativos dos governos estaduais nessas regiões, mas geralmente concentrados no núcleo metropolitano e não distribuídos de forma equânime na região. Cabe destacar, ainda, que nas RMs se concentram grande parte da população e do eleitorado estadual; as eleições se disputam fundamentalmente nelas, o que também reforça o caráter competitivo mais acirrado.

O pacto federativo que se estruturou na CF/1988 não abriu espaço para a discussão das políticas direcionadas às RMs, apenas transferiu aos estados a responsabilidade pela criação dessas regiões. Paralelamente à instituição de novas atribuições aos estados e municípios, o movimento de municipalização ocorria a todo vapor. Tal situação dificultou as relações intergovernamentais, especialmente entre os governos estaduais e os municípios. A mesma Constituição que transferiu o poder de instituir RMs aos estados, na prática, anulou a capacidade de intervenção nos municípios e reduziu o papel político e administrativo dos estados.

> A lógica e a dinâmica da metropolização sobrepõem-se à estrutura e a organização político-administrativa de planejamento e gestão do território. A transferência da competência de criação e gestão das metrópoles para o nível estadual de governo, coincidindo com o enfraquecimento desta esfera de poder, leva à criação de diferentes formatos institucionais nas RMs no país. A absoluta falta de meios e recursos necessários para a efetiva implementação das RMs, associada ao fortalecimento relativo dos governos municipais, implicou o esvaziamento da questão metropolitana, em um momento em que o processo socioespacial da metropolização manteve-se concentrado nas RMs federais. (MENDES, p. 88, 2012).[42]

A institucionalidade das RMs é algo recente, ainda permeada por conflitos e incertezas quanto ao grau de cooperação e articulação dos gestores envolvidos. Dada a origem dos problemas nessas regiões, as soluções exigem estratégias cooperativas e mobilização de recursos compartilhados, já que as probabilidades de sucesso são condicionadas pelo processo decisório (Geremia, 2011b). Assim, a gestão das RMs, que é influenciada pelas condições de institucionalização, pelo sistema político e eleitoral e a estrutura tridimensional do federalismo brasileiro, passa a depender "[...] fundamentalmente, da cooperação de entes municipais pouco estimulados ao estabelecimento de soluções cooperativas e pouco habituados a estas práticas" (MENDES, 2012, p. 88).

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 31 de dezembro de 2013, o Brasil tinha inscritas 63 Regiões Metropolitanas distribuídas no território nacional, da seguinte forma: 16 na Região Sul; 27 no Nordeste; 9 no Sudeste; 9 no Norte e 2 no Centro-Oeste. Essas regiões, reunidas, abrigam cerca de 60% da população total do Brasil. Além destas, há três Regiões Integradas de Desenvolvimento Econômico (RIDEs[43]), estabelecidas

---

[42] O sistema político brasileiro tende a fragmentar os interesses e prejudicar todo o tipo de estratégia mais central; mesmo no nível estadual, os investimentos são feitos por emendas parlamentares, de forma fragmentada. O problema não é somente a falta de recursos, mas a interferência do sistema político sobre a organização dos serviços. Para uma análise dos condicionantes políticos das regiões metropolitanas, ver Souza (2003).

[43] Região integrada de desenvolvimento econômico (ou RIDE) são as regiões metropolitanas brasileiras que incluem municípios de mais de uma unidade da federação. Elas são criadas por legislação federal específica, que delimita os municípios que a integram e fixa as competências assumidas pelo colegiado dos mesmos. São elas:

pelo Governo Federal, e 12 metrópoles[44] (consideradas pela REGIC - Regiões de Influência das Cidades / IBGE, 2008) segundo critérios de integração espacial e econômica.

Tabela 3- População das 25 maiores Regiões Metropolitanas brasileiras

Ordem	Região metropolitana (Composição vigente até 30/06/2013)	Estimativa populacional (2014)	% da População total	População total do estado - estimativa 2014	Peso proporcional da população das RMs sobre a população de cada estado
1º	RM de São Paulo	20.935.204	10,32%	44.035.304	47,54%
2º	RM do Rio de Janeiro	12.116.616	5,98%	16.461.173	73,61%
3º	RM de Belo Horizonte	5.783.773	2,85%	20.734.097	27,89%
4º	RM de Porto Alegre	4.181.836	2,06%	11.207.274	37,31%
5º	RIDE Distrito Federal e entorno	4.118.154	2,03%	2.852.372	*
6º	RM de Salvador	3.919.864	1,93%	15.126.371	25,91%
7º	RM de Recife	3.887.261	1,92%	9.277.727	41,90%
8º	RM de Fortaleza	3.818.380	1,88%	8.842.791	43,18%
9º	RM de Curitiba	3.466.981	1,71%	11.081.692	31,29%
10º	RM de Campinas	3.043.217	1,50%	44.035.304	6,91%
11º	RM de Vale do Paraíba e Litoral Norte	2.430.392	1,20%	44.035.304	5,52%
12º	RM de Goiânia	2.384.560	1,18%	6.523.222	36,55%
13º	RM de Belém	2.381.661	1,17%	8.073.924	29,50%
14º	RM de Manaus	2.360.491	1,16%	3.873.743	60,94%
15º	RM da Grande Vitória	1.884.096	0,93%	3.885.049	48,50%
16º	RM da Baixada Santista	1.781.620	0,88%	44.035.304	4,05%
17º	RM de Natal	1.485.505	0,73%	3.408.510	43,58%
18º	RM da Grande São Luís	1.403.111	0,69%	6.850.884	20,48%
19º	Aglomeração Urbana de Piracicaba	1.400.113	0,69%	44.035.304	3,18%
20º	RM do Norte/Nordeste Catarinense	1.324.173	0,65%	6.727.148	19,68%
21º	RM de Maceió	1.293.473	0,64%	3.321.730	38,94%
22º	RM de João Pessoa	1.238.914	0,61%	3.943.885	31,41%
23º	RIDE da Grande Teresina	1.189.260	0,59%	3.194.718	*
24º	RM de Florianópolis	1.111.702	0,55%	6.727.148	16,53%
25º	RM do Vale do Rio Cuiabá	982.258	0,48%	3.224.357	30,46%
Total 25 maiores RM´s**		**89.922.615**	**44,35%**	**192.645.971**	**46,68%**
Total Brasil		**202.768.562**	**100,00%**		

Legenda: 1) RM = Região Metropolitana e RIDE = Região Integrada de Desenvolvimento.
Nota: * Para as RIDES não foi realizado a proporção da população em relação à população do estado, pois estas são conformadas por municípios de mais de um estado.
2) ** O peso proporcional total não considerou as RIDES.
Fonte: IBGE, 2010.

Região Administrativa Integrada de Desenvolvimento do Polo Petrolina-PE e Juazeiro-BA; RIDE da Grande Teresina; RIDE do Distrito Federal e Entorno.

[44] Uma Grande Metrópole Nacional – São Paulo; duas Metrópoles Nacionais – Rio de Janeiro e Brasília; e nove Metropolitanos Regionais – Belo Horizonte, Porto Alegre, Curitiba, Fortaleza, Salvador, Recife, Belém, Manaus e Goiânia.

A tabela 3 apresenta as 25 RMs mais populosas, que somam 89,9 milhões de habitantes, representando 44,4% da população total do país.

Ribeiro (2003) chama a atenção para que não se façam comparações com regiões que não podem ser comparadas entre si. Por exemplo, o grau de conurbação entre as RMs são bastante diversificados: ao mesmo tempo em que a cidade de São Paulo apresenta densidade demográfica de 7.387,69 habitantes por quilômetro quadrado (hab/km^2), a cidade de Chapecó em Santa Catarina, apresenta 292,8 hab/km^2 (IBGE-Censo, 2010).

Quando se observam os dados relativos às populações das 25 maiores RMs, constata-se que o Estado do Rio de Janeiro, com 73,61%, apresenta o maior peso populacional se comparado com todos os demais estados; em seguida, podemos citar a RM de Manaus, com 60,94% (tabela 3). A RMRJ é a segunda maior do Brasil e uma das 15 maiores do mundo (KUSCHNIR, 2009).

> [...] no dia em que todo ou maior parte do território nacional for classificado como "metropolitano", essa categoria perderá a razão de ser e os grupos (ou regiões) de maior poder colocarão em campo o seu capital econômico, político, intelectual e cultural em favor de uma nova divisão, de uma nova forma de distinção. (SOARES, 2013, p. 28).

O que leva, então, ao rápido aumento da quantidade de RMs? A resposta a essa questão pode estar vinculada a diversos fatores, tais como: o objetivo de desenvolvimento regional visando a maior economia de escala; a adesão dos governos estaduais frente às políticas federais retomadas em prol dessas regiões, na busca por mais incentivos fiscais; a dificuldade de capacidade de gestão de determinados conjuntos de municípios que apresentam interesses em comum já definidos; a possibilidade de o estado ter papel mais efetivo na coordenação regional; além de acordos e interesses políticos e eleitorais.

As principais ações federais que podem ter incentivado essas práticas estão relacionadas às políticas urbanas, especialmente nos setores de habitação, transportes e o Programa de Aceleração do Crescimento (PAC), implantados nos últimos 12 anos, a partir do governo Lula. A necessidade de pactuação e cooperação fizeram com que o governo federal articulasse ações entre as capitais (cidades núcleo), demais municípios metropolitanos e governo estadual.

Ao longo dos anos, a institucionalização das RMs oficiais sofreu constantes alterações, tanto na inclusão quanto na exclusão de municípios, e principalmente na criação de novas RMs. Essa rápida proliferação, com diferentes formatos institucionais e sem objetivos comuns consistentes, resultou na falta de identidade regional e no enfraquecimento político e

administrativo desses territórios. A gestão metropolitana, para Souza (2003, p. 153), não faz parte da "agenda dos políticos eleitos, dos cidadãos, dos grupos de interesse e nem mesmo da maior parte da burocracia, ficando restrita ao universo acadêmico e a alguns técnicos e planejadores urbanos".

A nítida convergência entre a autonomia municipal, o sistema político e eleitoral e a necessária articulação com outros níveis de governo representam os principais dilemas de cooperação na gestão dos territórios metropolitanos. Todavia, conforme aprofundado no capítulo anterior, os problemas e interesses desses territórios insistem em demandar ações conjuntas entre os municípios e destes com o governo estadual.

As RMs representam um recorte territorial fundamental para o exercício de políticas públicas que atendam às demandas e aos interesses comuns da população dessas regiões. Estas, por sua vez, dependem do estímulo à cooperação entre os municípios e principalmente da criação de identidades regionais nos territórios metropolitanos. Tendo em vista a possibilidade de articulação intergovernamental em prol da melhoria das condições nas RMs, esse recorte territorial se torna indispensável. Neste ínterim, inevitavelmente, duas situações sobre a institucionalização e gestão das RMs permanecem para reflexão. A primeira é a tentativa de compreender por que as RMs perderam espaço na agenda política governamental. A segunda é pensar estratégias para estimular a cooperação entre os entes federados.

3.2 Agenda metropolitana e experiências de cooperação

A multiplicação das pesquisas sobre a organização dos territórios regionais indica a retomada do debate do planejamento, da gestão das metrópoles e das regiões metropolitanas. A emergência de uma agenda metropolitana e o reconhecimento das diversidades desses territórios, atrelados ao apoio dos órgãos de fomento, organismos e agências de cooperação técnica nacional e internacional, ampliaram os estudos com intuito de compreender melhor os diversos modelos e arranjos institucionais da gestão metropolitana (OCDE, 2001; ROJAS et al., 2008).

A temática metropolitana foi praticamente abandonada no período que vai do governo José Sarney (PMDB) ao final do segundo mandato do governo Fernando Henrique Cardoso (PSDB), período em que o tema dominante e praticamente único foi o ajuste das contas públicas. O tema foi resgatado no primeiro governo do presidente Luiz Inácio Lula da Silva (Partido dos Trabalhadores - PT), com uma série de estudos diagnósticos sobre a questão

metropolitana, realizados com o objetivo claro de reforçar e ampliar o debate com demais entes federativos (BRASIL, 2004, 2005).

Em 2004, foram retomadas as discussões pelo Congresso Nacional em torno do Projeto de Lei nº 3.460/2004, conhecido como Estatuto das Metrópoles,[45] que visou suprir a inexistência de arcabouço institucional para as RMs. Foi proposta, nesse momento, a conceituação e regulamentação das unidades regionais urbanas, a partir da organização e ação dos entes federados nos territórios em que funções públicas de interesse comum devam ser compartilhadas; previu competência da União na elaboração de estudos para definição de RMs a partir de critérios simples, tais como: contiguidade, demografia e empregos nos setores secundário e terciário, e ainda a criação de fundo nacional de planejamento para as metrópoles, para que a União desse suporte às RMs e promovesse um sistema de governança estruturado.

No entanto, esse estatuto foi fortemente criticado pelos pesquisadores e formuladores de políticas metropolitanas, pela carência de definições precisas. Entre os problemas apontados, podem-se citar: a) a conceituação sobre a dimensão regional urbana restrita às funções de interesse comum, que deveriam sustentar uma série de relações regionais, dimensões da vida cotidiana e o próprio uso do território; b) a fragilidade dos critérios de definição de RMs e das funções de cada ente federado, especialmente frente ao planejamento, não definiu em qual escala será realizado; e c) falta de definição de fontes de recursos financeiros para assegurar o desenvolvimento das regiões.

Em contrapartida, cabe também destacar o apoio do governo federal e o esforço das universidades na organização do Observatório das Metrópoles e do Centro de Estudos da Metrópole (CEM) para o estudo e desenvolvimento de pesquisas nas principais cidades metropolitanas.[46] O tema metropolitano, após décadas de abandono, vem sendo resgatado para além dos estudos de planejamento urbano e regional, e é inegável a interdependência para as análises multidisciplinares da academia.

---

[45] O projeto original, de autoria do deputado Walter Feldman, na época, vinculado ao Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB), foi apresentado em 05/05/2004. Comissões especiais foram formadas, tendo em vista as seguintes competências: Meio Ambiente e Desenvolvimento Sustentável; Desenvolvimento Econômico, Indústria e Comércio; Desenvolvimento Urbano; Finanças e Tributação e Constituição e Justiça e de Cidadania.

[46] O Observatório das Metrópoles é constituído por um grupo que articula 59 instituições dos campos universitário (programas de pós-graduação), governamental (fundações estaduais e prefeitura) e não governamental, sob a coordenação geral do Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano e Regional da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPPUR). As instituições reunidas hoje no Observatório das Metrópoles vêm trabalhando de maneira sistemática sobre 14 metrópoles e uma aglomeração urbana: Rio de Janeiro, São Paulo, Porto Alegre, Belo Horizonte, Curitiba, Goiânia, Recife, Salvador, Natal, Fortaleza, Belém, Santos, Vitória, Brasília e a aglomeração urbana de Maringá.

Nesse ambiente favorável, e com o apoio da Confederação Nacional dos Municípios (CFNM), em 2005 foi aprovada a Lei n°11.107/2005, dispondo as normas para a contratação de consórcios públicos em prol do fortalecimento dos arranjos intermunicipais. Mesmo com esse avanço a favor do pacto federativo, ainda não existe uma política nacional para as RMs com incentivos institucionais, financeiros e organizacionais que visem a estratégias de redução da fragmentação e desarticulação desses territórios.

Foi dado poder aos governos estaduais de instituir as RMs, mas não se criaram mecanismos para que os governos tratassem de problemas comuns dessas regiões – funções definidas através de LC, conforme determina a CF/1988. Para Ribeiro (2004), isso se ocorre porque as metrópoles brasileiras "são ao mesmo tempo uma escala fundamental na questão social brasileira e órfãs do interesse político", e apesar de todas as especificidades dessas regiões, elas não se constituem para o desenvolvimento de políticas específicas.

Nas RMs, as três esferas de governo têm papel importante na organização da rede de serviços de saúde, assim como o setor privado, as empresas prestadoras de serviços públicos, as organizações não governamentais voltadas para as mais variadas demandas e prestações de serviços, e diversos segmentos da sociedade civil. As funções dos governos nessas regiões demandam maior cooperação entre os entes e esforço de coesão entre os interesses em comum.

Em 12 de janeiro de 2015, foi sancionada pela presidente Dilma Rousseff (PT), a Lei n° 13.089, instituindo o Estatuto da Metrópole, que em seu Art. 1° define que essa lei estabelecerá:

> [...] diretrizes gerais para o planejamento, a gestão e a execução das funções públicas de interesse comum em regiões metropolitanas e em aglomerações urbanas instituídas pelos Estados, normas gerais sobre o plano de desenvolvimento urbano integrado e outros instrumentos de governança interfederativa, e critérios para o apoio da União a ações que envolvam governança interfederativa no campo do desenvolvimento urbano [...].

Ou seja, as ações propostas no plano de desenvolvimento urbano são divididas entre os entes da federação. A presidente vetou trechos importantes do projeto que criavam e normatizavam o Fundo Nacional de Desenvolvimento Urbano Integrado. Com a justificativa, por meio da Mensagem de Veto nº 13, de 12 de janeiro de 2015, de que poderia vincular a gestão orçamentária a finalidades específicas, em detrimento da dinâmica intemporal e não garantir a eficiência do uso dos recursos. Além disso, o governo federal propôs que o apoio financeiro fosse realizado através de dotações orçamentárias.

As RMs, comumente, são territórios de grande importância econômica para o país, e por causa, dentre outras, de seu crescimento econômico, caracterizam-se pelos mais graves problemas de ordem social. Desta forma, a implantação de políticas públicas torna-se um grande desafio para os gestores municipais e estaduais, especialmente sob a lógica do financiamento, pois destacam obstáculos institucionais e fiscais que dificultam a cooperação entre os entes federados (GARSON, 2009; 2010). Esses aspectos foram apresentados em capítulo anterior desta tese e reforçam a problemática entre cooperação e competição entre os governos.

É importante destacar que os municípios que compõe as RMs têm forte articulação econômica, fluxos de relações intermunicipais e complementaridade funcional, e que a capacidade de produção de bens e serviços do país se concentra fortemente nessas regiões. Segundo Garson (2007, p. 61-62):

> [...] uma região metropolitana é formada por municípios que têm diferentes portes e podem ser diferentemente afetados por um mesmo problema. Por isso, eles atribuem importância diferenciada a sua resolução, ponderando o ônus que preveem arcar pela ação cooperada *vis-à-vis* a situação fiscal.

Inspirada em arranjos cooperativos, vale ressaltar a grande contribuição da experiência de consorciamento intermunicipal e multissetorial iniciado no Grande ABC, no estado de São Paulo. Trata-se de uma RM que conta com 39 municípios, cujo potencial econômico é altamente significativo e somando-se a isso, há a complexidade das negociações em torno de objetivos comuns para territórios complexos. Todavia, participam desse arranjo cooperativo – Grande ABC – sete municípios (Santo André, São Bernardo do Campo, São Caetano do Sul, Diadema, Mauá, Ribeirão Pires e Rio Grande da Serra).

A participação da sociedade civil, através do Fórum da Cidadania, criou uma identidade regional e a elaboração do planejamento estratégico para a região, colocando em prática uma série de ações que captam diversos investimentos econômicos. O Grande ABC é marcado historicamente por ser o primeiro centro da indústria automobilística brasileira e, por isso, é reconhecido também por ser o berço do movimento sindical contemporâneo no Brasil.

Outra experiência, mais recente e também com potencial de ser replicada em outros RMs, inclusive para a área da saúde, é a da Região Metropolitana de Belo Horizonte (RMBH). Derivada das Leis Estaduais Complementares nºs 88 e 89/2006, foram estabelecidos dois instrumentos de planejamento e gestão governamentais que podem auxiliar no estímulo à cooperação entre os entes, em busca de maior desenvolvimento regional: o Plano Diretor de Desenvolvimento Integrado (PDDI) e o Fundo de Desenvolvimento

Metropolitano (FDM). Com a criação da Agência de Desenvolvimento Metropolitano, também chamada de “superprefeitura”, o governo de Minas Gerais aponta que está sendo possível planejar algumas ações integradas neste território.

A proposta de reestruturação da RMBH tem como intuito utilizar estratégias de descentralização do emprego, do comércio e dos serviços públicos e privados, reduzindo a dependência em relação ao núcleo central de Belo Horizonte, e criando oportunidades de desenvolvimento para áreas periféricas (MINAS GERAIS, 2014).

A terceira grande experiência de consórcio a ser destacada é o maior consórcio público de transportes do país, realizado na Região Metropolitana do Recife. Esse consórcio, segundo Klink (2008), considera tanto os municípios como o estado como sócios, com cotas diferenciadas para cada ente governamental. Espera-se integrar todas as linhas e tarifas, além de construir e reformar os terminais, ampliando e melhorando o serviço de transporte público metropolitano.

Para o Instituto Brasileiro de Administração Municipal (IBAM, 1992, p. 129), consórcio intermunicipal pode ser definido como: “[...] uma cooperação (pacto) entre dois ou mais municípios que se comprometam a executar, em conjunto, um determinado empreendimento. Trata-se de uma modalidade de acordo firmada entre entidades de mesma natureza”.

As experiências citadas acima são exemplos de avanços nos consorciamentos, que nos auxiliam a pensar os caminhos que podem ser traçados ou estratégias de cooperação entre os entes federados. O que se propõe é uma reflexão, não necessariamente através de consorciamentos, mas de arranjos e estratégias que estimulem a cooperação e compromisso das lideranças, e não a competição entre eles, de forma a garantir as autonomias e ampliar a capacidade de governança pública.

Reforçamos a necessária formação de identidades regionais que potencializem a governança metropolitana em busca de melhorias na implementação de políticas públicas. Projetos desenvolvidos isoladamente por municípios e desconectados de uma política estratégica regional tendem a desencadear maior competitividade e acirramento de relações predatórias entre os municípios e a região, agravando ainda mais a fragmentação dos territórios (KLINK, 2010).

E ainda, de acordo com Abrucio, Sano e Sydow (2010, p. 44), “[...] o pequeno número de casos com instituições federativas capazes de articular os pactuantes em termos decisórios e a ausência de fontes financeiras estáveis ainda criam importantes obstáculos à governança metropolitana no Brasil”. As estruturas de governança demandam o rompimento dos

obstáculos à cooperação das instituições, através da inclusão de instrumentos e normas para o desenvolvimento de ações coletivas; estratégias de inclusão dos municípios; organização da estrutura fiscal e técnica igualmente distribuída; compromissos de médio e longo prazo estabelecidos aquém das rupturas político-partidárias e o apoio do governo federal na cooperação entre os municípios metropolitanos em busca de benefícios comuns à região.

De toda forma, a tendência aos consórcios tem fortalecido os arranjos políticos e institucionais, mas os desafios à cooperação e redução da competitividade ainda são fortes. Abrucio, Sano e Sydow (2010) sinalizam que as razões entre cooperação e não cooperação, assim como os limites do associativismo, precisam ser mais bem compreendidos. Os autores destacam ainda que, para as áreas metropolitanas, existem especificidades que tornam a cooperação ainda mais difícil que em outros territórios. Todavia, conforme analisado anteriormente, o rápido crescimento das RMs e suas formas de associativismo tem apresentado grandes avanços na cooperação federativa.

3.3 Aspectos históricos e político-institucionais de conformação da RMRJ

Antes de iniciar o debate desta seção, é primordial ressaltar que algumas lacunas temporais são evidenciadas. O intuito foi elaborar uma breve análise do processo de formação histórica da RMRJ para compreendermos a organização das instituições e dos atores regionais.

Após a promulgação da Lei Complementar nº 20, em 1974, assinada pelo presidente Ernesto Geisel, fundiram-se os estados da Guanabara e do Rio de Janeiro, em 15 de março de 1975. A fusão, durante o período de regime militar, foi extremamente autoritária e motivada para neutralizar a força oposicionista do Movimento Democrático Brasileiro (MDB) no Estado da Guanabara, e até hoje não é bem aceita pelo sistema político e parte da população carioca e fluminense.[47] A justificativa para essa fusão foi que o Estado da Guanabara, um polo rico em recursos financeiros e naturais, juntamente com o Estado do Rio de Janeiro, que contava com a Baixada Fluminense, região mais pobre e com pouca infraestrutura, poderia impulsionar o desenvolvimento regional. Por isso, a fusão era necessária e se tornou estratégica para a União.

[47] As dificuldades de cooperação entre os governos nessa região também se justificam pelo processo histórico que foi vivenciado pelos partidos políticos e a sociedade, sendo consequência da fusão de dois estados distintos e um marco das relações intergovernamentais. Para maior aprofundamento sobre o processo histórico de formação da RMRJ e a organização dos serviços de saúde da fusão, sugere-se a leitura de Parada (2001).

> A Baixada Fluminense foi a grande beneficiada pela fusão. Antes era terra de ninguém, não existia. Era terra de Tenório Cavalcanti, em Duque de Caxias e Getúlio de Moura, em Nova Iguaçu. Era uma população que vivia em torno do Rio (município) e que o Estado do Rio não assumia. (NORONHA; LEVCOVITZ, 1994 apud PARADA, 2001, p. 31).

A RMRJ, região "sem dono", é então reconhecida, "cria as condições político-institucionais para a realização dos investimentos e do crescimento dessa área de grande densidade populacional" (PARADA, 2001, p. 31). A RMRJ foi criada pelo governo federal através da Lei Complementar nº 20, de 01/07/1974, simultaneamente à fusão do Estado da Guanabara, e juntamente criou o fundo contábil para o desenvolvimento da RMRJ, destinado a financiar os programas e projetos prioritários para a região. Cabe destacar que tal proposta de fundo contábil vigorou apenas enquanto o governo federal financiava a gestão metropolitana.

O órgão de gestão metropolitana que tinha a finalidade de planejar e integrar o território metropolitano inclusive sobre as questões financeiras, era a Fundação para o Desenvolvimento da Região Metropolitana (FUNDREM), criada em 1975 e extinta em 1989. Nesse intervalo de tempo, foram elaborados pela FUNDREM os planos diretores de alguns municípios, mas em termos regionais, os recursos foram cada vez mais reduzidos.

Foi somente a partir da CF/1988 que foi transferido aos governos estaduais o poder de instituir as RMs. A Constituição do Estado do Rio de Janeiro, publicada em 1989, definiu no Capítulo III - Das regiões metropolitanas, aglomerações urbanas e microrregiões, em seu Art. 75:

> § 1º - Os Municípios que integrem agrupamentos não perdem a autonomia política, financeira e administrativa.
> § 2º - As regiões metropolitanas, as microrregiões e as aglomerações urbanas disporão de um órgão executivo e de um Conselho Deliberativo compostos na forma da lei complementar que incluirá representantes dos poderes Executivo e Legislativo, de entidades comunitárias e da sociedade civil.
> § 3º - O Estado e os Municípios estabelecerão mecanismos de cooperação de recursos para assegurar a realização das funções públicas e serviços de interesse comum das regiões, microrregiões e aglomerações urbanas.
> § 4º - Os Municípios que suportarem os maiores ônus decorrentes de funções públicas de interesse comum terão direito a compensação financeira a ser definida em lei complementar.

Alguns aspectos importantes precisam ser destacados nesse processo de transição: 1) ausência de interesse do estado na governança metropolitana; 2) falta de definição dos interesses comuns, 3) fragmentação e pouca integração entre as políticas urbanas e intersetoriais; 4) a não existência de recursos e fundos para a gestão metropolitana; e 5)

emancipação de novos municípios com pouca ou nenhuma estrutura técnica, política e financeira.

Em análise da Constituição do Estado do Rio de Janeiro, ficou definido que a inclusão ou não dos municípios na RMRJ estaria condicionada a aprovação das Câmaras Municipais[48]. Ou seja, mesmo com a autorização da CF/1988 para que os estados instituam as RMs, o estado do Rio de Janeiro optou por dividir essa função com os municípios. Tal medida pode gerar problemas para o gestor estadual, pois, na prática, o estado condiciona a criação da RMRJ à aprovação dos municípios, transferindo mais poderes e se ausentando do papel de governança regional. Assim, nos questionamos: qual é a lógica da gestão metropolitana no estado do Rio de Janeiro? Abrangência total ou fragmentada das funções públicas?

No que diz respeito às funções públicas de interesse comum, apenas dois serviços metropolitanos são citados na Constituição Estadual do Rio de Janeiro de 1989. O primeiro, em relação aos serviços públicos de transporte, e o segundo relacionado ao ensino superior público gratuito que na RMRJ, que deve ser feito, de forma obrigatória e preferencial, através da UERJ. Ademais, nenhum outro interesse ou prioridade são mencionados (OBSERVATÓRIO DAS METRÓPOLES, 2009).

O Art. 76 da mesma Constituição define que "é facultada aos municípios, mediante aprovação das respectivas Câmaras Municipais, a formação de consórcios intermunicipais, para o atendimento de problemas específicos dos consorciados no período de tempo por eles determinado". Novamente se observa a ausência do papel do estado na conformação e consolidação de estratégias e políticas integradas para a RMRJ. Todavia, os próprios municípios também demoraram muito tempo para ter iniciativas próprias na criação de ações e consórcios cooperativos.

A fragmentação das políticas de forma setorializadas e da falta de recursos e fundos financeiros para a gestão metropolitana pode ser apresentada a partir da Lei Complementar Estadual nº 87/1997, que dispõe que os recursos necessários ao desenvolvimento de programas e projetos relativos à RMRJ deverão ser destinados pelos órgãos setoriais estaduais e dos municípios, observado o previsto no Plano Diretor Metropolitano, que não existe.

[48] Esta ação foi decretada inconstitucional por ação direta de inconstitucionalidade definida pelo Supremo Tribunal Federal em 2002, o entendimento é que Lei Complementar só pode ser elaborada pela Assembléia Legislativa.

> A maior parte dos municípios enfrenta seus problemas individualmente, negociando, quando necessário de forma isolada com o governo do estado, ou com o governo federal. Esta é, talvez, uma especificidade da Região Metropolitana do Rio de Janeiro. (OBSERVATÓRIO DAS METRÓPOLES, 2009, p. 48).[49]

Na composição original da RMRJ totalizavam 14 municípios (Duque de Caxias, Itaboraí, Itaguaí, Magé, Mangaratiba, Maricá, Nilópolis, Niterói, Nova Iguaçu, Paracambi, Petrópolis, Rio de Janeiro, São Gonçalo e São João de Meriti). Ao longo dos anos, seus limites sofreram muitas modificações na estrutura política e administrativa, principalmente com a emancipação de novos municípios. A partir da década de 90, foram emancipados os distritos de Belford Roxo, Guapimirim, Queimados, Japeri, Tanguá, Seropédica e Mesquita.

Em sua formação político-administrativa, até dezembro de 2013 a RMRJ[50] era composta por 19 municípios, que conforme disposto na Lei Complementar nº 133, de 15 de dezembro de 2009, eram: municípios do Rio de Janeiro, Belford Roxo, Duque de Caxias, Guapimirim, Itaboraí, Japeri, Magé, Maricá, Mesquita, Nilópolis, Niterói, Nova Iguaçu, Paracambi, Queimados, São Gonçalo, São João de Meriti, Seropédica, Tanguá e Itaguaí. A partir da Lei Complementar nº 158, de 26 de dezembro de 2013,[51] mais dois municípios foram incorporados na RMRJ: Rio Bonito e Cachoeiras de Macacu, totalizando 21.

A partir da conformação da RMRJ surgiu uma nova questão: como se estabelecem as relações federativas entre os atores metropolitanos? O relatório de pesquisas do Observatório das Metrópoles (2009) sinalizou que, na RMRJ

> [...] não existe nenhuma instância específica de gestão metropolitana; predominam os projetos setoriais de caráter metropolitano, com forte presença do Estado - ou seja, com baixíssima participação dos municípios (exemplos: projeto de despoluição da Guanabara; instalação de uma nova unidade da Petrobrás, etc.).

Em outras escalas, algumas iniciativas de cooperação entre os municípios metropolitanos, e também com municípios não metropolitanos, foram criadas na busca de soluções para problemas da RMRJ, como por exemplo: Consórcio Intermunicipal de Desenvolvimento do Leste Fluminense (CONLESTE); Consórcio Intermunicipal de Saúde da

---

[49] Mesmo diante do patente desinteresse do governo do estado em rearticular a gestão metropolitana no Rio de Janeiro, a escala metropolitana permanece no planejamento de diferentes órgãos setoriais do governo estadual. No setor de saneamento, o abastecimento de água e o esgotamento sanitário se organizam a partir de sistemas metropolitanos. Existem para estes dois setores: Planos Diretores Metropolitanos, elaborados pela CEDAE; e programas que incidem sobre a quase totalidade dos municípios, como o Programa de Despoluição da Baía de Guanabara, iniciado efetivamente em 1996 e ainda em andamento.

[50] Para a área da saúde, outra conformação é considerada, abrangendo 19 municípios, a qual será objeto desta pesquisa e tratada adiante.

[51] O interesse em participar da Região Metropolitana é estar mais facilmente ligado à chamada Área de Influência Direta (AID) do COMPERJ.

Baixada Fluminense (CISBAF);[52] Associação de Prefeitos da Baixada Fluminense;[53] Programa de Despoluição da Baía de Guanabara (PDBG); Programa Lixão Zero (iniciativa quanto ao destino final do lixo, em função do esgotamento do aterro sanitário de Jardim Gramacho). Além de alguns órgãos, conselhos e agências setoriais que se destacam: Fórum Complexo Petroquímico do Rio de Janeiro (COMPERJ); Agência Metropolitana de Transportes Urbanos do Estado do Rio de Janeiro (AMTU); e Comitês de Bacias Hidrográficas (Contribuintes às Baías de Guanabara e de Sepetiba).

Apesar das iniciativas de cooperação intermunicipal que já estão sendo realizadas, a desarticulação entre as os planos e ações para a execução de políticas públicas regionais apresentadas nos últimos 26 anos na RMRJ comprometem as práticas de boa governança metropolitana. O comprometimento e estímulo de adesão entre os atores governamentais talvez sejam carentes de uma participação mais ativa do governo estadual e de uma possível flexibilização dos recortes territoriais que compõe a RMRJ, visando ao atendimento dos interesses comuns a partir das características territoriais.

Em 2008, foi promulgada a Lei Estadual nº 5.192, de 15 de janeiro, que determinava a elaboração do Plano Diretor Decenal Metropolitano do Estado do Rio de Janeiro, a ser elaborado por instâncias competentes do Poder Executivo estadual. Até o ano de 2013 o Executivo não tinha colocado em prática a elaboração do plano, mas caminhando na direção da governança metropolitana, o governo estadual instituiu – por meio do Decreto nº 42.832, de 31 de janeiro de 2011 – o Comitê Executivo de Estratégias Metropolitanas, vinculado à Secretaria Estadual de Obras (SEO).

O Comitê de Estratégias Metropolitanas tem como foco central a proposição de políticas estratégicas para a RMRJ, além de promover maior integração e articulação frente aos diversos interesses comuns da região. É válido destacar que tal iniciativa e retomada do diálogo metropolitano conta com o apoio do Banco Mundial, que busca respostas frente aos desafios de governança metropolitana. Nos últimos anos, várias reuniões, oficinas e seminários têm sido realizados na perspectiva de desenvolver programas e ações em conjunto com os municípios.

Em abril de 2013, foi debatido o termo de referência para posterior contratação de consultoria especializada na elaboração do Plano Diretor Metropolitano. Entre as funções públicas de interesse comum prioritárias propostas para a RMRJ estão: saneamento socioambiental, transporte, uso e ocupação do solo e outras que podem ser incluídas –

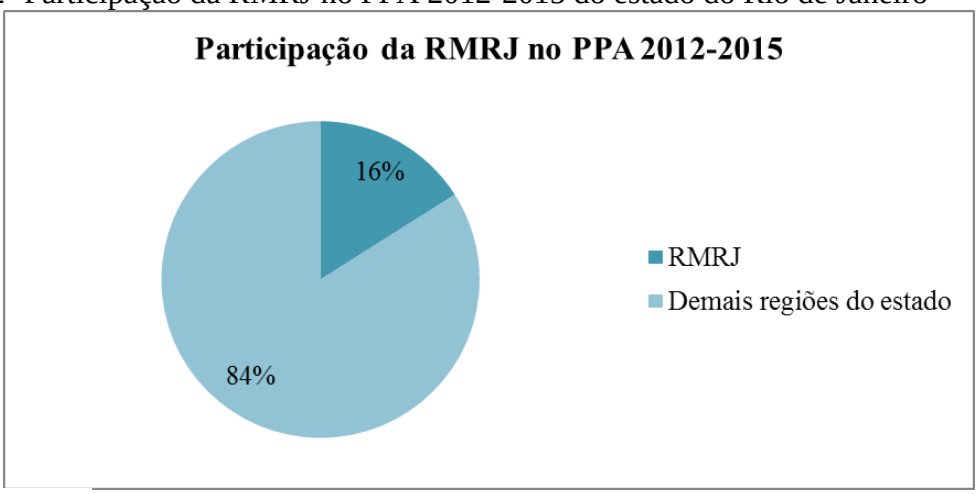
[52] Projeto financiado pelo Ministério da Saúde, através de convênio com a UERJ.
[53] Instância que tem como principal característica a pressão política.

cartografia e SIG, economia e finanças, emprego e renda, política de atendimento social, atendimento regional à saúde, segurança pública e assistência técnica aos municípios (IPEA, 2013).

Apesar das recentes iniciativas, muitos desafios precisam ser superados para a boa governança e adesão dos municípios às ações metropolitanas. Em análise da PPA do governo do estado do Rio de Janeiro, realizada pelo IPEA (2013), são apresentados nos gráficos 2 e 3 os baixos percentuais relacionados à participação da RMRJ na elaboração da PPA estadual e a falta de maior comprometimento da região com as ações propostas.

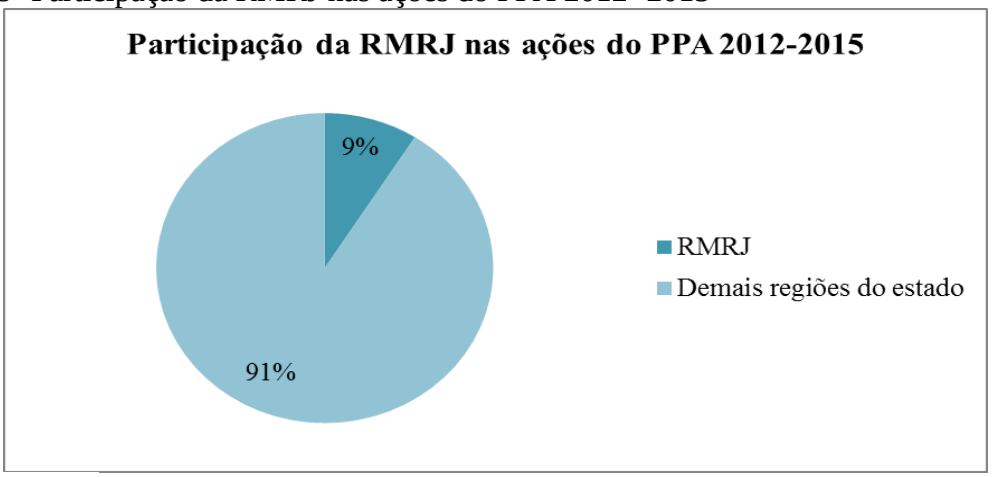
Além disso, são apresentados também os percentuais de participação dos órgãos estaduais nas políticas metropolitanas, conforme se observa no gráfico 4.

Gráfico 2- Participação da RMRJ no PPA 2012-2015 do estado do Rio de Janeiro



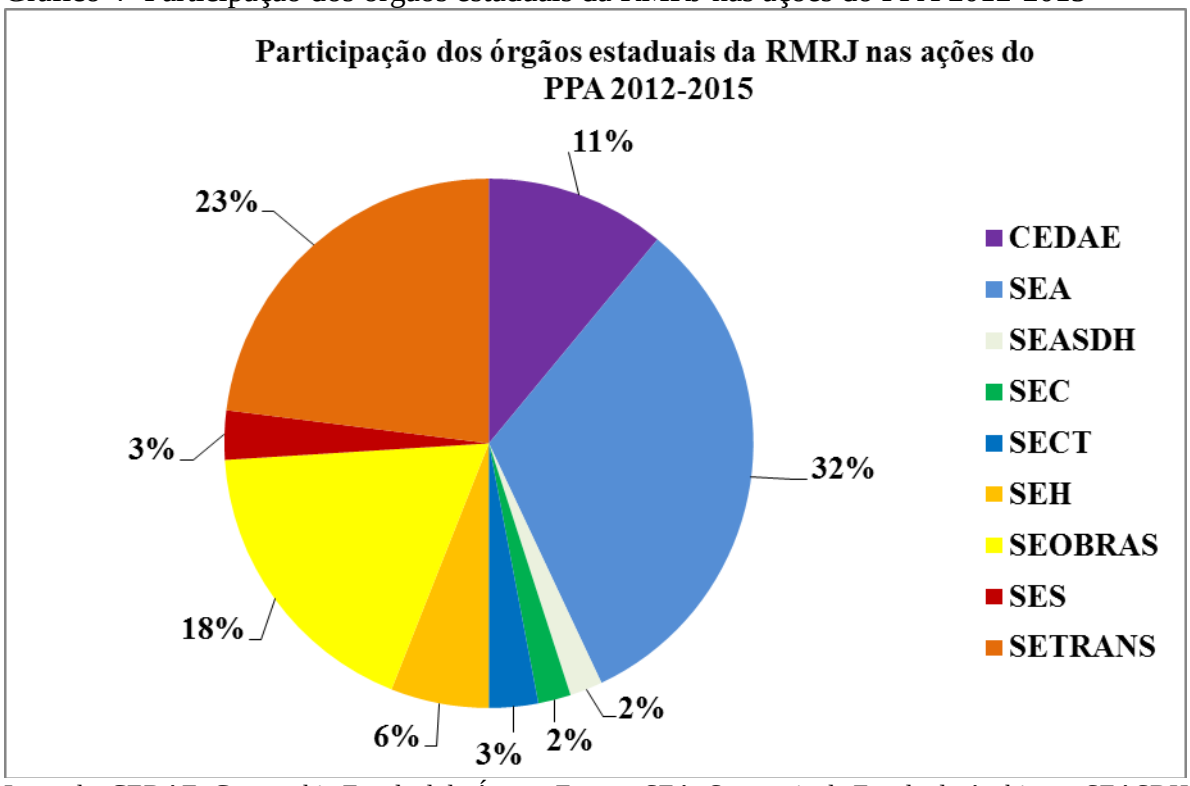
Fonte: IPEA, 2013.

Gráfico 3- Participação da RMRJ nas ações do PPA 2012- 2015



Fonte: IPEA, 2013.

Gráfico 4- Participação dos órgãos estaduais da RMRJ nas ações do PPA 2012-2015



Legenda: CEDAE: Companhia Estadual de Água e Esgoto; SEA: Secretaria de Estado do Ambiente; SEASDH: Secretaria de Estado, Assistência Social e Direitos Humanos; SEC: Secretaria de Estado de Cultura; SECT: Secretaria de Estado de Ciência e Tecnologia; SEH: Secretaria de Estado de Habitação; SEOBRAS: Secretaria de Estado de Obras; SES: Secretaria de Estado de Saúde; SETRANS: Secretaria de Estado de Transportes.

Fonte: IPEA, 2013.

Os órgãos com maior participação em ações na RMRJ estão vinculados a políticas ambientais (32%); mobilidade urbana (23%); infraestrutura e urbanização (18%) e água e esgoto (11%). Outros órgãos são apresentados no gráfico 4 com percentuais de participação bastante reduzidos, reafirmando a fragmentação entre as políticas públicas regionais.[54]

O processo de conformação da RMRJ, desde sua criação até os dias mais recentes, tem apontado à importância de um órgão institucionalizado que atue nas seguintes frentes: integração entre as políticas públicas; estímulo à cooperação intergovernamental; ações e programas compartilhados com os interesses da sociedade civil e da iniciativa privada; estabelecimento de instrumentos de planejamento, gestão e governança comuns (exemplo:

[54] "Sem plano, os governos buscam ideias vencidas. Sem recursos, idealizam inapropriadas soluções. O projeto do território é função de Estado. Fazer PPPs setoriais, sem plano articulador, é desconhecer que o uso do solo, a mobilidade, o saneamento e os serviços públicos são ovos da mesma cesta. É preciso cuidado entre eles" (MAGALHÃES, 2015, s/n). Na realidade, mesmo com 23% de ações em mobilidade urbana, praticamente nada foi feito em termos de planejamento e reorganização do transporte público na RMRJ.

Plano Diretor da RMRJ); organização ou criação de um órgão para tratar dos recursos e fundos metropolitanos, talvez dentro do próprio Comitê Estratégico.

Tendo em vista os grandes investimentos na metrópole do Rio de Janeiro previstos principalmente até as Olimpíadas em 2016, é urgente definir diretrizes regionais metropolitanas. Atualmente, começa a haver consensos em torno da necessidade do olhar metropolitano. Em entrevista à rádio Central Brasileira de Notícias (CBN), [55] no dia 27 de outubro de 2014, após a reeleição, o governador Luiz Fernando Pezão (PMDB) destaca o interesse em criar uma secretaria ou fundação para dar agilidade na implementação de políticas públicas para a RMRJ. Segundo ele, não adianta resolver problemas da cidade do Rio de Janeiro e não resolver de regiões como: Niterói, São Gonçalo, Caxias, de Belford Roxo e São João de Meriti. Em relação às ações prioritárias citadas pelo governador são destacadas: o saneamento básico, mobilidade urbana, segurança pública e a saúde.

3.4 Aspectos normativos e organizacionais da regionalização da saúde na RMRJ

Esta seção buscou identificar como se apresentam as questões da descentralização, regionalização da saúde e constituição das RAS nos principais instrumentos de planejamento bem como, identificar a existência e aplicação de diretrizes e/ou metas regionais metropolitanas para a saúde no estado do Rio de Janeiro. Outrossim, são abordadas as funções dos principais atores regionais e as estratégias esperadas para o fortalecimento da governança regional metropolitana e aperfeiçoamento das RAS, conforme detalhados no Apêndice B.

Antes de iniciar esta seção, é oportuno lembrar que o SUS tem 26 anos (1988) de criação e a RMRJ tem 40 anos (1974) de institucionalização. Ou seja, numa perspectiva histórica dos desafios metropolitanos, deve-se considerar que em determinados momentos do processo de organização dos serviços de saúde, muitos municípios metropolitanos não tinham se quer uma SMS.

Uma questão central percorreu as leituras dos documentos selecionados (PDR, PES, Plano Regional Integrado e Regimento Interno do CIR), a saber: quais são as propostas políticas do governo estadual na regionalização da saúde na RMRJ? Pretendemos, assim, compreender de que modo regionalização do SUS e as peculiaridades metropolitanas são apresentadas nos instrumentos de planejamento e gestão.

---

[55] Disponível em: http://cbn.globoradio.globo.com/rio-de-janeiro/2014/10/27/reeleito-pezao-adota-discurso-conciliador-entre-evangelicos.htm. Acesso em: 28 out 2014.

Antecedendo as análises, é preciso explicar a confusa configuração da RMRJ que apresenta um conjunto de municípios para fins oficiais, político-administrativo e outro conjunto para a área da saúde. Isso se deve a partir da retomada dos pilares da regionalização da saúde através da NOAS 2001 e 2002 para a estruturação e organização da descentralização das ações e serviços de saúde.

Na configuração de Metro I (capital como pólo de atração) e Metro II (Niterói como pólo de atração) estabelecida pela área da saúde, que também totaliza 19 municípios, Guapimirim e Paracambi não fazem parte desta conformação, tal como fazem na divisão político-administrativa. Entretanto, são acrescentados os municípios de Rio Bonito e Silva Jardim. A RMRJ I é composta por: Rio de Janeiro, Nilópolis, São João de Meriti, Belford Roxo, Magé, Duque de Caxias, Japeri, Nova Iguaçu, Queimados, Mesquita, Seropédica e Itaguaí. A RMRJ II é composta por: Niterói, São Gonçalo, Maricá, Itaboraí, Tanguá, Rio Bonito, Silva Jardim.

Essa divisão, na sua soma, não corresponde a Região Metropolitana oficial do estado, pois inclui municípios não pertencentes bem como retira da regionalização municípios metropolitanos. A CF/1988 é clara ao outorgar ao estado a função de criar RM não sendo, nesse sentido, delegado ao setor saúde competência para tal. E a Constituição Estadual só a pode criar mediante lei complementar. Ou seja, a RM político-administrativa não se coaduna com a regionalização proposta na perspectiva da organização do sistema de saúde do estado.

Ora, o MS e, por decorrência a SEDESC, estariam atribuindo um novo "ente federado" na já tão complexa descentralização política, fiscal e assistencial advinda do pacto federativo pós CF/1988 e da publicação do decreto n° 7.508/2011, que trata da organização do SUS, do planejamento da saúde, da assistência à saúde e da articulação interfederativa? Essa talvez seja uma questão relevante para ser avaliada e discutida. Afinal, a regionalização pode incorrer nas mesmas mazelas e nos mesmos obstáculos pontuados em relação à metropolização?

No caso específico do estado do RJ a conformação de duas regiões de saúde numa área reconhecidamente metropolitana e com características de metrópole se dá um descompasso entre o fortalecimento necessário para a consolidação da RM, enquanto um lócus de planejamento e gestão econômico e social integrado, no sentido de eficientizar o uso do recurso nas funções ditas de interesse comum, e, talvez, uma piora na fragmentação da gestão no que se relacionam com essas mesmas funções, que, em grande medida, respondem por um expressivo grupo dos denominados determinantes sociais da saúde.

3.4.1 Plano Estadual de Saúde do Rio de Janeiro

O PES 2012-2015 do estado do Rio de Janeiro é o documento balizador dos projetos, programas e ações da SES, para sua elaboração utilizou a metodologia do PlanejaSUS e dos fundamentos do Planejamento Estratégico Situacional. Para a SES-RJ, o papel do governo estadual é a implementação das políticas, então, decisivo para que os municípios possam desempenhar de forma plena e articulada seu papel como ente federado.

O PES-RJ apresenta os principais conceitos adotados, as áreas priorizadas, as ações e metas do governo para o período de quatro anos, e define o seguinte conceito de rede de saúde:

> [...] uma rede é caracterizada pela formação de relações horizontais entre pontos de atenção, que seriam espaços onde se ofertam determinados serviços de saúde, por meio de uma produção singular, com o centro de comunicação na Atenção Primária à Saúde (APS), denominada no Brasil de Atenção Básica, coordenadora do cuidado em todos estes pontos.[56]

No âmbito do estado do Rio de Janeiro, a SES tem buscado aderir à proposta de RAS, preconizando a organização da atenção de acordo com as quatro redes prioritárias estabelecidas pelo MS, a saber: Rede Cegonha, Rede de Urgência e Emergência, Rede de Atenção Psicossocial e Rede de Oncologia. Além disso, a SES-RJ também aderiu ao Projeto de Formação e Melhoria da Qualidade de Redes de Atenção à Saúde QualiSUS-Redes – proposto para apoiar a organização das RAS. O conceito de rede adotado é fundamental para a organização das atividades, envolvimento de diferentes atores nas políticas públicas desde o planejamento até a oferta de serviços à população.

O PES-RJ foi elaborado considerando uma visão de rede segmentada[57] com ênfase nas redes temáticas, tais como: para as mães, idosos, homens, crianças, transtornos mentais, urgências, etc.; e não se refere às redes regionais de atenção integral de forma sistêmica, inclusive seu conceito representa essa produção de serviços forma bastante singular. Essa visão política do MS e contou com a adesão do governo estadual, precisa ser mais bem debatida, uma vez que essas práticas fragmentadas rompem com a ideia proposta de RAS integrais. O debate conceitual de redes foi desenvolvido no capítulo anterior.

As RAS, de acordo com o princípio de integralidade do SUS, constituem a base sistêmica da elaboração e execução de políticas públicas de saúde, que devem ser ordenadas

---

[56] A visão do PES-RJ é totalmente tecnocrática e não aborda aspectos fundamentais dos conceitos de rede de atenção à saúde e território, tal como discutido nos capítulos anteriores.
[57] Ideia oposta ao princípio de integralidade de atenção do SUS.

pela APS e organizadas conforme as complexidades crescentes. Todavia, salientamos que não são apresentados novos recursos financeiros para as redes integrais, mais sim para a adesão às redes temáticas e pela produtividade das metas contratuais. Ademais, conforme já destacado, a APS é o nível assistencial que conta com menos recursos financeiros, técnicos (especialmente falta de profissionais médicos) e também menos prestígio social. Assim, propor a APS como ordenadora de uma rede é um desafio que tem raízes profundas a serem combatidas, apesar de ser ideário do SUS ter a APS como porta de entrada preferencial, estratégias e incentivos precisam ser reforçados para que esta se efetive.

Outro aspecto a ser destacado, no âmbito metropolitano, mas cuja ênfase são as redes integrais, é a adesão ao projeto QualiSUS-Redes. Trata-se de cooperação entre o MS e o Banco Mundial que visa à qualificação da atenção e da gestão em saúde, no âmbito do SUS, por meio da organização de redes de atenção eficientes e efetivas, que contemplem a atenção de forma integral. Esse projeto é desenvolvido em 15 RMs e cinco regiões não metropolitanas,[58] por configurarem territórios estratégicos, prioritários e desafiadores para os SUS. No estado do Rio de Janeiro, a Metro I foi selecionada e conta com o apoio de um grupo de condução da CIB no planejamento regional.

No PES é destacado que:

> A preocupação com aglomerados urbanos se justifica, principalmente, pelos fatores: importância demográfica e política das regiões metropolitanas; expressiva contradição entre acúmulo de riqueza e desigualdades sociais; complexidade dos problemas epidemiológicos existentes; concentração e polarização de recursos; coexistência de diferentes redes de serviços de saúde.

Destarte, entendemos que a gestão das RAS de forma segmentada é um problema para a implementação de redes de atenção integral à saúde. Em relação às questões de saúde e as especificidades da RMRJ, estas vêm sendo priorizadas na perspectiva do projeto QualiSUS-Redes, mas ainda não apresentam resultados de impacto que possam ser mensurados para a governança da saúde na RMRJ. E também se questiona quanto à continuidade dos projetos a médio e longo prazo.

---

[58] **Regiões Metropolitanas**: Belo Horizonte, ABC-SP, Teresina, Recife, Florianópolis, Curitiba, Rio de Janeiro, Belém, Porto Alegre, Alto Solimões. **E as regiões não metropolitanas**: Semiárido Cariri, Interestadual Bico do Papagaio, RIDE Distrito Federal e entornos, Região da Fronteira Internacional de Ponta Porã, Região PEBA.

3.4.2 Plano Diretor de Regionalização

O primeiro PDR do estado do Rio de Janeiro foi elaborado em 2001 e definiu nove regiões de saúde, sendo elas: Baía da Ilha Grande, Baixada Litorânea, Centro-Sul, Médio Paraíba, Metropolitana I, Metropolitana II, Noroeste, Norte e Serrana. A versão analisada do PDR-RJ neste estudo é de 2012-2013. Esse instrumento é responsável por traçar o desenho final do processo de pactuação das regiões de saúde do estado. É relevante destacar que os municípios que conformam a RMRJ I e II, tal como o PDR define as regiões de saúde, não são os mesmos que na conformação institucional de região metropolitana político-administrativa.

O PDR-RJ apresenta o seguinte texto:

> Em 2009, o município do Rio de Janeiro, sob a alegação de que necessitaria de projetos e investimentos diferenciados, por suas características relacionadas ao porte populacional e à oferta de serviços de saúde, demandou um acordo para a constituição de uma nova Região, a décima, formada somente pela capital. (RIO DE JANEIRO, 2012).

Inicialmente, a pactuação foi aceita entre os gestores, mas novos debates surgiram na CGR e somaram-se às normativas do Decreto nº 7.508/2011, que resultaram na decisão de manter apenas as nove regiões de saúde.[59] A partir dos documentos analisados, podemos identificar que nenhuma região de saúde é autossuficiente em termos de integralidade assistencial (acesso integral a todos os níveis assistenciais). Sendo assim, a SES-RJ, desde 2007, vem cofinanciando (incentivos financeiros) a AB com a vinculação à melhoria de um conjunto de indicadores, regularmente monitorados, tais como: número das consultas de pré-natal; percentual de cobertura do exame colpocitológico preventivo do câncer ginecológico; taxa de acidente vascular cerebral na população de 30 a 59 anos por dez mil habitantes; percentual de abandono do tratamento da tuberculose; e capacidade instalada da atenção em saúde mental. A maioria dos indicadores está relacionada às quatro redes temáticas prioritárias definidas no PES-RJ e também a adesão da ESF pelos municípios.

Além disso, a SES-RJ criou alguns programas de incentivo financeiro para as regiões de saúde, a saber: incentivo à assistência farmacêutica; Serviço Móvel de Tomografia Computadorizada (SMTC) e Ressonância Magnética (SMRM); Programa de Ampliação e

[59] O município do Rio de Janeiro, durante 13 anos, tentou ser gestor pleno, sendo seu pleito sistematicamente derrotado na CIB. Quando conseguiu, sofreu uma intervenção federal que acabou com derrota unânime do ministério no STF, e teve que reincorporar cinco hospitais federais que havia municipalizado. Sugere-se a leitura do Decreto nº 5.392, de 10 de março de 2005, no qual o Presidente da República declarou estado de calamidade pública no setor hospitalar do SUS no município do Rio de Janeiro.

Modernização dos Leitos de Terapia Intensiva; Sala de estabilização; Programa de Apoio aos Hospitais do Interior (PAH). E ainda, incentivos do Banco Mundial e do MS através do projeto QualiSUS-redes.

O PDR-RJ destaca inclusive a cooperação técnica na realização de um diagnóstico da capacidade instalada no território estadual, identificando seu potencial, ociosidade e/ou saturação, além de demandas locais e regionais. O intuito do governo, conforme sinalizado no PDR, é evitar concentrações, baixas taxas de uso, financiamento desproporcional e descontextualizado da realidade e das necessidades regionais.

Essas estratégias de incentivo financeiro demonstram comprometimento do governo estadual na atuação em áreas e situações prioritárias do estado; entretanto, a gestão do território metropolitano novamente não é resgatada como importante variável no planejamento regionalizado da saúde.

> [...] a falta de estatuto da ideia de território nas políticas da gestão metropolitana e da regionalização na saúde repercute nos processos políticos regionais, produzindo conflitos e desafios que interferem na condução e consolidação da pactuação regional que, por sua vez, também apresenta conflitos decorrentes do processo de descentralização da gestão pública no país (IANNI et. al, 2012, p. 927).

O que nos chama a atenção é o fato de a política de saúde estadual, conforme apresentada nos documentos analisados, estar claramente proposta com foco em quatro redes temáticas e na produtividade dos serviços de saúde, com incentivos que privilegiam práticas individualizadas, localistas e acirram as relações competitivas intergovernamentais. O documento destaca, inclusive, que os incentivos de AB não serão disponibilizados para os municípios de Campos dos Goytacazes e São Fidélis, por estes não aderirem à ESF. A preocupação que surge neste caso é que a população não tenha prejuízos, nem esteja descoberta de outros serviços de AB devido às penalidades impostas aos municípios. Observa-se então a tendência de o MS e a SES-RJ utilizarem mecanismos de repasse financeiro para induzir a adesão dos municípios aos programas e prioridades dessas esferas de governo.

3.4.3 Regimento Interno CIR e Plano Regional Integrado[60]

A deliberação CIB-RJ nº 1.550, de 12 de janeiro de 2012, aprova o Regimento Interno das CIR e define a seguinte natureza e fins:

> Art. 2º - As CIR são responsáveis pela pactuação das estratégias de condução e operacionalização do SUS em âmbito regional e têm por finalidade qualificar o processo de regionalização e descentralização da gestão, em especial quanto aos aspectos relacionados à integração funcional e operativa dos serviços na região, para a garantia de acesso, acompanhamento das referências e contrarreferências, dos fluxos da clientela e demais aspectos organizativos a nível regional.
>
> Parágrafo único – A partir da publicação do Decreto Presidencial nº 7.508, de 28 de junho de 2011, os Colegiados de Gestão Regional passaram a denominar-se: Comissões Intergestores Regional.

As nove CIR-RJ estão vinculadas à SES, Subsecretaria Geral e AIR, que garantirão apoio administrativo e logístico para seu funcionamento, conforme detalhado no Apêndice B. As reuniões das CIR-RJ acontecerão ordinariamente uma vez por mês, ou extraordinariamente quando convocados. Na busca exploratória no site da SES-RJ através das atas das reuniões disponíveis, identificamos que durante o ano de 2013 foram realizadas 11 reuniões na Metro I e Metro II; destas, apenas uma foi em caráter extraordinário. Até o final do primeiro semestre de 2014, foram seis reuniões, sendo uma de caráter extraordinário. Portanto, podemos inferir que as CIR Metro I e II têm mantido a regularidade nas reuniões, de acordo com a organização regimental publicada.

Entretanto, apesar de a regularidade das reuniões das CIR ser um importante determinante da gestão regional, sem a efetiva participação dos membros não apresenta significância, uma vez que a Metro I tem sinalizado a baixa assiduidade dos gestores na CIR, conforme pode ser observado no quadro 3. Mais importante do que verificar a existência dos instrumentos de planejamento regional, é avaliar o nível de participação dos atores e a consistência desses instrumentos no que diz respeito à pactuação dos critérios de definição das regiões de saúde e suas peculiaridades metropolitanas.

Identificaram-se, na análise do Plano Regional Integrado da Metro I e Metro II, alguns problemas relacionados à gestão regional e ao funcionamento da CIR relacionados ao Eixo III – Gestão em Saúde.[61]

---

[60] Resultado do processo de planejamento regional integrado realizado no período de outubro de 2012 a outubro de 2013, quando foram pactuados na CIB, após as pactuações nas respectivas CIR.

Quadro 3- Problemas identificados na RMRJ - Eixo III -Gestão em Saúde – PRI

Diretriz - Fortalecimento da gestão interfederativa do SUS, de modo a melhorar e aperfeiçoar a capacidade resolutiva das ações e serviços prestados à população.	
Problemas identificados na RMRJ	
METRO I	**METRO II**
▪ Baixa assiduidade dos gestores na CIR ▪ Dificuldade na utilização de recursos financeiros regionais (falta de instrumentos gerenciais) ▪ Pouca utilização do consórcio intermunicipal para otimização de processos de aquisição (medicamentos, material de consumo) ▪ Desatualização do papel do controle social em relação ao contexto atual do SUS ▪ Inexistência de uma política regional de gestão de pessoas incluindo recrutamento e seleção, remuneração (piso salarial), incentivos, PCCS*, etc. ▪ Insuficiente qualificação de gestores e técnicos em planejamento, orçamento, gestão e avaliação de serviços de saúde. ▪ Fragilidade da política de educação permanente e continuada na região. ▪ Inadequação das parcerias com instituições de ensino, cuja lógica favorece preferencialmente o interesse acadêmico (baixa transferência de conhecimento e desenvolvimento tecnológico para os serviços). ▪ Ações incipientes no âmbito de Educação em Saúde na região ▪ Desconhecimento no âmbito do CIR sobre o planejamento para os grandes eventos.	▪ Planejamento insuficiente de gestão pública para lidar com as demandas oriundas do empreendimento do COMPERJ (solicita a instituição de Fórum Regional para construção de agenda de intervenções em saúde) ▪ Ineficiência das ações dos CERESTs** da região (solicitando que a gestão seja regional) ▪ Enfraquecimento do controle social na região ▪ Prezarização dos vínculos e das condições de trabalho nos municípios da região ▪ Deficiências das ações de educação permanente e continuada em todos os níveis, inclusive o gerencial.

Nota: Elaborado a partir do Plano Regional 2013-2016 do estado do Rio de Janeiro.
*Plano de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS).
** Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST).
Fonte: A autora, 2015.

Dentre os problemas diagnosticados como prioritários, do Eixo III - Gestão em Saúde, os gestores da CIR de ambas as regiões de saúde Metro I e Metro II apontam a insuficiência do atual modelo de gestão pública e sugerem a institucionalização de um fórum ou órgão regional de tomada de decisões.[62] Entretanto, nos questionamos: como tomar decisões em fóruns que tratam com igualdade os municípios da RMRJ? Municípios tão desiguais exigem decisões diferenciadas.

Entre as funções propostas pelos gestores para o fórum ou órgão regional, sugere-se: apoio frente à gestão dos recursos financeiros regionais, enfrentamento das fragilidades nas

[61] Os demais eixos e objetivos do Plano Regional Integrado, assim como seus detalhamentos, podem ser verificados no Anexo B.
[62] Esse órgão aparece como sugestão dos gestores para a RMRJ, mas não são definidos critérios ou forma de organização e funcionamento.

parcerias com as instituições de ensino e nos processos de educação permanente, da inexistência de política de gestão de pessoas, baixa qualificação dos gestores públicos, entre outros que podem ser mais bem analisados no quadro 3. Inclusive esta proposta reforça o debate empreendido na seção 3.3 deste estudo.

No estado do Rio de Janeiro, alguns avanços em termos políticos e administrativos já podem ser destacados: a formação e institucionalização do CIR, da AIR e elaboração do Plano Regional Integrado que apresenta um diagnóstico detalhado dos problemas, ações, metas, prazo e responsáveis. Essas ações demandaram grande esforço do estado no estímulo à cooperação entre os entes, mas a SES-RJ aponta que "a dinâmica de ações articuladas ainda encontra forte obstáculo na inércia em nível municipal e às formas de interação entre municípios, do ponto de vista de referências e contrarreferências".

Em análise geral dos documentos, o que se percebe é que alguns problemas da saúde, relacionados à oferta de serviços, as pactuações de referência e contrarreferência e o diagnóstico das condições de saúde são identificados e bem descritos. Mas em relação aos problemas de regionalização, tendo em vista os desafios metropolitanos (fluxos da população, mobilidade urbana, violência, recursos financeiros, etc.), estes são pouco explorados nos instrumentos de gestão, à exceção do Plano Regional Integrado. Apesar de o PDR 2012-2013 sinalizar que houve preocupação da SES e do antigo CGR em relação às especificidades da metrópole (cidade do Rio de Janeiro), as ações de gestão territorial metropolitana ainda são incipientes.

Na prática, percebe-se também que ainda são incipientes os espaços de formalização e institucionalização das negociações e decisões entre as SMS e SES, e nessa perspectiva acredita-se que o COAP poderá ser um instrumento jurídico e institucional que permita o avanço desses arranjos, apesar de sua complexa implantação. Conforme sinalizado anteriormente, Gastão Wagner e outros pesquisadores acreditam que, mesmo com o avanço desse instrumento, isso não será suficiente para resolver os problemas de cooperação entre as regiões.

Observa-se, nesta análise, que a institucionalização das CIR-RJ, a elaboração dos Mapas de Saúde,[63] atreladas ao processo de transição dos municípios para adesão ao COAP e os esforços que a SES-RJ tem desenvolvido, demonstram avanços na identificação dos problemas e elaboração de novas estratégias de governança regional. O Plano Regional Integrado já apresenta indícios de cooperação e vontade política para fortalecimento regional.

[63] Verificar Anexo B.

Cabe, neste momento, ampliar os debates sobre os melhores caminhos para implantação de um modelo de governança do SUS que dê conta de territórios tão desiguais dentro do próprio estado do Rio de Janeiro.

Apesar das inferências, ainda é precoce debatermos os possíveis impactos do COAP nas relações federativas, mas Pereira (2014, p.139) apresenta dois riscos potenciais de mudanças:

> 1) Que o direito à saúde, assegurado constitucionalmente a todo cidadão, seja reduzido aos escopos possíveis em cada unidade da federação, gerando padrões diferenciados de integralidade e equidade;
> 2) Que o processo de judicialização da saúde se intensifique mediante dissonâncias entre os contratos assinados e as capacidades reais de execução dos mesmos pelos entes federados.

Pereira (2014) sinaliza ainda que antes do processo de adesão ao COAP, é fundamental a construção de um planejamento consistente, a previsão de investimentos em regiões carentes na produção e serviços e o fortalecimento dos fóruns de negociação e pactuação regional. Sendo o COAP um instrumento jurídico e político-institucional através do qual os gestores poderão ser penalizados pelo descumprimento dos acordos, a autora destaca a importância de as penalidades serem avaliadas e definidas com cautela, para que os cidadãos não sejam prejudicados.

A implementação do SUS de acordo com a diretriz de regionalização implica um formato de governança regional com a criação de um órgão que tenha autonomia para a tomada de decisões regionais em detrimento dos interesses municipalistas. Rodrigues (2014, p. 54) aponta que a descentralização municipalista, tal como foi feita nos anos 90, não é simples de ser revertida.

> Há poderosos interesses e instituições políticas que atuarão no sentido contrário, como o movimento municipalista e o sistema político eleitoral, que se sustenta no poder local. Além disso, a criação de entes gestores regionais públicos do SUS envolve uma revisão do pacto federativo. Até onde a União estará disposta, por exemplo, a permitir que os estados assumam poder mais efetivo em relação à gestão do SUS, como vários deles já vêm ensaiando? Afinal, não é possível esquecer que ideias a favor de papel mais atuante da União na gestão regional do Sistema tendem a esbarrar na natureza federativa do Estado brasileiro.

"O Planejamento Regional Integrado pode contribuir para o estabelecimento de sinergias e para a superação de uma cultura político-administrativa refratária à cooperação e à coordenação, na qual predominam uma visão localista, setorial e de curto prazo" (RIO DE JANEIRO, 2013, p. 6). Sendo assim, na medida em que mudarmos a lógica das práticas de

gestão municipalistas para uma gestão que contemple as peculiaridades do território metropolitano, a pactuação regional precisa reconhecer a dinâmica das populações urbana e rural, como determinante da produção da saúde (IANNI et. al., 2012).

O fortalecimento das instituições de governança em saúde tem demandado a revalorização e reconhecimento das peculiaridades regionais e metropolitanas na agenda política. As práticas de governança poderão ser melhoradas com a instituição de uma política nacional integradora, articulada, democrática e regulatória que apresente diretrizes normativas e organizacionais com potencial de conectividade entre as políticas públicas urbanas. Estas devem ter como objetivo a organização de uma rede de serviços públicos regionalizada, em detrimento das práticas municipalistas individualizadas (MACHADO; LIMA, 2008; IANNI et al., 2012).[64]

Em síntese, este capítulo teórico-aplicado empreendeu uma análise sobre os elementos institucionais relacionados aos processos de descentralização e regionalização da saúde e os enfatizou considerando a trajetória política e normativa de conformação e funcionamento da RMRJ. As questões metropolitanas foram abordadas na perspectiva histórico-concreta, evidenciando e reforçando todo o referencial analítico elaborado neste estudo.

Observa-se, na análise, que durante o processo de formação da RMRJ o governo estadual esteve ausente do seu papel de coordenador, integrador e regulador das políticas públicas metropolitanas. Os incentivos financeiros a essas políticas regionais vigoraram somente enquanto o governo federal era o responsável pela institucionalização e funcionamento dessas regiões, que no período de governo centralizador eram consideradas estratégicas para o desenvolvimento urbano, econômico e social do Brasil.

Apenas em 2004, um novo movimento do governo federal foi identificado para a realização de estudos sobre as RMs, mas na prática as políticas metropolitanas não foram resgatadas como estratégicas pelo governo federal. Em contrapartida, no âmbito estadual, mais especificamente no Rio de Janeiro, um movimento de revalorização desses territórios tem sido resgatado, mesmo que ainda timidamente. O grande interesse que o núcleo metropolitano tem apresentado frente aos grandes eventos nos próximos tem incentivado esse processo. Ainda assim, esses eventos parecem não fazer parte da agenda de prioridades da CIR, pois este é um dos problemas identificados na matriz do Plano Regional Integrado.

Além de tudo, podemos destacar o discurso do governo reeleito em prol da concatenação de políticas públicas para a RMRJ. Não podemos esquecer, no entanto, que esse

[64] Ver Anexo B.

resgate das questões da RMRJ é prioritário devido ao grande volume de recursos financeiros que tem sido aportado na região. Por exemplo, podemos citar a criação do Comitê de Estratégias Metropolitanas e o projeto QualiSUS-redes, ambos apoiados pelo Banco Mundial.

Nos aspectos da descentralização e regionalização do SUS, enfatizou-se a importância de instrumentos de planejamento e gestão pública para a formalização das pactuações realizadas entre as esferas de governo. Observou-se a fragmentação das políticas de saúde, que vem sendo desenvolvidas pela indução das estratégias e incentivos financeiros do governo federal, direcionadas para redes temáticas e pela produtividade dos serviços de saúde.

Os documentos analisados, assim como o referencial analítico, permitiram identificar problemas no sistema de saúde nas Regiões Metropolitanas I e II, relacionados ao eixo de Gestão em Saúde apresentado Plano Regional Integrado. Foram analisadas, assim, as atribuições e competências dos atores regionais governamentais e, em seguida, foi elaborado um quadro com sugestões de estratégias esperadas para o fortalecimento da governança regional e aperfeiçoamento das RAS, conforme Apêndice B.

O capítulo 4, a seguir, tem como objetivo caracterizar de forma ilustrativa os aspectos estruturais da rede de saúde na RMRJ.

4 ANÁLISE DOS ASPECTOS PRÁTICOS E ESTRUTURAIS DA CONFORMAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE NA RMRJ

Este capítulo tem como objetivo ilustrar a configuração da RAS na RMRJ e analisar, através dos mapas temáticos, a síntese dos resultados obtidos na pesquisa exploratória da base de dados secundários da saúde. Está organizado em três seções: a) Determinantes das condições (aspectos demográficos, sociais e econômicos); b) Configuração da rede de serviços de saúde; e c) Financiamento e despesas em saúde da RMRJ.

A análise da capacidade instalada[65] dos serviços de saúde regionais parte do reconhecimento geral das características do território metropolitano do Rio de Janeiro. Este capítulo analisa dados secundários, alguns de caráter geral e outros mais específicios, são relevantes por representarem um esforço no entendimento da engenharia organizacional necessária para a definição de um modelo de atenção à saúde integral e regional num território complexo e dinâmico como é o metropolitano.

Entende-se que:

> A organização da cobertura assistencial e a constituição de redes se apresentam como tarefa complexa, implicando mais do que a oferta de serviços, mesmo que não prescindindo da existência deles. O componente dinâmico e processual da rede (a direcionalidade do trabalho) é tão decisivo quanto o componente estrutural (a existência de serviços). (COUTO, 2012, p. 96).[66]

Tendo em vista a igual importância entre os componentes dinâmicos e estruturais, é válido destacar que apesar deste estudo propor um planejamento que considere as necessidades em saúde e as especifidades do território usado, ainda representa um enorme desafio concretizar na prática essas propostas. Assim, esta seção apresenta a caracterização da oferta/capacidade instalada na RMRJ, mas reconhece as limitações para articular os elementos do território e das necessidades em saúde devido à complexidade de suas abordagens. O que se propõe são a continuidade e aprofundamentos de estudos e pesquisas que extrapolem a trajetória institucional centrada na oferta de serviços.

Entende-se, portanto, que conhecer a estrutura permanente e descentralizada dos serviços de saúde na RMRJ é tão importante quanto os elementos dinâmicos que influenciam

---

[65] A capacidade instalada de serviços de saúde no estado do RJ também poderá ser consultada no Atlas de serviços de saúde do Estado do Rio de Janeiro 2008 – publicado em 2009. Essa publicação é uma atualização do atlas publicado em 1988. O atlas traz um levantamento da capacidade instalada pública e privada com vínculo ao SUS no estado (KUSCHNIR, 2009).

[66] Entende-se como componente dinâmico e processual da rede tanto o processo de trabalho realizado pelos profissionais de saúde, quanto os aspectos relacionados à gestão do sistema.

nos processos de planejamento regional, tomada de decisões e execução das políticas. Acredita-se que os traços de conformação histórica e estrutural da RMRJ, heranças do federalismo brasileiro, condicionam as decisões dos gestores na regionalização da saúde e permitem explicar seus resultados, bem como seu avançado ou incipiente estágio de consecução (LIMA, et al., 2012).

Conforme destacado no final do capítulo 2 e em todo o capítulo 3, realizou-se extenso debate teórico sobre a difícil tarefa de romper o modelo assistencial centrado na doença, especialmente a ênfase ao paciente agudizado, e direcionar o enfoque das políticas para a conformação de redes integrais de atenção à saúde, centrada nas necessidades dos indivíduos e suas coletividades. Na prática, não é simples romper esse modelo e as análises empreendidas aqui captam apenas uma pequena parte dos diversos elementos que prescindem da implantação das políticas públicas, como, por exemplo, as influências do sistema político e eleitoral.

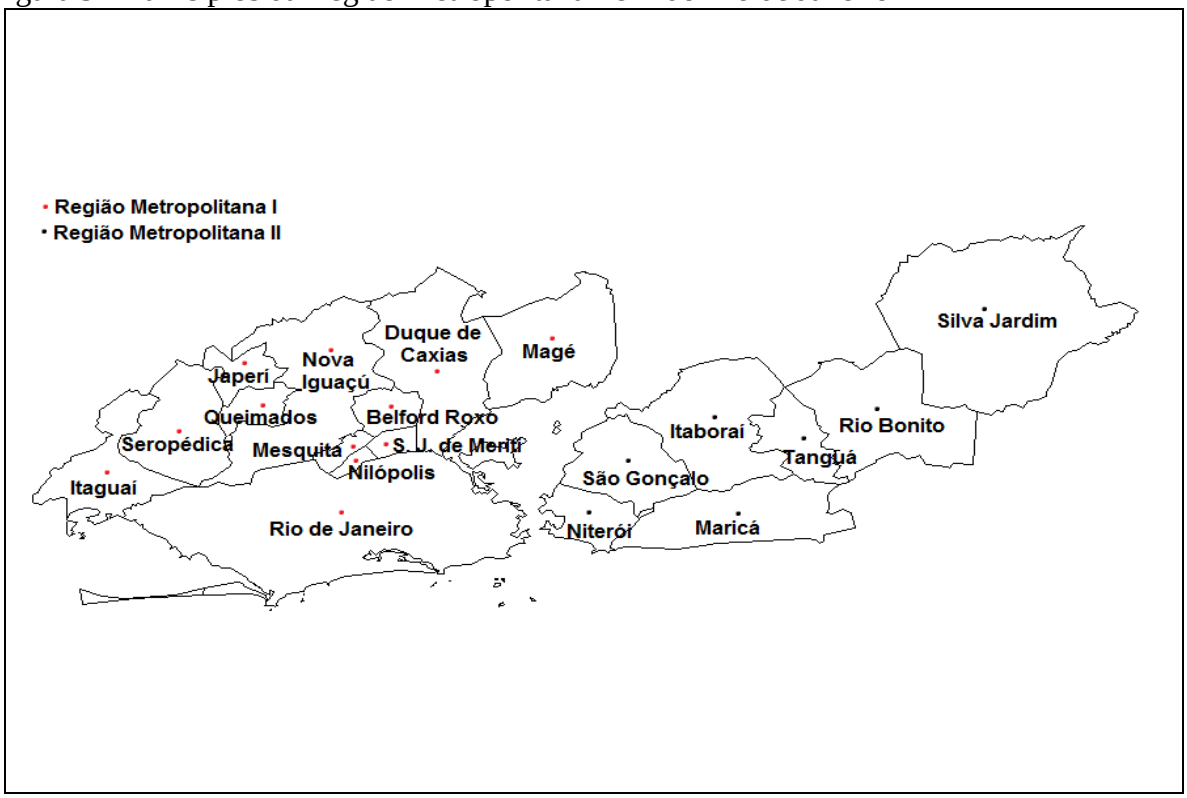
4.1 Determinantes das condições de saúde

Esta primeira seção busca caracterizar alguns aspectos demográficos, sociais e econômicos que estão vinculados às políticas de saúde. A área da saúde, por movimentar importante quantidade de recursos financeiros para a conformação da rede de serviços, seja através da implantação de unidades, pagamento de profissionais, produção, compra e distribuição de medicamentos e equipamentos, constitui área essencial para o desenvolvimento econômico e social do país. Isto posto, destacamos que as condições apresentadas a seguir impactam diretamente na dinâmica dos processos de formulação e implementação da política de saúde.

4.1.1 Aspectos demográficos da RMRJ

A RMRJ, conforme recorte para a saúde é composta por 19 municípios subdivididos em Metro I e Metro II, como mostra a figura 9.

Figura 9- Municípios da Região Metropolitana I e II do Rio de Janeiro

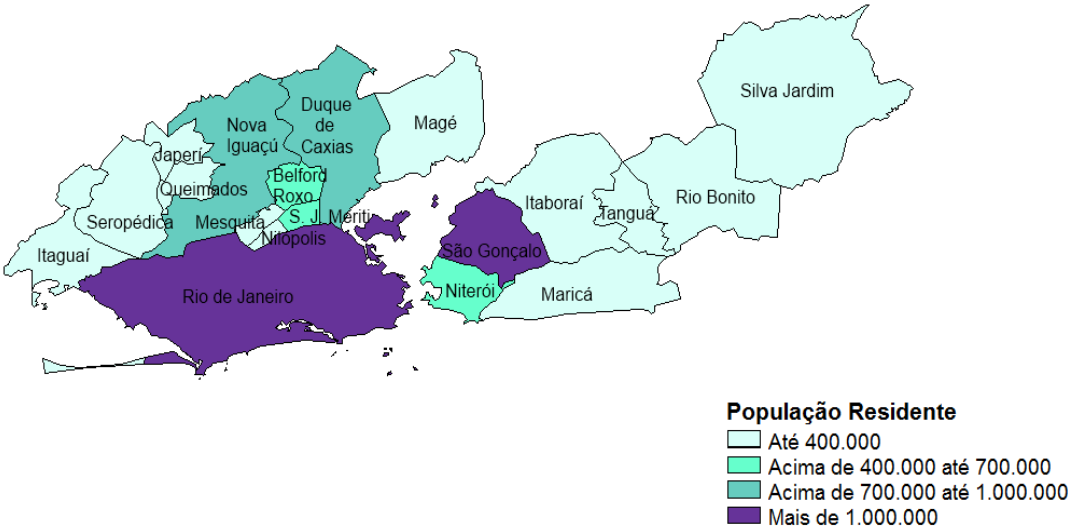


Nota: Elaborado a partir da malha geográfica municipal disponível no DATASUS.
Fonte: A autora, 2015.

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE), em 2012 os municípios da RMRJ totalizavam 11.957.793 habitantes, divididos em 28,71% de jovens (até 19 anos de idade), 58,02% de adultos (de 20 a 59 anos de idade) e 13,27% de idosos (60 ou mais anos de idade).

Esses dados são uma demonstração dos grupos populacionais, que em grande medida auxiliam o planejamento das ações de saúde, uma vez que as distintas faixas etárias demandam serviços diferenciados devidos o perfil de adoecimento e das necessidades de saúde. Identifica-se que o perfil demográfico nessa região apresenta uma estrutura ainda jovem, e no momento atual a idade ativa se destaca. A distribuição da população no território metropolitano pode ser mais bem observada na figura 10.

Figura 10- População residente da RMRJ (2010)



Fontes: A autora, 2015. IBGE, 2010.

Com altíssima densidade demográfica, a região apresenta elevada pressão social em virtude do crescimento econômico nem sempre acompanhado pelo atendimento das necessidades básicas da população. De mais a mais, o perfil da população evidencia a tendência progressiva do aumento de número de idosos no período de 2000 a 2010.

Essa tendência de transição demográfica gera a necessidade de planejamento, a médio e longo prazo, do modelo assistencial e da estruturação dos serviços de saúde. Só assim, através do planejamento antecipado, será possível que a rede esteja preparada para atender às demandas por tratamento das doenças crônicas respondendo às demandas do novo perfil epidemiológico que poderá surgir. Esse debate sobre o modelo assistencial foi realizado no capítulo 2.

O município mais populoso da região é o Rio de Janeiro, com 6.390.290 habitantes, o que corresponde a 53,44% do total da população da Região Metropolitana, enquanto o município com menor número de habitantes foi Silva Jardim, onde residiam 21.362 pessoas, correspondendo a 0,17% da população.

O que se identifica é que a população na RMRJ é muito mal distribuída territorialmente. Mas o Observatório das Metrópoles (2010), em estudo preliminar com os

dados do Censo 2010, já aponta que a RMRJ tem apresentado menor ritmo de crescimento do que o interior do estado. As dinâmicas populacionais na região apresentam mudanças importantes, como a continuidade do crescimento populacional nas baixadas litorâneas, e aumento no Norte Fluminense, regiões certamente influenciadas pela dinâmica da indústria petrolífera na área.

A tabela 4 mostra a participação absoluta e percentual de cada município na composição da população da RMRJ em 2012, em ordem decrescente. Observou-se que Rio de Janeiro, São Gonçalo, Duque de Caxias e Nova Iguaçu apresentaram as maiores populações nesse ano, com mais de meio milhão de habitantes em cada um. Em contrapartida, Silva Jardim, Tanguá, Rio Bonito, Seropédica e Japeri têm menos de 100 mil habitantes.

Tabela 4-Participação de cada município na população total da RMRJ

Município	**População***	**Percentual %**	**Densidade hab/km2****
Rio de Janeiro	6.390.290	53,44	5.265,82
São Gonçalo	1.016.128	8,50	4.035,90
Duque de Caxias	867.067	7,25	1.828,51
Nova Iguaçu	801.746	6,70	1.527,60
Niterói	491.807	4,11	3.640,80
Belford Roxo	474.596	3,97	6.031,38
São João de Meriti	460.062	3,85	13.024,56
Magé	230.568	1,93	585,13
Itaboraí	222.618	1,86	506,55
Mesquita	169.537	1,42	4.310,48
Nilópolis	157.986	1,32	8.117,62
Queimados	140.374	1,17	1.822,60
Maricá	135.121	1,13	351,55
Itaguaí	113.182	0,95	395,45
Japeri	97.337	0,81	1.166,37
Seropédica	80.138	0,67	275,53
Rio Bonito	56.436	0,47	121,70
Tanguá	31.438	0,26	211,21
Silva Jardim	21.362	0,18	22,77
Total	**11.957.793**	**100**	

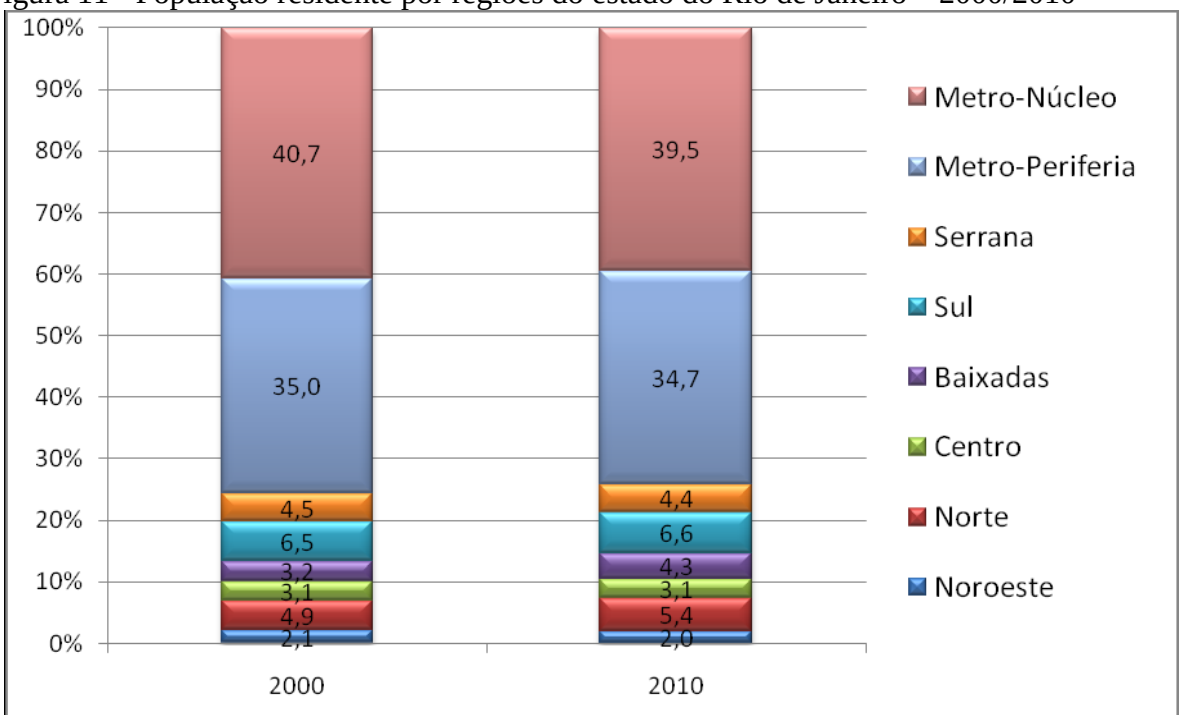
Fonte: IBGE – Censo demográfico 2010.
Notas:* Estimativa populacional em 2012.
**Cálculo sobre o quantitativo 2010.

Observam-se grandes desigualdades na distribuição da população nos municípios da RMRJ, que podem influenciar as demandas por serviços de saúde na região e mais especificamente na metrópole – município do Rio de Janeiro. O contingente populacional é um dado relevante tanto para a análise de geração de receitas quanto para o planejamento das funções de interesse comum, aí incluídas as ações de saúde.

É interessante observar a diferença populacional entre a RMRJ (11.602.070) na sua conformação político-administrativa até 2012, e a RM da saúde (Metro I e II – 11.927.137) – algo em torno de 325.067 habitantes. Isto significa que a população de Guapimirim, situada a leste da cidade-núcleo, Rio de Janeiro, e Paracambi, a oeste do mesmo ponto de referência[67], apresentam contingente populacional menos expressivo.

A população da RMRJ, nos últimos dez anos, apresentou pequeno decréscimo populacional, sendo maior na cidade núcleo. Apesar da mudança, o peso da população metropolitana no estado permanece bastante elevado – 75,7% em 2000 e 74,2% em 2010.

Figura 11 - População residente por regiões do estado do Rio de Janeiro – 2000/2010



Fonte: IBGE, 2000, 2010.

[67] Guapimirim e Paracambi são municípios que compõe a RM segundo divisão político-administrativa, mas não para a região da saúde.

4.1.2 Aspectos sociais e econômicos da RMRJ

Será apresentada a análise de alguns indicadores que têm o intuito de caracterizar socioeconomicamente os municípios da RMRJ. Serão utilizadas variáveis socioeconômicas clássicas para medir pobreza que são ligadas a renda e nível de inclusão e desigualdade social. É importante averiguar essas variáveis para analisar quais são as mais relevantes na definição de critérios de aplicação dos recursos públicos e na organização das ações e serviços de saúde. Os indicadores selecionados foram o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), renda mensal média, Produto Interno Bruto *per capita*, Cobertura do Programa Bolsa Família e Índice de Gini.

O mapa do IDH-M da RMRJ, conforme se observa na tabela 5, apresentou grande variabilidade do IDH –M entre os municípios, que vai de 0,65 em Tanguá a 0,83 em Niterói.

Tabela 5- Índice de Desenvolvimento Humano Municipal da RMRJ

Município	**IDH-M (2013)**
Belford Roxo	0,68
Duque de Caxias	0,71
Itaboraí	0,69
Itaguaí	0,71
Japeri	0,65
Magé	0,70
Maricá	0,76
Mesquita	0,73
Nilópolis	0,75
Niterói	0,83
Nova Iguaçu	0,71
Queimados	0,68
Rio Bonito	0,71
Rio de Janeiro	0,79
São Gonçalo	0,73
São João de Meriti	0,71
Seropédica	0,71
Silva Jardim	0,65
Tanguá	0,65

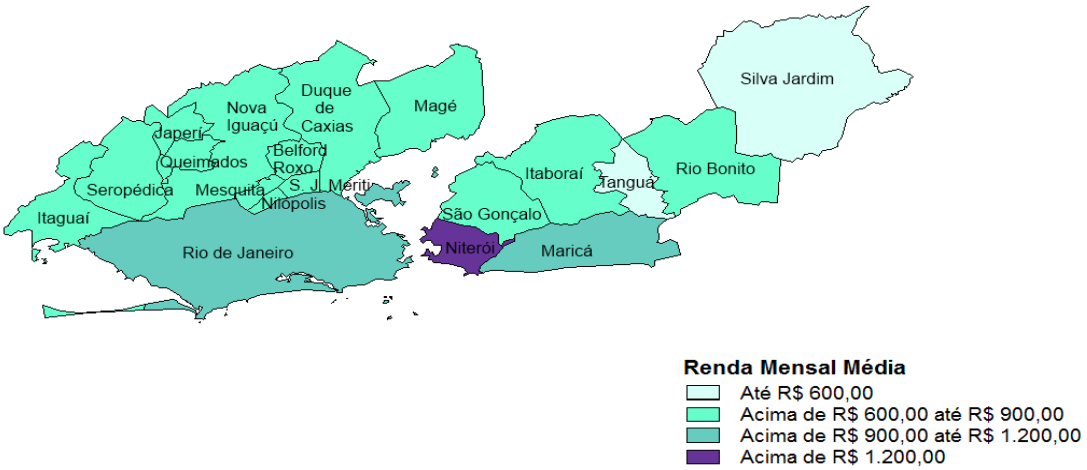
Fontes: A autora, 201. PNUD, 2013.

De maneira geral, o IDH-M mostra os diferenciais socioeconômicos entre os municípios da RMRJ. Os dados que comprovam isto são: dos 19 municípios, apenas 1 (Niterói) apresenta como muito alto desenvolvimento; 12 municípios tiveram valores entre 0,70 e 0,79, segundo classificação do PNUD estes municípios possuem IDH considerado

como de alto desenvolvimento; 6 municípios com médio desenvolvimento, o que se observa é que os piores indicadores de IDH-M concentram-se majoritariamente nos municípios da RMRJ II.

Na figura 12, em que pese não estar disponível um dado atualizado sobre o valor relativo ao rendimento mensal a partir de 10 anos para o ano de 2012, é possível afirmar que ao longo dos anos o dito rendimento na RM se apresenta maior do que o estado como um todo. Ressalta-se que os valores médios certamente decorrem dos maiores contingentes populacionais com maiores salários na cidade núcleo- Rio de Janeiro (R$1.000), e em Niterói (R$ 1.400,00). Maricá (R$ 1.000,00) certamente contribui para que o valor médio se mantenha neste patamar, conforme pode ser inferido a partir dos dados do ano de 2010, advindo do censo, que teria sua média metropolitana em R$ 793,00, maior detalhamento pode ser verificado no Apêndice C. Ademais na faixa de menor rendimento mensal médio encontram-se os municípios de Silva Jardim e Tanguá, que podem ser obervados no mapa a seguir.

Figura 12 – Renda Mensal Média das pessoas de dez anos ou mais de idade economicamente ativas (2010)



Fontes: A autora, 2015. IBGE, 2010.

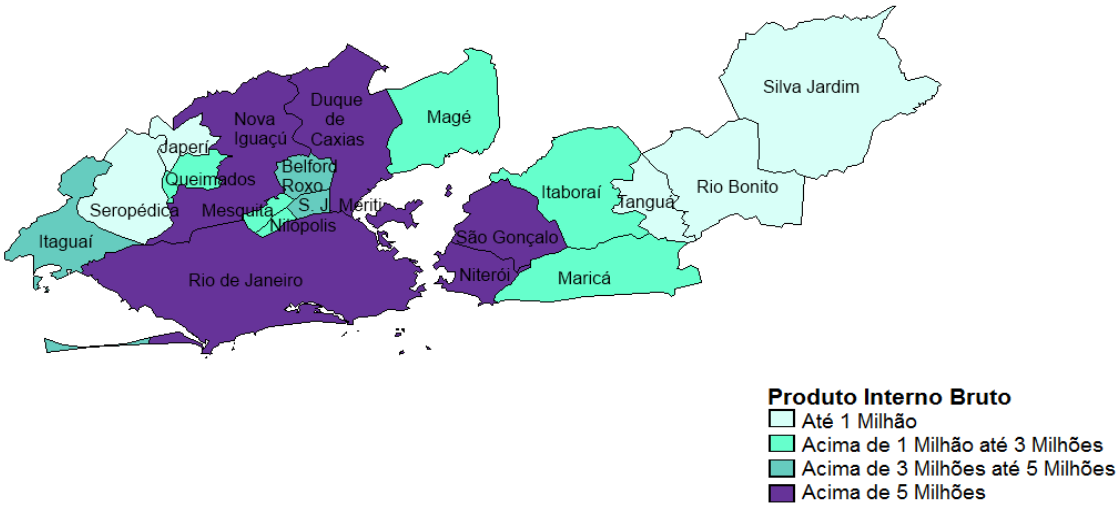
No caso da RMRJ, segundo Geremia (2011a; 2011b,), a cidade do Rio de Janeiro constitui o núcleo o qual exerce influência sobre diversas outras cidades e mantém forte relação de interdependência econômica e de dinamismo populacional. As dimensões dos problemas das grandes cidades afetam os municípios vizinhos e influenciam diretamente as

condições de vida das pessoas que depositam expectativas nas grandes cidades. Em muitos casos, vivem em condições que as colocam na linha da pobreza e da miséria, devido à falta de segurança, de emprego, à informalidade, precariedade de condições básicas de vida, entre outros.

Um ponto preponderante é que seja considerada, no planejamento da RMRJ, uma nova dinâmica de redistribuição de riquezas entre os municípios, com a finalidade de estabilizar e até mesmo reduzir a migração da população de baixa renda para os grandes centros, especialmente para a capital.

Entre os seis maiores PIBs do estado, encontram-se cinco municípios metropolitanos: Rio de Janeiro, Duque de Caxias, Niterói, Nova Iguaçu e São Gonçalo. A capital, Rio de Janeiro detém 50% do PIB do estado e 69% do PIB da RMRJ. Pode-se observar a dispersão na figura 13[68].

Figura 13 - Distribuição do PIB dos municípios da RMRJ - em valores correntes (R$ mil) – 2010



Fontes: A autora, 2015. IBGE, 2010.

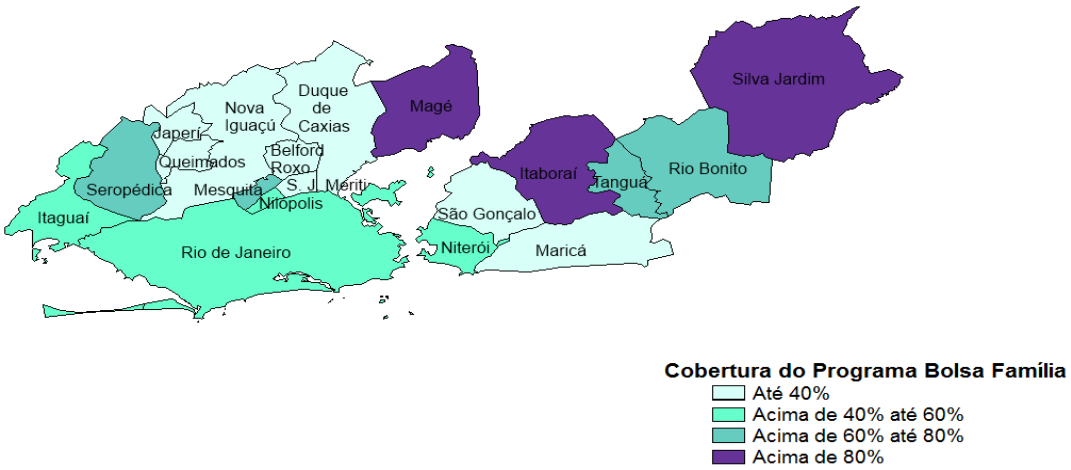
Os municípios pertencentes à RMRJ apresentam grandes disparidades quanto ao PIB *per capita* também, o que consequentemente se reflete na distribuição desigual de agentes econômicos e de serviços urbanos, como transporte, saúde, educação, habitação e

[68] Também pode ser verficado no Anexo D.

saneamento. A variação entre aproximadamente R$ 9.000,00 e R$ 31.000,00, o PIB *per capita* mais alto é do município de Duque de Caxias, seguido pelo Rio de Janeiro, representando 244% de disparidade.

Outro indicador importante na análise da realidade social da região, sobretudo pelo impacto gerado na renda das famílias, é a transferência direta de renda através do Programa Bolsa Família (PBF). A cobertura do PBF[69] na RMRJ tem avançado progressivamente; os municípios com maiores taxas de cobertura atualmente são Silva Jardim, Itaboraí e Magé, todos acima de 80% de cobertura da população, o que se encaixa nos critérios do programa, como se pode observar na figura 14, com dados dos indicadores do COAP.

Figura 14- Cobertura do Programa Bolsa Família na RMRJ[70]



Fontes: A autora, 2015. DATASUS, dez. 2012.

Estudo realizado por Lima (2013) sobre as condicionalidades de saúde do PBF evidencia crescente evolução de cobertura das famílias com crianças menores de sete anos e

[69] Cálculo do indicador: Nº de famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família com perfil saúde acompanhadas pela atenção básica na última vigência do ano X 100/ Nº total de famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família com perfil saúde na última vigência do ano.

[70] O CadÚnico é um instrumento de identificação e caracterização socioeconômica das famílias brasileiras de baixa renda, usado para seleção de beneficiários do Bolsa-Família e para integração de programas sociais do governo federal. As principais informações das famílias cadastradas são: características do domicílio (número de cômodos, tipo de construção, tratamento da água, esgoto e lixo); composição familiar (número de membros, existência de gestantes, idosos, mães amamentando, deficientes físicos); identificação e documentação civil de cada membro da família; qualificação escolar dos membros da família; qualificação profissional e situação no mercado de trabalho; rendimentos e despesas familiares (aluguel, transporte, alimentação e outros). Portanto, segundo o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome caracteriza como indicador socioeconômico.

gestantes, o que demonstra um esforço positivo dos gestores e profissionais da atenção básica do SUS na oferta de ações de saúde. O resultado destaca o papel da atenção básica e das equipes de saúde da família pela busca ativa e garantia de atendimento das famílias com perfil de saúde de beneficiárias do PBF.

Além das melhorias na saúde, o PBF apresenta resultados com efeitos multiplicadores na economia. “No caso do PIB, o efeito multiplicador foi de R$ 1,78; ou seja, cada real adicional gasto no PBF estimula um crescimento de R$ 1,78 no PIB. O maior efeito do PBF é sobre o consumo final das famílias, com multiplicador de R$ 2,40” (NERI; VAZ; SOUZA, 2013, p. 204).

Assim, o PBF tem contribuído para a melhoria nos indicadores de concentração de renda, como se pode observar no mapa do Índice de Gini. Se analisada comparativamente com os dados do censo demográfico do IBGE de 1991 e 2000, a redução da desigualdade ocorreu quase na totalidade dos municípios da RMRJ (Apêndice C). Nesse mesmo período, foram intensificadas as políticas de redistribuição de renda no país, permitindo inferir que o PBF teve forte contribuição para essa melhoria. As políticas de assistência social cresceram mais de 500% no mesmo período, Rodrigues (2014) destaca, por outro lado, que a opção do governo federal em investir nas políticas focais vem significando restrição dos gastos com as políticas universais; a saúde cresceu cerca de 153,4% entre 2000 e 2011, apesar de não crescer tanto quanto as políticas sociais focalizadas – estas impactam diretamente nas condições de saúde da população.

Urani et al. (2011, p. 41) apontam que “a sensibilidade dos indicadores de pobreza em relação ao Índice de Gini indica que as ações voltadas à redução da desigualdade podem ser mais eficazes que as tentativas de retomada do crescimento para o combate à pobreza [...]”.

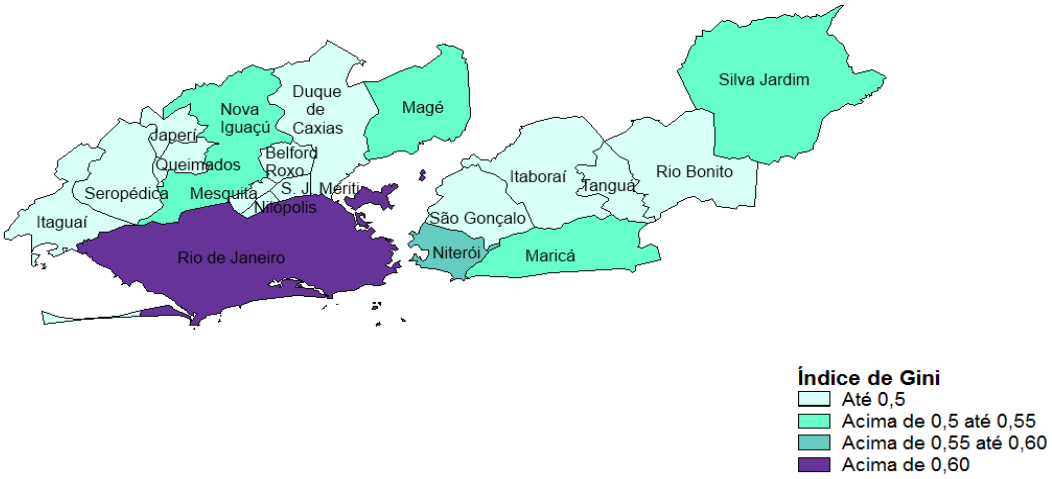
A figura 15 apresenta o grau de concentração da renda na RMRJ, com destaque para a cidade do Rio Janeiro, com a maior desigualdade, e em seguida o município de Niterói. Os municípios com menor desigualdade são Japeri e Queimados, mas vale destacar que também são municípios muito pobres economicamente – ou seja, igualdade na pobreza.

A partir da espacialização dos indicadores sociais, econômicos e demográficos da RMRJ, é possível perceber que a organização e o desenvolvimento econômico e social são marcados por forte fragmentação social. A RMRJ apresenta fragmentação entre os diferentes grupos do espaço social pelo espaço físico/geográfico da metrópole. Por exemplo, no município do Rio de Janeiro a desigualdade de infraestrutura existente é claramente definida pela “separação” dos moradores da zona sul e dos moradores da zona norte, ambas se

distanciam em alguma medida, os espaços suburbanos, em sua maioria localizada na zona norte é onde a configuração social é menos definida.

"Essa ordem espacial reflete os resultados de uma ordem social altamente hierárquica e desigual que se entranha na própria lógica de funcionamento do poder público nas suas diversas esferas e órgãos de atuação sobre o ordenamento socioespacial" (RIBEIRO; CORRÊA, 2012, p.173). Essa desigualdade, que é visível em todo território da RMRJ, é um desafio a ser superado para o planejamento e organização de uma rede de atenção e serviços de saúde que efetivamente funcione e dê garantia de acesso à saúde e demais políticas sociais. Em suma, essa configuração social e econômica das RMRJ confirma empiricamente os temas debatidos no referencial teórico-conceitual deste estudo.

Figura 15- Índice de Gini para os municípios da RMRJ (2010)



Fontes: A autora, 2015. IBGE, 2010.

4.2 Configuração da rede de serviços de saúde na RMRJ

A RMRJ possui ampla malha viária federal e estadual, mas que é insuficiente e mal distribuída – ou seja, permite o deslocamento, mas com fluxo intenso de todas as outras regiões do estado do Rio de Janeiro. A cidade do Rio de Janeiro, em pesquisa da empresa holandesa de tecnologia de transporte TomTom, revelou o terceiro pior trânsito do mundo[71]

[71] A pesquisa inclui 169 cidades no mundo. A base da empresa holandesa para concluir o estudo foram as principais vias de cada metrópole, onde é comparada a diferença entre a média de velocidade nos horários de pico (entre 7h e 11h, e entre 18h e 22h) e aquela nos horários de trânsito livre. O estudo mostra ainda que, no Rio

(BORTOLUCCI, 2013). Nessas condições, como a população se desloca? O péssimo transporte púbico certamente é um obstáculo ao acesso aos serviços de saúde. Considerando, entretanto, a grande oferta e concentração de serviços públicos de saúde nos municípios do Rio Janeiro, Nova Iguaçu e Duque de Caxias, a população enfrenta as demoradas viagens em busca de atendimento.

Com a finalidade de descrever a oferta de serviços de saúde de todos os tipos de prestadores nos municípios da RMRJ, foram coletados dados e elaborados indicadores de oferta referentes aos estabelecimentos, recursos físicos e profissionais de saúde disponíveis na região, tendo o mês de dezembro de 2012, como referência para análise. Os dados selecionados referem-se a todos os tipos de prestadores e foram extraídos do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil (CNES), bem como das estimativas populacionais fornecidas pelo IBGE, conforme foi apresentado na tabela 5. Todos os dados foram obtidos através da plataforma DataSUS. Optou-se pela caracterização geral dos serviços de saúde ofertados pelo SUS e pela iniciativa privada, considerando-se a capacidade instalada existente, tal como é preconizado na elaboração do mapa da saúde previsto no Decreto n° 7.508/2011.

A análise dos indicadores de oferta de serviços de saúde foi realizada com base nos critérios e parâmetros de cobertura assistenciais à população, que têm por base a Lei nº 8.080/1990. Foi elaborada como modelos de recomendações técnicas para orientar os gestores do SUS no planejamento, programação e priorização das ações de saúde de acordo com o diagnóstico situacional epidemiológico e financeiro de cada região de saúde. O Ministério da Saúde definiu os parâmetros através da Portaria GM nº 1.101/2002, e esses são destinados a orientar as análises da necessidade de oferta de serviços de saúde, como forma de aperfeiçoamento da gestão territorial e descentralizada do SUS.

Com o intuito de avaliar os indicadores de cobertura assistencial, entendida como oferta disponível de serviços por todos os tipos de prestadores na rede de saúde, utilizaram-se, neste estudo, os parâmetros de cobertura da Portaria nº 1.101/2002, mas optou-se pelo cálculo multiplicador da oferta de serviços para cada dez mil habitantes. O quadro 4 apresenta os indicadores de oferta utilizados para caracterização da RMRJ e como os mesmos foram calculados:

---

de Janeiro, o dia 17 de maio, com fortes chuvas, registrou-se o pior trânsito. Disponível em: http://oglobo.globo.com/rio/rio-tem-terceiro-pior-transito-do-mundo-diz-pesquisa-10775611.

Quadro 4 - Indicadores de oferta de saúde (continua)[72]

	TIPO	INDICADOR	CÁLCULO DO INDICADOR
ESTABELECIMENTOS	Centro de Atenção Psicossocial – CAPS	Número de Centros de Atenção Psicossocial para cada 10.000 Habitantes do Município	$\frac{Nº\ de\ Estabelecimentos}{População\ Residente} x10.000$
	Centros de Saúde/Unidades Básicas de Saúde (UBS)	Número de Centros/UBS para cada 10.000 Habitantes do Município	$\frac{Nº\ de\ Estabelecimentos}{População\ Residente} x10.000$
	Hospital Especializado	Número de Hospitais Especializados para cada 10.000 Habitantes do Município	$\frac{Nº\ de\ Estabelecimentos}{População\ Residente} x10.000$
	Hospital Geral	Número de Hospitais Gerais para cada 10.000 Habitantes do Município	$\frac{Nº\ de\ Estabelecimentos}{População\ Residente} x10.000$
	Posto de Saúde	Número de Postos de Saúde para cada 10.000 Habitantes do Município	$\frac{Nº\ de\ Estabelecimentos}{População\ Residente} x10.000$
PROFISSIONAIS DE SAÚDE	Cirurgião Dentista	Número de Cirurgiões Dentistas para cada 10.000 Habitantes do Município	$\frac{Nº\ de\ Profissionais}{População\ Residente} x10.000$
	Enfermeiro	Número de Enfermeiros para cada 10.000 Habitantes do Município	$\frac{Nº\ de\ Profissionais}{População\ Residente} x10.000$
	Fisioterapeuta	Número de Fisioterapeutas para cada 10.000 Habitantes do Município	$\frac{Nº\ de\ Profissionais}{População\ Residente} x10.000$
	Fonoterapeuta	Número de Fonoterapeutas cada 10.000 Habitantes do Município	$\frac{Nº\ de\ Profissionais}{População\ Residente} x10.000$
	Nutricionista	Número de Nutricionistas para cada 10.000 Habitantes do Município	$\frac{Nº\ de\ Profissionais}{População\ Residente} x10.000$
	Assistente Social	Número de Assistentes Sociais para cada 10.000 Habitantes do Município	$\frac{Nº\ de\ Profissionais}{População\ Residente} x10.000$
	Psicólogo	Número de Psicólogos 10.000 Habitantes do Município	$\frac{Nº\ de\ Profissionais}{População\ Residente} x10.000$
	Médicos	Número de Médicos para cada 10.000 Habitantes do Município	$\frac{Nº\ de\ Profissionais}{População\ Residente} x10.000$

[72] Os conceitos da tipologia dos serviços de saúde podem ser verificados no Anexo A, conforme tabela de tipos de estabelecimento de serviços de saúde definidos pelo DATASUS.

Quadro 4 - Indicadores de oferta de saúde (conclusão)

RECURSOS FÍSICOS	Leitos de Internação	Número de Leitos de Internação para cada 10.000 Habitantes do Município	$\frac{Nº\ de\ Leitos\ de\ Internação}{População\ Residente} x10.000$
	Equipamentos de Diagnóstico por Imagem	Número de Equipamentos de Diagnóstico de Imagens para cada 10.000 Habitantes do Município	$\frac{Nº\ de\ Equipamentos}{População\ Residente} x10.000$

Fonte: A autora, 2015.

Foram realizadas análises das variáveis de forma localizada no território e com padrões de mapeamento tendo como unidades de observação os municípios que compõem a RMRJ (n=19). As análises serão apresentadas através de gráficos, tabelas e mapas temáticos.

A malha municipal utilizada refere-se ao ano de 2005, sendo as mais recentes disponibilizadas pelo DataSUS. Para análise dos dados, foram utilizados os *softwares* Microsoft Excel®, R® Statistics e TabWIN®. Mais detalhes foram apresentados no capítulo 1 deste estudo.

Os dados ora apresentados e analisados são uma aproximação da disponibilidade de serviços de saúde na RMRJ, ainda que as bases de dados utilizadas tenham limitações quanto às informações disponibilizadas na área da saúde. Cabe apontar, aqui, possíveis divergências dos dados e reforçar o debate sobre a importância de dados condizentes com a realidade para a melhoria do planejamento pelos gestores de saúde.

4.2.1 Distribuição territorial da capacidade física de serviços de saúde na RMRJ

A tabela 6 mostra os valores absolutos e o resultado dos indicadores de estabelecimentos nos municípios que compõem a RMRJ. Na tabela não estão presentes as informações referentes às centrais de regulação, pois só foi encontrado registro no CNES no município de Mesquita (uma central de regulação).

Apesar da ausência de informações sobre as centrais de regulação, que são essenciais para a organização da rede, Zimbardi (2013) destaca que na RMRJ I, 33% dos municípios utilizam o Sistema de Regulação (SISREG) do Ministério da Saúde. E, ao contrário dos dados sobre as centrais de regulação, a autora identificou que 75% dos municípios têm a central de regulação ambulatorial e os municípios regulam 92% dos exames especializados na região. Essas centrais, em geral, não possuem protocolos de regulação pactuados com os demais municípios e serviços da rede, e para dificultar ainda mais, na maioria dos municípios (67%) não há sistema informatizado para a operacionalização. Na falta de um sistema informatizado,

o desafio de propor alternativas para o complexo regulador se torna bastante fragilizado, sendo prioritária a implantação do mesmo. Esses mesmos achados são apontados nos instrumentos de gestão, tal como o PDR.

Nos municípios e regiões informatizadas, Reis et al. (2010, p. S169) destacam a importância de o gestor estadual definir uma política de regulação que estabeleça as diretrizes para a implantação, operacionalização e avaliação dos complexos reguladores regionais, abordando desde os fluxos assistenciais, contratualização de prestadores de serviços e padronização dos sistemas de regulação.

Zimbardi (2013) aponta que a regulação da rede de serviços de saúde na RMRJ, conforme dados da Superintendência de Regulação (SR) da SES-RJ, em 2011, demonstra que 58% dos municípios da Região Metropolitana I elaboraram seus planos municipais e implantaram o Complexo Regulador. Observa-se uma deficiência na contratualização dos municípios, com os pontos de atenção mostrando que somente 17% dos municípios utilizaram essa ferramenta de gestão. As ações de autorização e a supervisão assistencial se dão de forma articulada com a equipe da central de regulação em 75% dos municípios, na maioria não informatizada.

Conforme descrito em ata da 8ª reunião ordinária da CIR (Metro I), realizada em 24 de setembro de 2013 e disponível no Portal de Saúde do Estado do Rio de Janeiro, existe a necessidade de criar uma instância que faça efetivamente a regulação da oferta de serviços de saúde. Atualmente, o que se tem é agendamento de consultas na medida em que o sistema é acessado pelos profissionais de saúde. A proposta que vem sendo debatida junto com o COSEMS é desenhar um modelo de regulação que tenha base na central regional interagindo com as demais centrais municipais. Ressalta-se que existem vagas ociosas, absenteísmo das vagas e o desconhecimento dos municípios da Metro I sobre o volume real do que se está disponibilizando. Destaca-se, ainda, que a radioterapia e tratamento de próstata são exemplos de raras vagas existentes e que há clara necessidade de ampliar a oferta e o acesso às áreas de oncologia e radioterapia. Para enfrentar esses problemas, é fundamental que as centrais de regulação dos municípios estejam organizadas e em funcionamento.

Serra e Rodrigues (2010, p. 3.580) destacam que:

> A regulação dos serviços é tarefa indelegável do gestor do sistema de saúde e envolve processos tais como: planejamento da oferta de ações e serviços com base nas necessidades de saúde da população; estabelecimento de responsabilidades e de metas quantitativas e qualitativas da atenção para as unidades de prestação de serviços dos diferentes níveis de complexidade; regulação da utilização dos serviços; monitoramento e avaliação dos resultados alcançados para a correção dos processos de trabalho.

Observou-se que, em relação aos números absolutos, o município do Rio de Janeiro é o que mais se destaca quanto aos estabelecimentos de saúde. Contudo, ao se analisar os indicadores, que levam em consideração a população residente, é possível perceber que o município do Rio de Janeiro acaba se mostrando um dos mais carentes quanto à disponibilidade de estabelecimentos de saúde, devido ao fluxo da população por busca de atendimento – ou seja, a demanda é maior que a oferta disponível.

Tal comportamento pode ser explicado pela extensa população residente no município do Rio de Janeiro, que corresponde a mais de 53% da RMRJ. – sendo assim, mesmo um grande número de estabelecimentos pode não ser suficiente para atender à elevada demanda. Além disso, estabelecimentos como hospitais gerais e hospitais especializados tendem a receber fluxo de outros municípios, o que pode impactar negativamente no acesso da população residente a esses estabelecimentos.

No município do Rio de Janeiro, a política de reforma da APS, com a implantação das Clínicas de Saúde da Família (CSF), tem apresentado significativos resultados de expansão da ESF, mas os dados disponíveis nas bases de dados e no período definido neste estudo não estavam disponíveis para coleta. O município do Rio de Janeiro, em dezembro de 2008, partiu de uma cobertura populacional de 3,7%, com equipes de saúde da família completas,[73] para a maior ampliação entre as capitais do país, com acréscimo absoluto de quase 640 equipes, passando dos 3,7% para 40,1% de cobertura no final de 2012. Essa ampliação vem mudando drasticamente o cenário de APS no município. Está prevista, até o ano 2016, uma cobertura de CSF em 70% da população (OPAS, 2013).

Nesse processo de expansão, as unidades de saúde do Rio de Janeiro podem ser classificadas em três tipos: a) unidades tipo A: unidades de saúde onde todo o território é coberto por equipes da ESF; b) unidades tipo B: unidades de saúde tradicionais, com incorporação de uma ou mais equipes da ESF, que cobrem parcialmente o território; c) unidades tipo C: unidades básicas de saúde tradicionais, sem a presença de equipes de ESF.[74] Ainda não está claro nas bases de dados como essas unidades serão cadastradas no CNES, como UBS, centros de saúde ou posto de saúde, portanto, os indicadores deste estudo podem sofrer limitações quanto a real expansão dos serviços de APS no município do Rio de Janeiro.

---

[73] Médicos família, enfermeiros, técnicos de enfermagem, cirurgiões-dentistas, técnicos de saúde bucal, com agentes comunitários de saúde e agentes de vigilância em saúde.

[74] "O grande risco para a consolidação do modelo proposto é a falta de recursos humanos de qualidade e bem preparados para trabalhar em APS, em especial de médicos de família e comunidade. [...] A rápida expansão da ESF exigiu uma oferta em grande escala de médicos, impossível de ser completada com médicos especialistas em APS, os médicos de família e comunidade" (OPAS, 2013).

Tabela 6 – Estabelecimentos de saúde para cada dez mil habitantes da RMRJ

Municípios da RMRJ	Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)		Posto de Saúde+ Unidades Básicas de Saúde+Centro de Saúde		Hospital Especializado		Hospital Geral		Policlínica		Total
	N	Indicador	N	Indicador	N	Indicador	N	Indicador	N	Indicador	N
Belford Roxo	3	0,063	35	0,737	3	0,063	1	0,021	13	0,274	55
Duque de Caxias	5	0,058	94	1,084	5	0,058	11	0,127	20	0,231	135
Itaboraí	2	0,090	50	2,246	1	0,045	2	0,090	3	0,135	58
Itaguaí	2	0,177	34	3,004	0	0,000	1	0,088	2	0,177	39
Japeri	1	0,103	10	1,027	0	0,000	1	0,103	2	0,205	14
Magé	3	0,130	64	2,776	0	0,000	4	0,173	1	0,043	72
Maricá	0	0,000	23	1,702	0	0,000	2	0,148	1	0,074	26
Mesquita	2	0,118	22	1,298	1	0,059	1	0,059	4	0,236	30
Nilópolis	1	0,063	14	0,886	3	0,190	3	0,190	6	0,380	27
Niterói	5	0,102	45	0,915	19	0,386	19	0,386	20	0,407	108
Nova Iguaçu	3	0,037	66	0,823	4	0,050	6	0,075	50	0,624	129
Queimados	2	0,142	13	0,926	2	0,142	0	0,000	11	0,784	28
Rio Bonito	1	0,177	16	2,835	0	0,000	1	0,177	7	1,240	25
Rio de Janeiro	27	0,042	249	0,390	111	0,174	148	0,232	70	0,110	605
São Gonçalo	3	0,030	136	1,338	10	0,098	15	0,148	45	0,443	209
São João de Meriti	3	0,065	16	0,348	3	0,065	2	0,043	11	0,239	35
Seropédica	2	0,250	15	1,872	0	0,000	0	0,000	1	0,125	18
Silva Jardim	1	0,468	13	6,086	0	0,000	1	0,468	1	0,468	16
Tanguá	0	0,000	8	2,545	1	0,318	0	0,000	1	0,318	10
Total	66	0,055	923	0,772	163	0,136	218	0,182	269	0,225	1639

Nota: Número absoluto de estabelecimentos (n) e valor do indicador para cada dez mil indivíduos (indicador).
Fontes: A autora, 2015. DATASUS/CNES, dez. 2012.

Para ter uma ideia ainda mais clara da disponibilidade de serviços, Machado e Lima (2008) identificaram o peso dos estabelecimentos privados no sistema de saúde (incluindo os que prestam e os que não prestam serviços ao SUS) e evidenciaram a tendência de alta concentração de serviços privados, sendo que a RMRJ encontra-se entre as quatro com maior percentual, chegando a 70%.

O'Dwyer e Mattos (2013) apontam especificidades no município do Rio de Janeiro em relação à complexa rede hospitalar pública, que se divide em gestão municipal, estadual, federal, além das entidades filantrópicas e universidades que vêm dificultando a integração entre os serviços e consolidação das redes.

Os mapas abaixo que se seguem mostram a distribuição espacial do indicador referente ao número de Centros de Atenção Psicossocial, centros de saúde/Unidades Básicas de Saúde (UBS) e postos de saúde, hospitais gerais e especializados e as policlínicas por dez mil habitantes.

É possível observar o padrão espacial nos mapas das figuras 16, 17, 18, 19 e 20 elaborados a partir dos indicadores por 10 mil habitantes conforme apresentado na tabela 6. Em valores absolutos é clara a concentração de estabelecimentos de saúde no município do Rio de Janeiro, Niterói, Duque de Caxias e São Gonçalo, mas, quando analisados pela distribuição por habitantes a variabilidade desses indicadores entre os municípios apontando para uma situação de baixa oferta dos serviços e distribuição espacial nos municípios da RMRJ. Contudo, a desigualdade na oferta de serviços (valores absolutos) não é parâmetro para avaliar a equidade, uma vez que é essencial conhecer as demandas de cada população e as características territoriais para poder inferir tal análise.

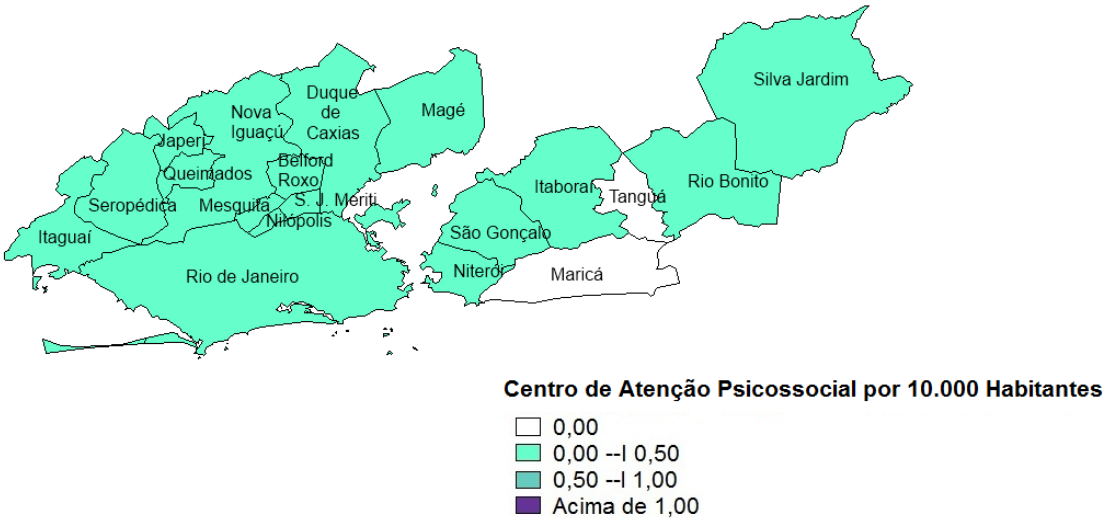
Os municípios com mais de 100 mil habitantes apresentam ou deveriam apresentar economia de escala no que concerne aos serviços de saúde, já aqueles com menos de cinco mil habitantes precisam de maior cooperação intergovernamental, pois os serviços especializados ficam, em sua maioria, alocados fora da sua área jurisdicional, mesmo que seja citado na literatura que municípios com baixa densidade demográfica e contingente populacional exíguo, e por decorrência, com presença de deseconomia de escala, necessitem da disposição de serviços de atenção primária (VICKREY, 1969; MENDES, 2012).

Zimbardi (2013) destaca que a distribuição desigual dos serviços e equipamentos urbanos, a crescente demanda por habitações, acompanhada do aumento de submoradias e da expansão de favelas, a intensa degradação ambiental e o esgotamento dos recursos naturais, a marginalidade, o desemprego, a exclusão social e a capacidade instalada para assistência à

saúde são características desta região. Corroborando a análise realizada no referencial teórico no capítulo 2.

Em relação à oferta de Centros de Atenção Psicossocial, existem parâmetros específicos para a constituição da rede de saúde mental, que se dão da seguinte forma: (1) municípios até 20 mil habitantes - rede básica com ações de saúde mental; (2) municípios entre 20 a 70 mil habitantes - CAPS I e rede básica com ações de saúde mental; (3) municípios com mais de 70 mil a 200 mil habitantes - CAPS II, CAPS Álcool e outras Drogas e rede básica com ações de saúde mental; (4) municípios com mais de 200 mil habitantes - CAPS II, CAPS III, CAPS AD, CAPSi, e rede básica com ações de saúde mental e capacitação do SAMU.

Figura 16 - CAPS por dez mil habitantes da RMRJ



Fontes: A autora, 2015. Ministério da Saúde. Sala de Apoio à Gestão Estratégica dez. 2012.

Segundo a figura 16, observa-se que entre os municípios da segunda faixa populacional, apenas Tanguá não tem registro de nenhum CAPS. Na terceira faixa populacional, todos deveriam ter no mínimo dois CAPS, mas Maricá não tem nenhum; Japeri, Nilópolis, Rio Bonito e Siva Jardim, apenas um; e Itaguaí tem dois. Na quarta faixa, os demais municípios deveriam ter uma oferta de no mínimo quatro CAPS cada um, exceto o

Rio de Janeiro, que tem ampla oferta e Niterói e Duque de Caxias com cinco CAPS; o restante apresenta entre dois a três CAPS.

A figura 17 apresenta a distribuição espacial dos centros de saúde/UBS/postos de saúde, e um fato importante de ser destacado é a variedade de nomenclaturas que são dadas às unidades de atenção primária à saúde, variações como, por exemplo: PAM (Posto de Assistência Médica), PMS (Posto de Médico Sanitário), SPMS (Subposto Municipal de Saúde), CMS (Centro Municipal de Saúde), CRAS (Centro de Referência da Assistência Social), até as USF (Unidades de Saúde da Família).

Essa variação pode influenciar no momento da alimentação dos dados nos sistemas de informação, com as mudanças de gestão, de políticas públicas e devido ao processo histórico, em muitos municípios brasileiros, as unidades de saúde oferecem a mesma carteira de serviços; apresentam, no entanto, nomenclaturas diversas, o que dificulta a visibilidade da oferta de serviços de cada nível de atenção. Além do mais, a falta de caracterização das unidades apresenta-se como dificultador na compreensão, pelo usuário, da grade de serviços ofertados, o que dificulta o acesso aos serviços.

Dos municípios, conforme a figura 17, que têm acima de 1,0 estabelecimentos por dez mil habitantes, destaca-se o majoritariamente os municípios da RMRJ II. Essa distribuição das unidades de saúde da atenção básica representa, em parte, os municípios com maior cobertura da ESF. Os municípios com cobertura populacional da ESF maior que 80% são: Tanguá, Silva Jardim e Rio Bonito, os dados podem ser observados no Apêndice C.

No Rio de Janeiro, por exemplo:

> [...] a desproporção de unidades hospitalares em relação à atenção básica produziu baixa resolutividade do atendimento à urgência. Esse cenário, de baixa cobertura de atenção básica (25%) tem se modificado e ampliado desde 2009, com o crescente incremento da Estratégia Saúde da Família (O'DWYER; MATTOS, 2013, p. 201).

Na realidade, desde o ano de 2005, o governo federal tem fortalecido e enfatizado a ESF em regiões metropolitanas. O estudo de O'Dwyer e Mattos (2013) foi realizado visando ao atendimento das urgências no estado do Rio de Janeiro, e não a rede hospitalar. Mas, como a implantação da Rede de Urgência e Emergência (RUE) em áreas metropolitanas é recente, implantada a partir de 2004/2005 na RMRJ (pioneiro na implantação regional do SAMU e Unidade de Pronto Atendimento - UPA), podemos inferir que essas demandas por serviços "pré-hospitalares" na verdade sobrecarregavam ainda mais as unidades hospitalares.

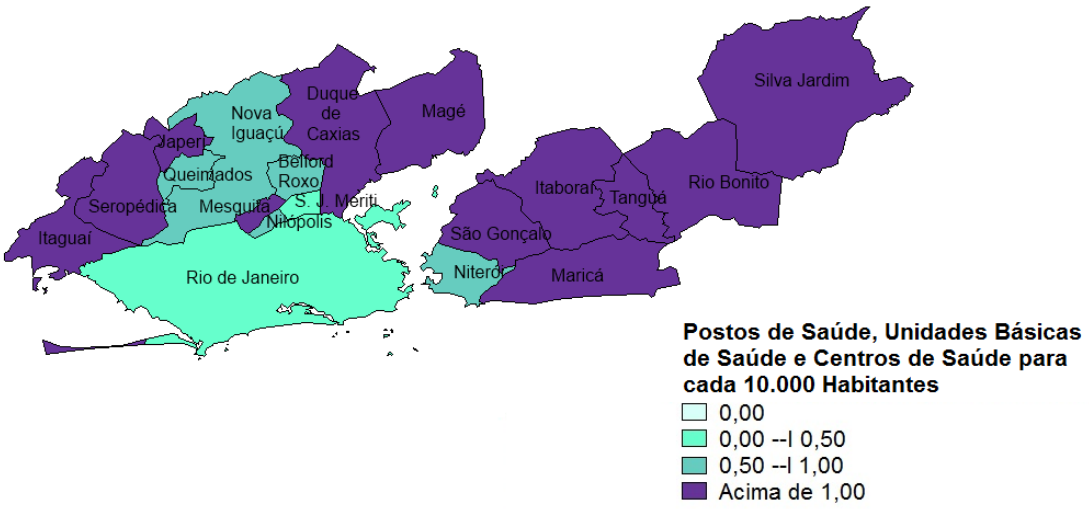
"O processo de implantação das UPA no estado do RJ teve início em 2007, expandindo-se de modo significativo até dezembro de 2012, quando existiam 61 UPA em

funcionamento no estado, sendo 50% localizadas na capital", somente a capital e RMRJ totalizavam 44 UPA. (LIMA et al, 2015, p.599).

Lima et al (2015) destacam que as UPA tem um papel destaque na política de saúde do estado com repercussões importantes para a configuração do sistema de saúde na RMRJ: ampliação do papel da SES/RJ na prestação de serviços de urgência, conformação de um número significativo de novas unidades de saúde, mudanças nas formas de gestão e funcionamento de serviços previamente existentes (particularmente a atenção básica e as emergências hospitalares)[75].

Com a expansão da ESF e inclusão de serviços na RUE, à tendência é reduzir as demandas na rede hospitalar. Contudo, um dos desafios para o planejamento e gestão do sistema é ir além da oferta e ampliação de cobertura da ESF, assegurando o acesso e atendimento integral e resolutivo da atenção básica, através da clínica ampliada, articulação intersetorial, e de um eficiente sistema de regulação e o estabelecimento de relações pessoais com vínculos legítimos que garantam os fluxos de usuários na RAS.

Figura 17 - Centros de Saúde/UBS/Postos de Saúde por dez mil habitantes na RMRJ



Fontes: A autora, 2015. Ministério da Saúde. Sala de Apoio à Gestão Estratégica dez. 2012.

[75] Neste estudo as UPA não são mais bem exploradas em sua capacidade instalada porque as informações não estavam disponíveis nas bases de dados do DATASUS no período de coleta.

Em termos quantitativos, tomando-se o número de hospitais especializados e gerais por dez mil habitantes, conforme a Portaria nº 1.101/2002, a oferta deve ser de dois leitos para mil habitantes – neste caso, para dez mil habitantes deveriam estar disponíveis aproximadamente 24 mil leitos para toda a RMRJ. Atualmente, a oferta de leitos de internação SUS, independentemente do prestador do serviço para toda a RMRJ, conta com 19.088 leitos, um déficit de aproximadamente cinco mil leitos, conforme se observa na tabela 7 e nas figuras 18 e 19, com a distribuição dos hospitais na região, e mais adiante na seção de recursos físicos, a figura 22 mostra o mapa da distribuição dos leitos nos municípios.

O COAP estabeleceu como diretriz a garantir acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política da atenção especializada. Para isso criou o indicador de "Proporção de serviços hospitalares com contrato de metas firmado".

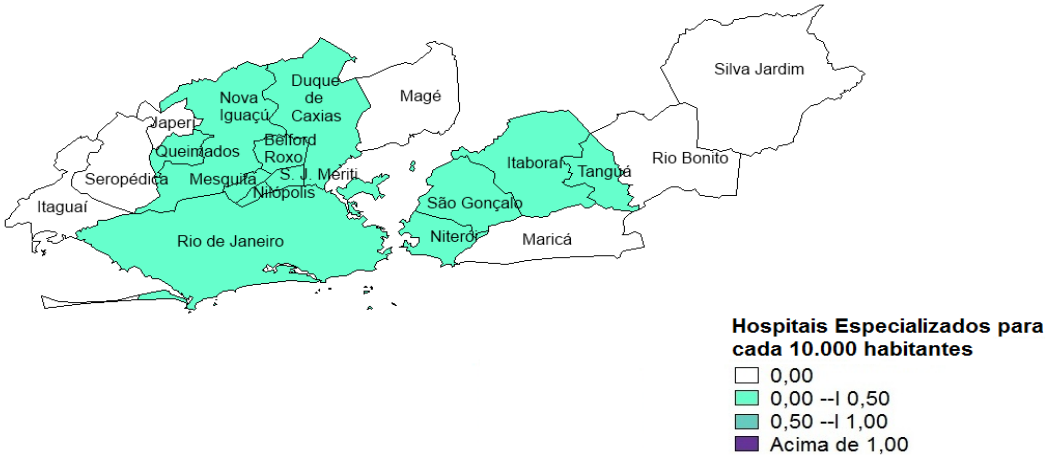
Serão considerados "hospitais contratualizados" as unidades hospitalares que estabelecerem, junto aos gestores municipais, metas quantitativas e qualitativas que visem a aprimorar o processo de atenção à saúde e de gestão hospitalar; vinculada aos recursos financeiros, a meta é 40% para cobertura da atenção especializada. Entre os municípios da RMRJ, Rio Bonito tem 100%; Rio de Janeiro 10%; Niterói tem 9% e São Gonçalo, 9%. Este indicador ainda é baixo, mas espera-se que as pactuações ocorram gradualmente e permitam articular a rede e ampliar o acesso à atenção especializada nos municípios.

Tabela 7- Leitos de internação por especialidade e tipo de prestador na RMRJ

Especialidade	Público	Filantrópico	Privado	Total
Cirúrgicos	4236	368	203	4807
Clínicos	4085	262	594	4941
Obstétrico	1931	62	222	2215
Pediátrico	1243	44	609	1896
Outras Especialidades	2158	232	2263	4653
Hospital/DIA	448	3	125	576
Total	14.101	971	4016	19.088

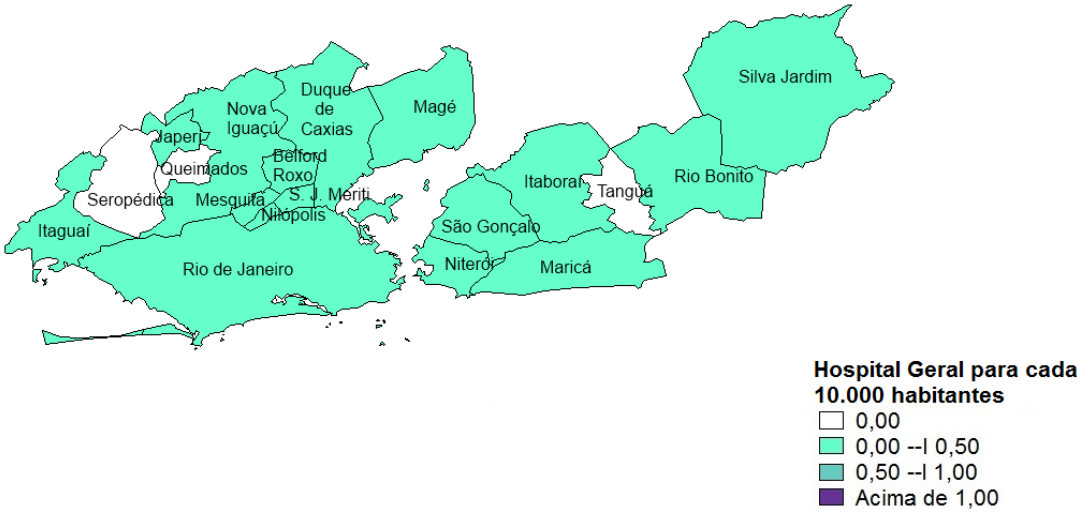
Fonte: Ministério da Saúde. CNES, mai. 2013.

Figura 18- Hospitais especializados por dez mil habitantes na RMRJ



Fontes: A autora, 2015. Ministério da Saúde. Sala de Apoio à Gestão Estratégica dez. 2012.

Figura 4.19 - Hospitais gerais por dez mil habitantes na RMRJ

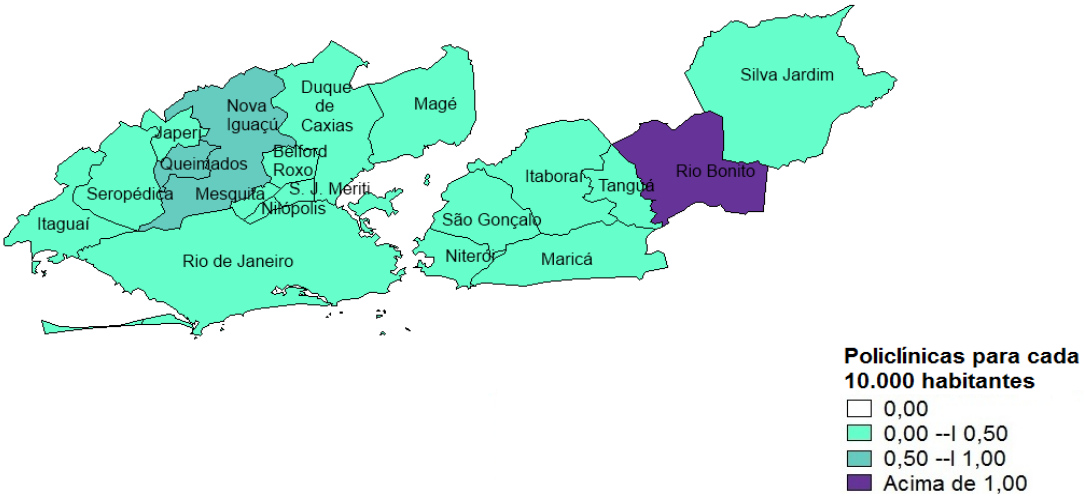


Fontes: A autora, 2015. Ministério da Saúde. Sala de Apoio à Gestão Estratégica dez. 2012.

O mapa da figura 20 mostra a distribuição espacial do indicador referente ao número de policlínicas de saúde nos municípios da RMRJ. As cores mais escuras representam maior

número de estabelecimentos deste tipo para cada dez mil habitantes, sendo as áreas mais claras aquelas com menos estabelecimentos desse tipo.

Figura 20- Policlínicas de saúde por dez mil habitantes na RMRJ



Fontes: A autora, 2015. Ministério da Saúde. Sala de Apoio à Gestão Estratégica dez. 2012.

O valor mais elevado se concentra no município de Rio Bonito, na RMRJ II, à direita no mapa, mas vale destacar também os municípios de Nova Iguaçu e Queimados na faixa de 0,50 a 1,00 estabelecimentos por 10 mil habitantes. Os piores indicadores são de Magé e Maricá que podem ser observados na tabela 6.

A partir dessas análises, é possível observar que a oferta geral de estabelecimentos de saúde variou pouco entre municípios que compõem a RMRJ. Apesar de o número absoluto de estabelecimentos apresentar grande variação, sendo elevado em municípios de grande porte e baixo em municípios de pequeno porte, o indicador de estabelecimentos por porção da população mostra que, de maneira geral, existe menos de 0,5 estabelecimento de saúde para cada dez mil indivíduos, sendo os valores mais baixos nos municípios de grande porte.

A tabela 8 mostra os valores absolutos e o resultado dos indicadores de recursos físicos nos municípios que compõem a RMRJ, enquanto os *boxplots* da figura 21 mostram a dispersão e as medidas de posição de cada indicador.

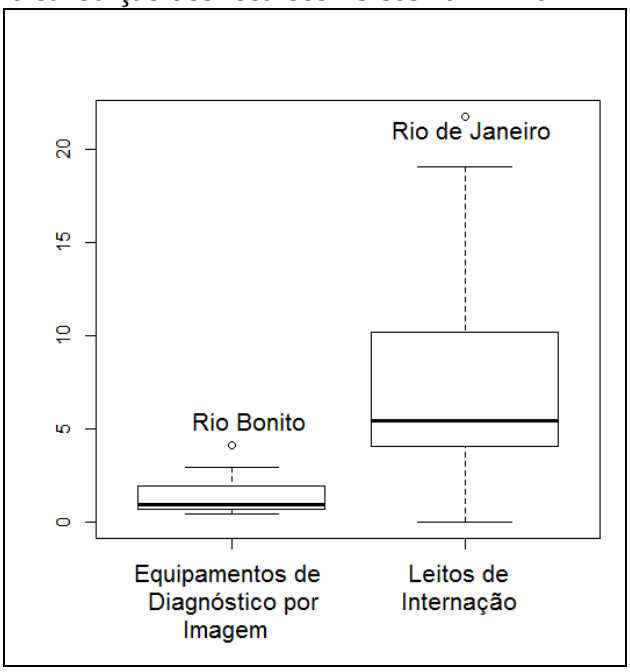
Tabela 8- Recursos físicos para cada dez mil habitantes da RMRJ**

	Equipamentos de Diagnóstico de Imagem		**Leitos de Internação**	
Município	N	Indicador	N	Indicador
Belford Roxo	21	0,442	76	1,601
Duque de Caxias	59	0,680	609	7,024
Itaboraí	20	0,898	304	13,656
Itaguaí	33	2,916	90	7,952
Japeri*	9	0,925	100	10,274
Magé	20	0,867	231	10,019
Maricá	7	0,518	73	5,403
Mesquita	16	0,944	89	5,250
Nilópolis	15	0,949	109	6,899
Niterói	101	2,054	1068	21,716
Nova Iguaçu	56	0,661	295	3,679
Queimados	6	0,427	0	0,000
Rio Bonito	23	4,075	25	4,430
Rio de Janeiro	1310	2,050	12155	19,021
São Gonçalo	56	0,551	525	5,167
São João de Meriti	31	0,674	156	3,391
Seropédica	10	1,248	0	4,492
Silva Jardim	4	1,872	36	16,852
Tanguá	6	1,909	0	0,000

Nota: *O número elevado de leitos é em função da existência, ainda, de um hospital psiquiátrico.
**Número absoluto de recursos físicos (n) e valor do indicador
Fonte: A autora, 2015. Ministério da Saúde / CNES. Mês de referência dez. 2012.

Assim como observado em relação aos estabelecimentos, o Rio de Janeiro apresentou os maiores números absolutos de recursos físicos em relação aos demais municípios da RMRJ. Contudo, ao contrário do que se observou quanto aos estabelecimentos, o município do Rio de Janeiro também se destaca no valor do indicador de cada recurso físico estudado. Ou seja, mesmo sendo um município de proporções maiores que os demais, no que diz respeito aos recursos físicos, o Rio de Janeiro apresentou um quantitativo elevado de leitos de internação e equipamentos de diagnóstico de imagem, o que possibilita uma oferta maior dos mesmos à sua população. Cabe ressaltar que o município do Rio de Janeiro representa 53% da população da RMRJ, e possuía 72,6% dos equipamentos de diagnóstico por imagem e 76,5% dos leitos de internação.

Figura 21- *Boxplots* da distribuição dos recursos físicos na RMRJ

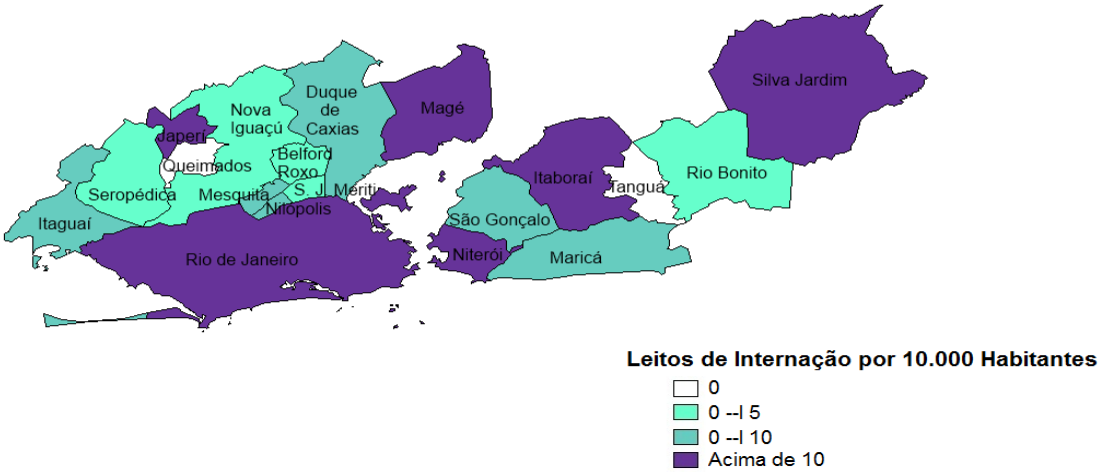


Fonte: A autora, 2015.

Os *boxplots* da figura 21 apontam variabilidade maior dos valores dos indicadores de recursos físicos entre os municípios do que a observada nos indicadores de estabelecimentos. Os indicadores de equipamentos e leitos variaram de 0 a 4,0 e de 0 a 21,7, respectivamente, enquanto entre os estabelecimentos a maior dispersão havia sido observada no número de postos de saúde que havia variado de 0 a 2,3 para cada dez mil habitantes. Neste sentido, constatou-se maior desigualdade na distribuição dos recursos físicos entre os municípios que compõem a RMRJ, que pode ser mais bem observada nos mapas das figuras 22 e 23, que apresentam a distribuição espacial dessas variáveis.

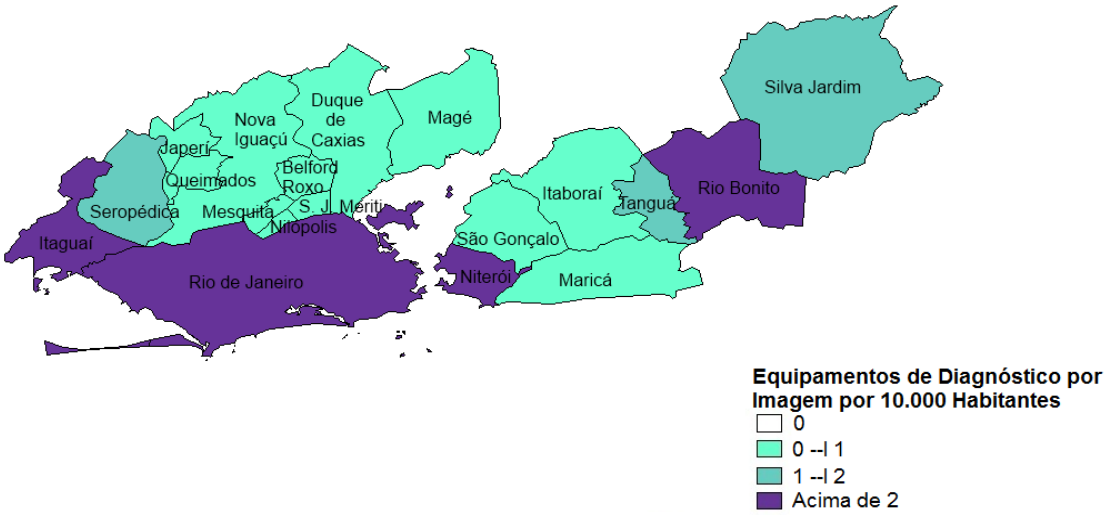
É possível observar, pelos mapas, que não existe diferença clara na distribuição dos dois indicadores entre os municípios que compõem as Regiões Metropolitanas I e II. Em relação ao número de equipamentos de diagnóstico por imagem, observou-se uma concentração dos valores entre 0 e 1 nos municípios ao centro do mapa, enquanto os valores mais elevados, acima de 1, se concentraram nos municípios ao extremo sudoeste e nordeste do mapa. A distribuição do indicador de leitos de internação se mostrou aleatoriamente distribuído entre os municípios.

Figura 22- Leitos de internação para cada dez mil habitantes na RMRJ



Fontes: A autora, 2015. Ministério da Saúde. CNES, dez. 2012.

Figura 23- Equipamentos de diagnóstico por imagem para cada dez mil habitantes na RMRJ



Fontes: A autora, 2015. Ministério da Saúde. CNES, dez. 2012.

E ainda, para complementar a análise dos recursos físicos, a tabela 9 apresenta o total de equipamentos existentes, em uso e disponíveis no SUS. Foram descritos apenas os disponíveis pelo SUS.

Tabela 9- Recursos físicos - equipamentos na RMRJ

Equipamento selecionado	Existentes	Em_Uso	Disponíveis_SUS
Mamógrafo	383	374	78
Raio X	4006	3780	759
Tomógrafo Computadorizado	327	316	78
Ressonância Magnética	188	187	19
Ultrassom	2418	2323	430

Fonte: Ministério da Saúde. CNES, mai. 2013.

A Portaria nº. 1.101/2002 estabeleceu como parâmetro um mamógrafo para cada 240 mil habitantes. A região precisaria de aproximadamente 50 e tem78 disponíveis no SUS. Em relação ao tomógrafo computadorizado por 100 mil habitantes, deveria ter aproximadamente 120 e há apenas 78, com um déficit de 42 equipamentos. Para ressonância magnética por 500 mil habitantes, deveria haver 24 e atualmente há 19 disponíveis pelo SUS. Ultrassom e radiologia simples por 25 mil habitantes, deveriam ser ofertados 480 equipamentos de cada, e neste caso há um déficit de 50 equipamentos de ultrassom. Por outro lado, há um número bem maior do que o recomendado para aparelhos de raio-X.

4.2.2 Distribuição territorial de profissionais de saúde da rede de saúde da RMRJ

Os maiores valores absolutos das variáveis de profissionais de saúde foram observados no município do Rio de Janeiro. Em relação aos indicadores, observou-se maior variação entre os municípios. Assim como ocorreu em relação aos estabelecimentos, os municípios de menor porte apresentaram os maiores valores de alguns dos indicadores, todos os dados são apresentados na tabela do Apêndice E.

Niterói apresentou o maior indicador referente a todas as categorias profissionais, enquanto Rio de Janeiro apresentou o valor máximo referente apenas aos indicadores de enfermeiros. Observou-se que em termos absolutos elevada proporção dos profissionais de todas as áreas se concentram no Rio de Janeiro, de maneira que aproximadamente mais de 60% dos profissionais de cada ocupação se encontram neste município. Em relação aos nutricionistas, enfermeiros e médicos, o percentual ultrapassa 70% dos valores absolutos. Esses dados apenas confirmam a tendência de concentração de profissionais qualificados em regiões mais bem desenvolvidas economicamente, até porque as ofertas de serviços mais especializados também se concentram nessas áreas. Os indicadores do estudo enfatizam o

cenário de desigualdade na distribuição geográfica dos profissionais de saúde, ver Apêndice E. Além disso, a distribuição dos profissionais de saúde está muito mais relacionada ao mercado do que o interesse público que deveria ser defendido pelo Estado.

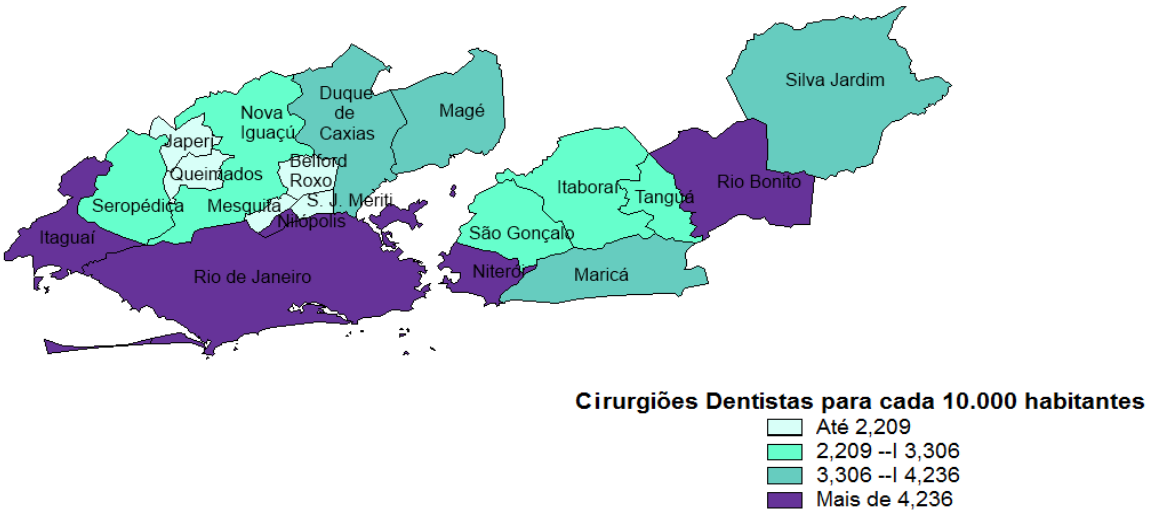
Os indicadores que apresentaram maior variabilidade entre os municípios foram o número de enfermeiros e o número de médicos para cada dez mil habitantes. Em relação ao primeiro, observou-se variação de 1,909 em Tanguá até 14,779 no Rio de Janeiro, enquanto o segundo variou de 2,863 em Tanguá até 57,868 em Niterói para cada dez mil habitantes. Quanto aos demais indicadores, o que se observou foram valores discrepantes em relação ao máximo das mesmas, mas com baixa variabilidade, ou seja, alguns municípios se destacaram positivamente dos demais com valores muito elevados.

A desigualdade na distribuição dos profissionais de saúde pode ser observada de modo mais claro nos mapas das figuras 24 a 31. As faixas adotadas correspondem à distribuição de cada indicador, sendo as regiões mais escuras correspondentes aos municípios com os maiores valores do indicador. É possível observar padrões similares na distribuição espacial de alguns dos indicadores, com a disposição das cores parecidas nos respectivos mapas.

Na figura 24, por exemplo, correspondentes à distribuição dos indicadores de cirurgiões-dentistas, observa-se uma concentração dos municípios com os valores mais elevados nos extremos leste e oeste do mapa, com destaque para Rio Bonito, a leste, na Região Metropolitana II e para Itaguaí e Nilópolis, a oeste, na Região Metropolitana I. Niterói e Rio de Janeiro também se destacam com valores elevados. Já os valores mais baixos estão concentrados nos municípios de Belford Roxo, Queimados, Japeri e São João de Meriti.

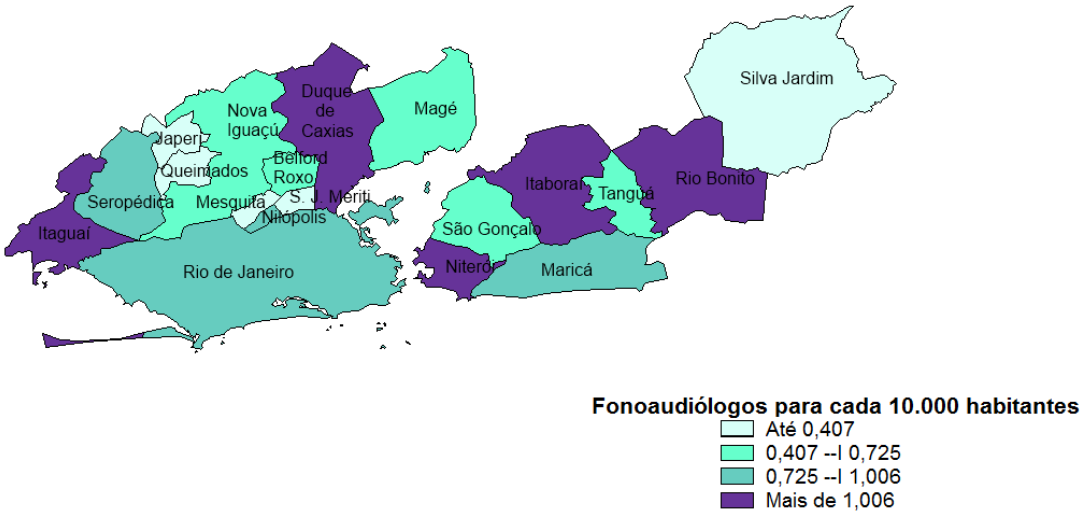
Na distribuição dos fonoaudiólogos observa-se maior concentração em Itaguaí, Duque de Caxias, Niterói, Itaboraí e Rio Bonito. E menor concentração em Japeri, Queimados, em Silva Jardim nenhum fonoaudiólogo constava no registro da base de dados do DATASUS.

Figura 24 – Cirurgiões-dentistas para cada dez mil habitantes na RMRJ



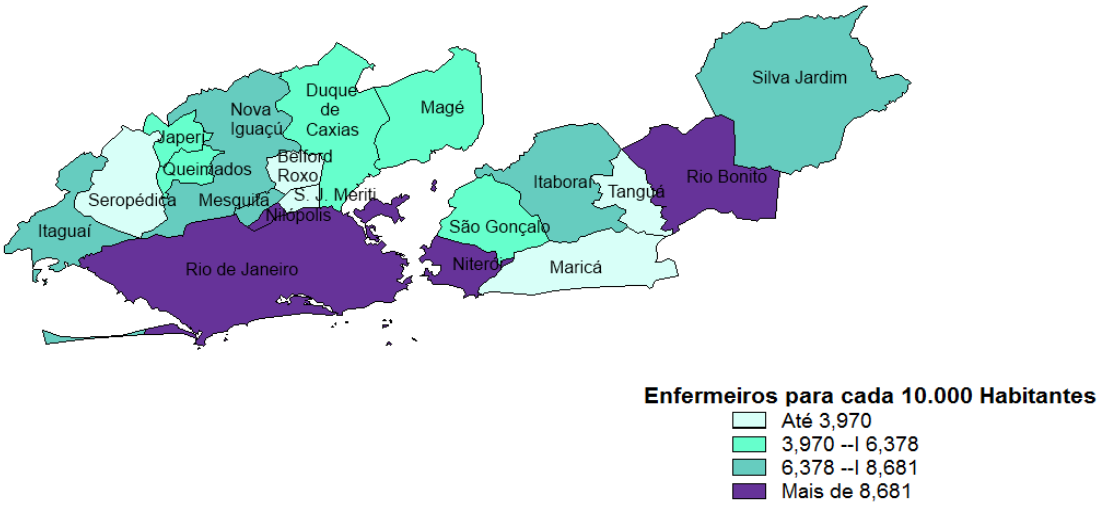
Fontes: A autora, 2015. Ministério da Saúde. DATASUS, dez. 2012.

Figura 25 - Fonoaudiólogos para cada dez mil habitantes na RMRJ



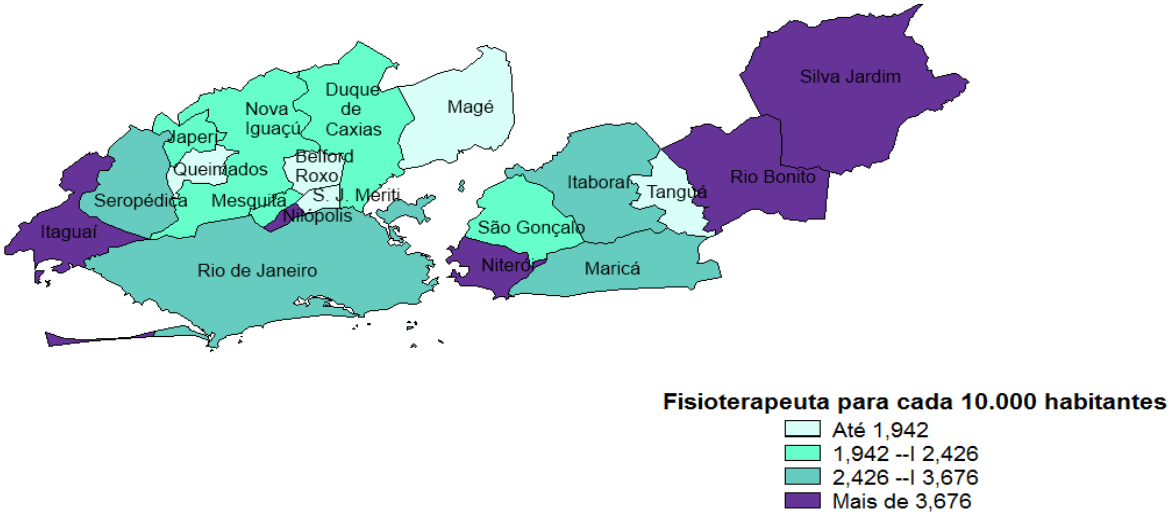
Fontes: A autora, 2015. Ministério da Saúde. DATASUS, dez. 2012.

Figura 26 - Enfermeiros para cada dez mil habitantes na RMRJ



Fontes: A autora, 2015. Ministério da Saúde. DATASUS, dez. 2012.

Figura 27 - Fisioterapeutas para cada dez mil habitantes na RMRJ



Fontes: A autora, 2015. Ministério da Saúde. DATASUS, dez. 2012.

Os indicadores de enfermeiros e fisioterapeutas, segundo os mapas das figuras 26 e 27, respectivamente, também apresentam padrão espacial similar. Mais uma vez, se observam os maiores valores de enfermeiros nos municípios de Nilópolis, Niterói, Rio Bonito e Rio de Janeiro e os menores em Tanguá e Seropédica. Já para os fisioterapeutas a concentração se dá em Niterói, Itaguaí, Silva Jardim e Rio Bonito e o pior em Tanguá, conforme Apêndice E.

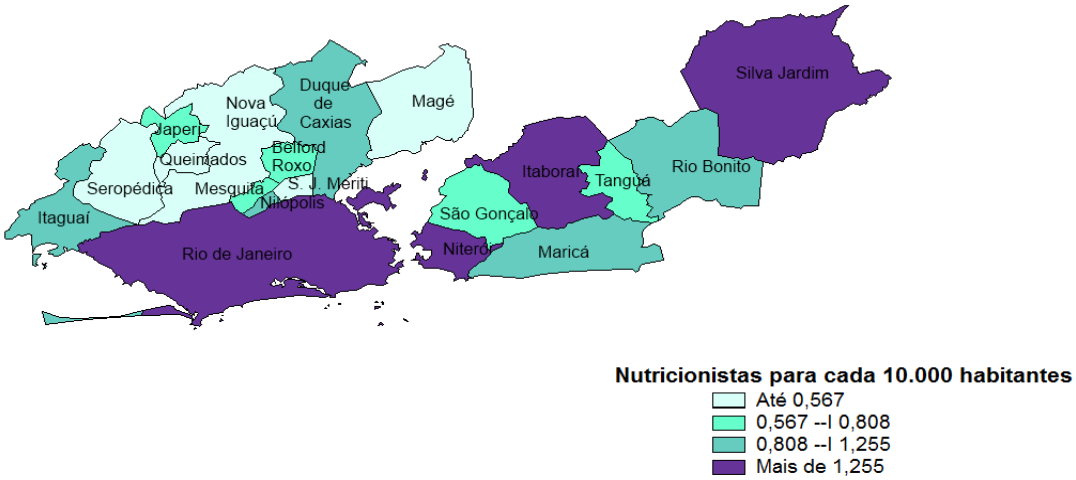
O padrão da distribuição espacial também foi similar nos mapas das figuras 28, 29, 30 e 31, correspondentes aos indicadores referentes aos nutricionistas, assistentes sociais, psicólogos e médicos, respectivamente. Observa-se, nos quatro mapas, que Silva Jardim, Itaboraí, Rio Bonito, Duque de Caxias, Itaguaí, Niterói e Rio de Janeiro apresentaram valores elevados para esses indicadores. Os valores mais baixos se apresentaram dispersos entre os municípios das Regiões Metropolitanas I e II, com destaque para Tanguá que apresenta 2,863 médicos para cada dez mil habitantes.

O número de médicos no Brasil em 2012 segundo o CREMESP (2013) se aproxima dos 400 mil e atinge a taxa de 2,00 profissionais por 1.000 habitantes. No *ranking* brasileiro o estado do RJ encontra-se em segundo lugar de médicos por 1.000 habitantes com 3,62, entretando, esses profissionais se concentram em poucos municípios, especialmente nos grandes centros urbanos, tal como se pode observar na RMRJ e as diferenças entre os municípios de Niterói e Rio de Janeiro (cidades pólos) com o município de Tanguá, essa fixação é uma limitação na expansão da oferta e do acesso aos serviços de saúde para os gestores dos pequenos municípios.

A pesquisa da demografia médica no Brasil, realizada pelo Conselho Regional de Medicina do estado de São Paulo (CREMESP) destaca que:

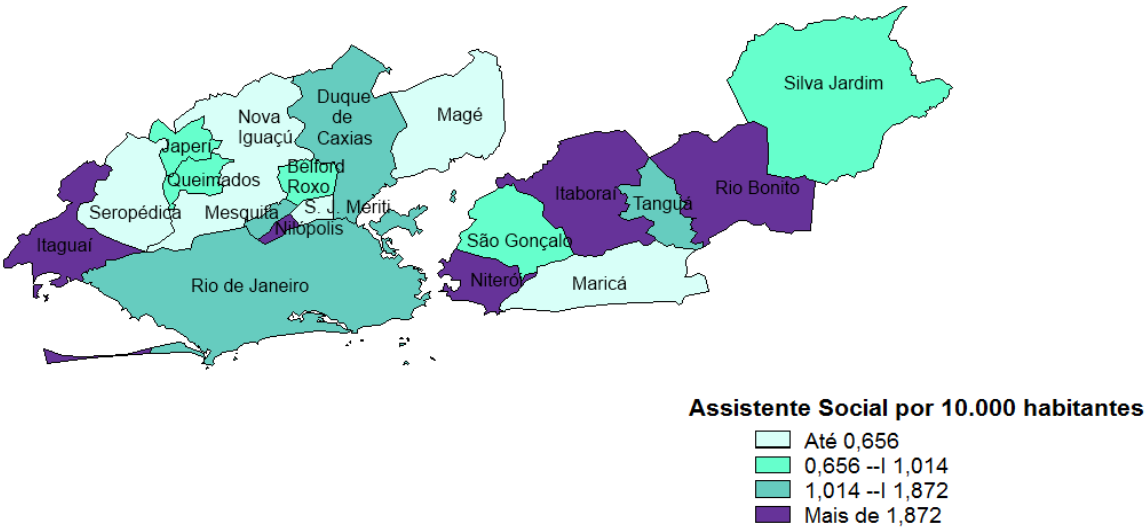
> "[...] a concentração dos médicos acompanha a existência de serviços de saúde e de outros profissionais, principalmente de dentistas e enfermeiros. A configuração das estruturas e dos equipamentos de saúde, o atrativo das condições coletivas de exercício profissional, a oferta de emprego e renda, e a qualidade de vida jogam a favor da instalação dos médicos nos grandes centros" (2013, p.13).

Figura 28 - Nutricionistas para cada dez mil habitantes na RMRJ



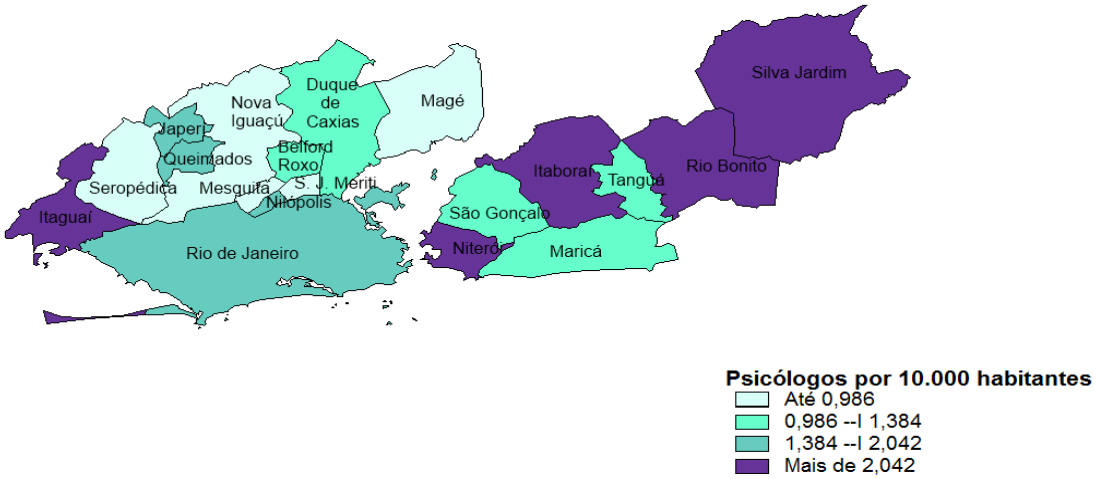
Fontes: A autora, 2015. Ministério da Saúde. DATASUS, dez. 2012.

Figura 29- Assistentes Sociais para cada dez mil habitantes na RMRJ



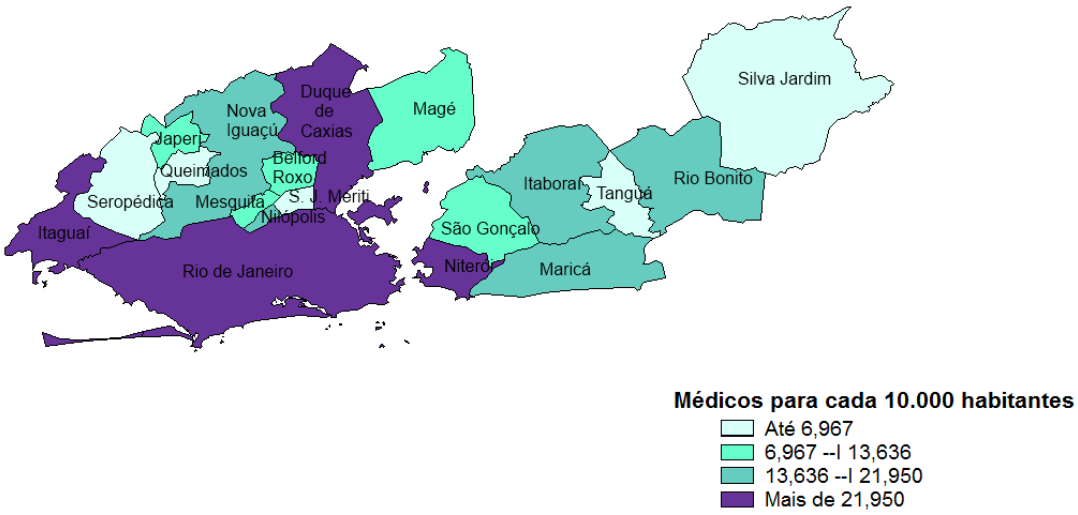
Fontes: A autora, 2015. Ministério da Saúde. DATASUS, dez. 2012.

Figura 30 - Psicólogos para cada dez mil habitantes na RMRJ



Fontes: A autora, 2015. Ministério da Saúde. DATASUS, dez. 2012.

Figura 31- Médicos para cada dez mil habitantes na RMRJ



Fontes: A autora, 2015. Ministério da Saúde. DATASUS, dez. 2012.

A má distribuição de profissionais de saúde na RMRJ instiga a premência de o gestor estadual assumir como atribuição e propor política de gestão de pessoal contextualizada

regionalmente, que dialogue com os municípios e estabeleça diretrizes gerais que produzam condições de maior igualdade entre as regiões na fixação de profissionais de saúde. Além disso, fortaleça os vínculos e as oportunidades de qualificação profissional para o SUS (REIS, et al., 2010).

A concentração de serviços de saúde, inevitavelmente, faz com que os profissionais se estabeleçam nessas áreas; soma-se a isso o fato de o núcleo urbano ser mais dinâmico social, econômica e culturalmente, e que também influencia nas escolhas dos profissionais. Podemos acrescentar a localização das universidades públicas, onde a tendência é que o acadêmico se forme e permaneça no município, inclusive objetivando mais aperfeiçoamento e atualizações profissionais.

Esses aspectos geram uma relação concorrencial entre os gestores municipais metropolitanos para agregar maior força produtiva qualificada nos seus territórios. Deste modo, tal como sinalizado no capítulo 3, sobre a análise do Plano Regional Integrado, sugere-se melhoria nas parcerias com as instituições de ensino, nos processos de educação permanente, e da implantação de política de gestão de pessoas que incentive melhor distribuição dos profissionais. Mas para isso é imprescindível que a rede esteja articulada e também melhor distribuída na região.

4.3 Financiamento e despesas em saúde[76]

As despesas com saúde são definidas a partir de critérios de alocação de recursos utilizados pelos gestores municipais, com base na realidade local e nas prioridades estabelecidas nos instrumentos de planejamento e gestão em saúde. Porém, esse comportamento das despesas com saúde está diretamente relacionado à legislação existente, que de maneira geral determina o tipo ou subfunção de despesa que deve ser privilegiado. Os critérios de alocação utilizados pelos gestores foram apresentados no final do capítulo 2 desta tese.

A Emenda Constitucional n° 29 (EC/29-2000), regulamentada pela Lei Complementar n° 141/2012, dispõe que os municípios têm a obrigação de aplicar no mínimo 15% de sua arrecadação própria em saúde. Entre os municípios da RMRJ considerados neste estudo, conforme a figura 32, todos aplicaram valores acima do mínimo obrigatório por lei. Os municípios com menores percentuais de recursos aplicados gastaram em média 15% e 17% de

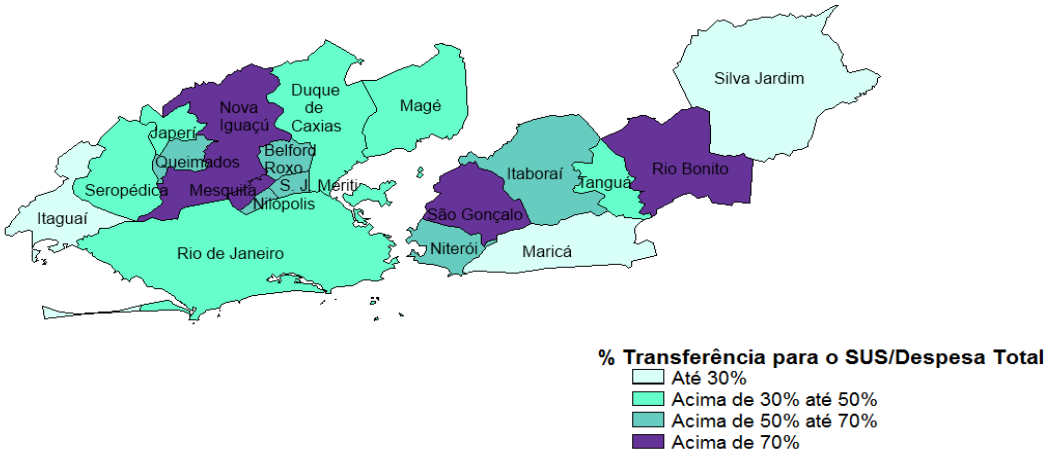
[76] Ver Anexo D – Base de informações sobre o financiamento em saúde nos municípios da RMRJ.

suas receitas próprias. E entre os municípios com maiores gastos em saúde, encontram-se Japeri e Magé, com 34,73% e 31,54% de suas receitas próprias, respectivamente. Vale ressaltar que percentuais altos não necessariamente representam maiores gastos com saúde, uma vez que as bases financeiras são limitadas e frágeis em termos de arrecadação orçamentária.

Este indicador tem muito a ver com a sofisticação e amplitude da rede – quanto menor e menos sofisticada, menos transferências tende a receber o município, porque as redes mais sofisticadas são as que contam com os procedimentos mais bem pagos, como Fundo de Ações Estratégicas e de Compensação (FAEC).

Conforme a figura 32, do total de despesas com saúde por habitante pelos municípios da RMRJ, quatro deles apresentaram dependência financeira de transferências do SUS maior que 70%: Mesquita (79,02%), São Gonçalo (75,38%), Nova Iguaçu (71,84%) e Rio Bonito (70,41%). Entre os municípios que apresentaram menor dependência, abaixo de 30%, estão: Silva Jardim (19,05%), Maricá (23,86%) e Itaguaí (29,66%).

Figura 32 - Percentual de transferências do SUS sobre o total de despesa em saúde dos municípios da RMRJ (2011)



Fontes: A autora, 2015. DATASUS/ SIOPS, 2011.

O município de Maricá tem baixa dependência de transferências e gastou ao todo R$ 300,00 por habitante. Rio Bonito e Silva Jardim tiveram baixa dependência de transferência do SUS e apresentaram os maiores gastos *per capita* no ano de 2011. Em terceiro lugar com maior gasto, encontra-se o município de Itaguaí, com R$ 679,03. De acordo com o mapa,

esses municípios se encontram na faixa entre R$ 500,00 e R$ 700,00, mas é válido destacá-los, pois seus gastos se aproximam da faixa acima de R$ 700,00. E ainda entre os municípios com gasto *per capita* em saúde no ano de 2011 inferior a R$ 300,00, encontram-se oito municípios: Mesquita, São Gonçalo, Belford Roxo, São João de Meriti, Nilópolis, Queimados, Japeri e Nova Iguaçu.

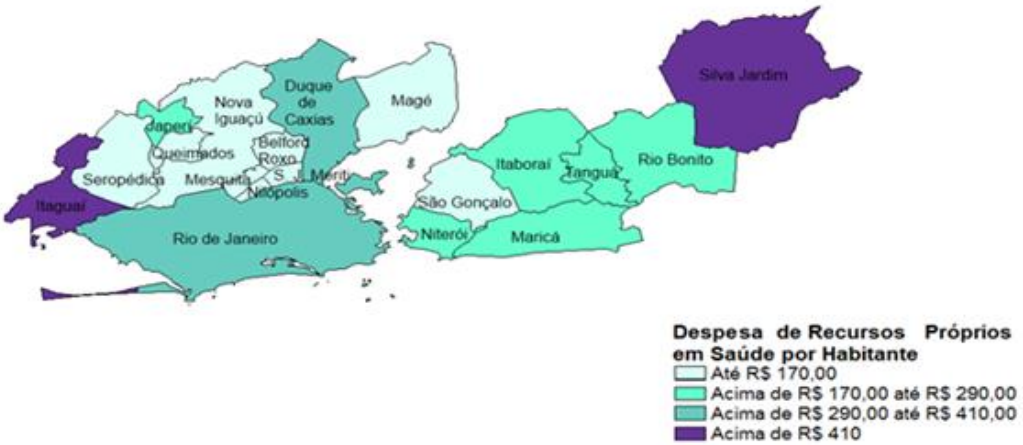
Essas diferenças nos gastos *per capita* em saúde entre os municípios da RMRJ podem ser explicadas por duas variáveis principais: a dependência fiscal dos municípios de transferências de outras esferas de governo devido a suas baixas capacidades de arrecadação fiscal; e aos pagamentos e incentivos fiscais dos governos para os municípios que têm maior rede de oferta assistencial à saúde.

No capítulo 2, mais especificamente na seção sobre alocação de recursos, diversos autores apontaram, em suas pesquisas, que os gastos *per capita* criados visando a uma prestação de serviços mais equânime não foram capazes de romper a lógica do financiamento centrada na oferta de serviços, que é distribuída desigualmente pelo território.

Nas figuras 32 e 33 em análise entre as despesas totais com saúde por habitante e as despesas com recursos próprios em saúde por habitante observa-se que nos municípios onde os valores de uma variável são elevados, também são elevados para a outra variável. No mapa isto é destacado por um padrão de cores similar, conforme se pode observar.

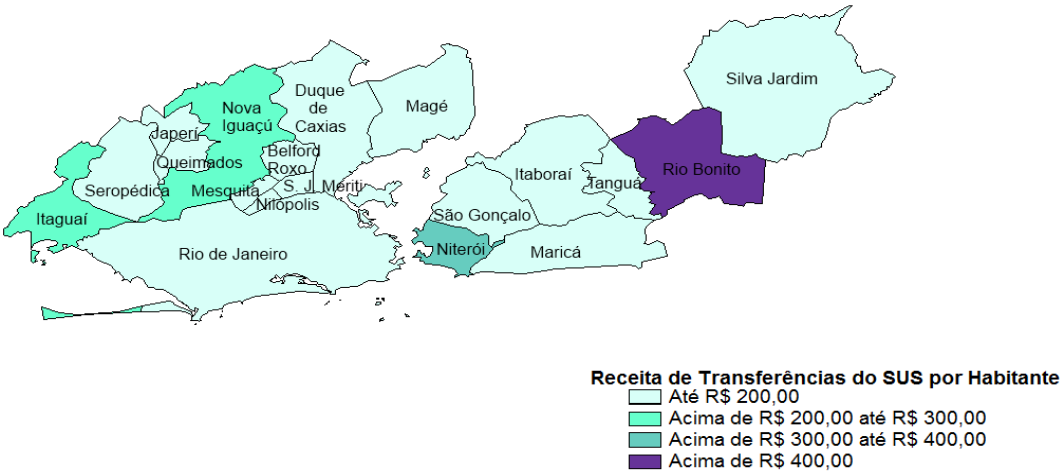
Para o percentual de transferência do SUS sobre as despesas totais com saúde e para o percentual de despesas com recursos em saúde por habitante essa análise e inversa e confirma a lógica de que quanto mais recursos financeiros os municípios recebem de outras esferas de governo, menores são os gastos próprios em saúde.

Figura 33- Despesas com recursos próprios por habitante da RMRJ (2011)



Fontes: A autora, 2015. DATASUS/ SIOPS, 2011.

Figura 34 - Receitas de transferências do SUS por habitante da RMRJ (2011)



Fontes: A autora, 2015. DATASUS/ SIOPS, 2011.

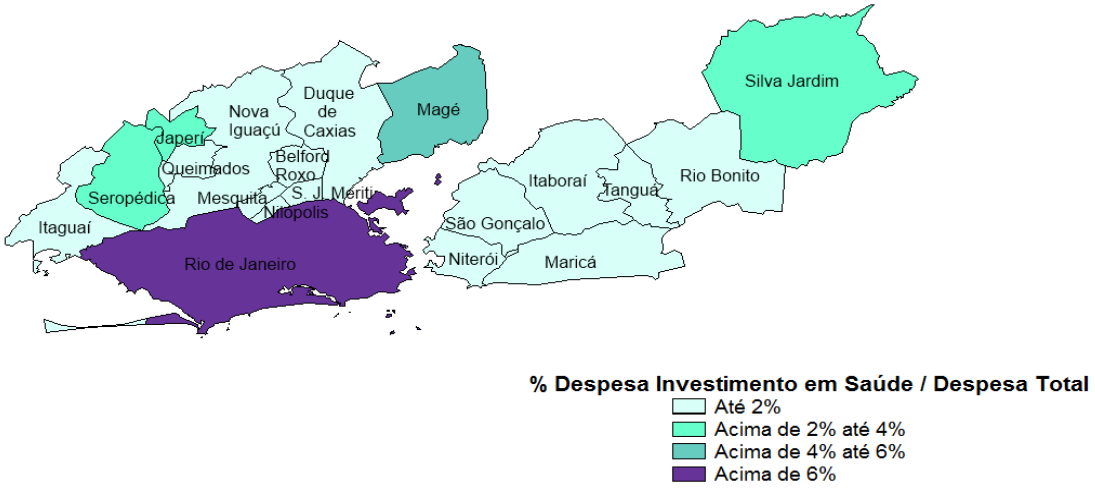
Para garantir a sustentação de um sistema de saúde universal, equânime e integral, além dos gastos de custeio são necessários investimentos frente à realidade das condições desiguais de vida da população. O financiamento do SUS ainda está muito atrelado a oferta e produção de serviços e não na perspectiva de ampliação e qualificação da assistência. A lógica que perpetua, e não poderia ser diferente, é que recebem mais aqueles que têm maior

oferta e produção. Reverter esse ciclo vicioso é possível com a definição de critérios de alocação de recursos mais equânimes, que visem à superação das desigualdades regionais, mas para isso a pactuação cooperativa e solidária precisa ser fortalecida pelos gestores estaduais.

O município da RMRJ com maiores investimentos em saúde no ano de 2011 foi a capital, Rio de Janeiro, com percentual acima de 6% do total de despesas com saúde. Geremia (2011a, p. 77) constatou, para o ano de 2010, "um índice menor de 2% das despesas aplicado em investimentos e capital. Quase sua totalidade atende aos gastos com custeio e, destes, aproximadamente 70% são destinados ao pagamento de pessoal e de encargos sociais".

Esse dado fica ainda mais interessante e comprovado se for observada a expansão da cobertura de APS na RMRJ. Conforme dados do Ministério da Saúde (Brasil, 2013), ela passou de 14,9 % da população em 2010 para 27, 62% em 2011 e continua avançando; em agosto de 2013, já contava com uma cobertura de 39,84% da população.

Figura 35- Despesa com investimento sobre o total de despesa em saúde da RMRJ (2011)



Fontes: A autora, 2015. DATASUS/ SIOPS, 2011.

Os municípios metropolitanos têm lógicas diferentes voltadas à capacidade fiscal e ao potencial de arrecadação tributária, e isso se reflete também nas despesas com saúde. Além da capital, outros municípios têm expandido a cobertura da APS, demonstrando progressiva inversão da lógica do modelo assistencial hospitalocêntrico para o modelo com foco na APS, o que representa um avanço na consolidação de uma rede de serviços ampla e integral.

Entretanto, este é um processo lento e complexo em termos de articulações político-institucionais, e ainda insuficiente para a crescente demanda de saúde do território metropolitano do Rio de Janeiro.

No caso brasileiro, segundo Dain (2008), é possível demonstrar que as duas vertentes de descentralização recentes – federalismo fiscal e políticas setoriais baseadas em *block grants* ou recursos vinculados –, ambas típicas de estruturas federativas, seguiram caminhos divergentes. Isto dificulta a cooperação intergovernamental necessária ao adequado planejamento das ações de saúde, que vise à compatibilidade entre uma demanda referida ao território e uma oferta de serviços hierarquizada e regulada.

Ganham importância, nas relações intergovernamentais, as transferências federais que exigem contrapartida de receita própria e uma organização mais eficiente da esfera local na produção de serviços aos quais se destinam esses repasses. Dain (2008) destaca o potencial regulador e aglutinador dos governos estaduais, que nessa modalidade de articulação se torna uma necessidade. Para isso há um penoso caminho de volta a percorrer, que passa pela renúncia de algumas dimensões do micropoder local e pela recuperação da autoridade estadual.

Contrariamente à experiência internacional, na qual os governos estaduais têm autonomia para definir as relações entre financiamento, regulação e provisão dos serviços de saúde, no Brasil a relação direta da União com os municípios acrescentou dificuldades aos processos de descentralização e regionalização conduzidos pelo SUS. Isto porque, para levar em conta as necessidades de serviços pela população e relacioná-las adequadamente à oferta, é necessário dispor de uma referência regional ou distrital que transcenda a alçada municipal. Esta referência, que seria a solução lógica e técnica para os problemas expostos, vai contra o movimento concreto de municipalização e seu embasamento político (DAIN, 1995).

4.4 Considerações sobre os aspectos práticos e estruturais

Em síntese, este capítulo ilustrou e debateu a configuração da rede de serviços de saúde no contexto metropolitano do Rio de Janeiro. Foi possível compreender como o processo histórico de conformação dessa região influencia na dependência dos municípios metropolitanos aos serviços ofertados no núcleo central (a cidade do Rio de Janeiro), heranças oriundas do federalismo brasileiro.

A partir dos estudos de Lima et al. (2012), compreende-se que:

> [...] a regionalização pode ser favorecida ou dificultada por um contexto histórico-estrutural (história da conformação do estado e de suas regiões, dinâmicas socioeconômicas e territorial dos estados), político-institucional (trajetória da política de saúde e da regionalização, modo de funcionamento das instituições e papel desempenhado pelas organizações envolvidas) e conjuntural (prioridade da regionalização na agenda dos governos, situação político-econômica do estado e perfil dos dirigentes da saúde) que varia entre os estados (LIMA et al., p. 2.883, 2012).

As variáveis analisadas neste capítulo podem contribuir na elaboração do planejamento regional, dos processos de tomada de decisão em saúde, na explicação dos processos organizativos e da desigualdade na oferta de serviços e dos profissionais de saúde na RMRJ. Entretanto, tendo em vista os conceitos adotados neste estudo sobre o uso do território e as dinâmicas urbanas, salientamos que muitas outras variáveis precisarão ser incorporadas no planejamento territorial metropolitano, servindo para uma aproximação do objeto estudado.

Alguns aspectos merecem ser destacados. Observou-se neste capítulo empírico que, nos municípios da RMRJ com melhores indicadores socioeconômicos, os valores dos indicadores de oferta são mais elevados, ou seja, têm melhor a cobertura assistencial. A partir disso, podemos inferir que as políticas econômicas que visem ao desenvolvimento e redução das iniquidades regionais podem trazer benefícios concretos na melhoria das condições de vida da população.

Um ponto preponderante e que já vem sendo considerado pelos gestores municipais e estadual, conforme identificamos nos indicadores demográficos e também na análise histórica da RMRJ realizada no capítulo 3, é o incentivo à conformação de novas dinâmicas regionais que privilegiem a redistribuição das riquezas no estado. Estas devem objetivar a redução dos processos migratórios da população para a capital e a fragmentação social, tanto no que se refere a emprego e renda quando à disponibilidade de serviços públicos, tais como a desconcentração dos serviços de saúde na metrópole.

Não se propõe aqui que os serviços já existentes sejam redistribuídos, mas que os novos serviços especializados a serem implantados na RMRJ considerem a possibilidade de equalizar a oferta e facilitar a acessibilidade da população. Essa hipótese não é válida para a expansão da ESF que está acontecendo na cidade do Rio de Janeiro, pois essa estratégia é fundamental para a garantia da atenção primária como facilitadora do acesso aos serviços de saúde. No entanto, para isso é impreterível que os sistemas de regulação e de referência e contrarreferência sejam organizados e funcionem na lógica de rede integral, assim como os

serviços de APS sejam mais resolutivos. Oportunamente, conforme foi já identificado aqui, há também a situação de concentração de profissionais de saúde na RMRJ, mas estes poderão se deslocar/residir em outros municípios e regiões, movendo-se de acordo com a oferta de emprego e políticas de educação permanente e gestão de pessoas.

Ao final deste capítulo, queremos enfatizar que, embora as cidades metropolitanas invistam um montante não desprezível de suas receitas, dadas as obrigações correntes de prestação de serviços públicos, perde-se eficiência, do ponto de vista de soluções metropolitanas, pelo comportamento autárquico dos municípios que integram a região e pela falta de coordenação e tomada de decisões regionais.

Rodrigues (2014) sinaliza que a municipalização trouxe a dificuldade de organizar a rede de serviços em moldes regionais e reforça que na lógica em que o SUS está sendo implementado, nem os recursos financeiros, nem a rede de serviços são geridos no nível regional. Atualmente, as regiões de saúde, conforme estabelecido no Decreto nº 7.508/2011, não apresentam instâncias gestoras, apenas a CIR, e pelo fato de algumas regiões serem formadas por grande número de municípios, como o caso da RMRJ, não é tarefa fácil estabelecer consensos e prioridades regionais para as decisões das RAS.

Entende-se que é extremamente difícil relacionar o processo de planejamento em saúde (ou a capacidade de resposta dos sistemas de saúde) e recortes regionais, dadas às imensas desigualdades subjacentes. Em vista do nosso modelo de federalismo, a condução do sistema em âmbito regional sempre exigirá esforços de articulação/coordenação entre governos com poderes e projetos muitas vezes distintos.

Ademais, a dependência de transferências de recursos para financiar ações específicas é incompatível com o caráter de longo prazo dos projetos de regionalização das políticas públicas. Atualmente, é um desafio para os atores governamentais estimular a cooperação e formalização de acordos sem propor novos recursos financeiros. Assim, para melhorar a gestão metropolitana, será necessário discutir alternativas de fontes de financiamento estáveis, a criação de fundos metropolitanos e a responsabilidade de instâncias de cooperação entre municípios, estados e União, talvez com a criação de um órgão regional para garantir que os recursos fluíssem para os objetivos regionais previstos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

> Quando a gente faz falar o território - que é um trabalho que creio que é o nosso, fazer falar o território, como os psicólogos fazem falar a alma, como o Darcy Ribeiro quis fazer falar o povo, como o Celso Furtado quis falar a economia-, o território também pode aparecer como uma voz... E uma boa parte dos brasileiros não se dá conta de que o país está cada vez mais sendo fragmentado, e numa fragmentação que não possibilita a reconstituição do todo. E talvez lhe falte descobrir qual é a lógica mais geral que permita a produção de um discurso novo. Primeiro acadêmico, quando possível também de mídia, e depois o discurso político.
>
> *Milton Santos*

As principais considerações e conclusões deste trabalho estão relacionadas aos desafios a serem enfrentados pelos gestores públicos na organização dos serviços de saúde de forma regionalizada, considerando as peculiaridades do modelo federativo brasileiro e das regiões metropolitanas. Assim, esta tese tratou do intenso processo de descentralização federativa, conhecido também como municipalização, que consubstanciou a institucionalização das regiões metropolitanas. Essas regiões são caracterizadas por frágeis bases institucionais (constitucional, legal e administrativa), e a interlocução entre regionalização e metropolização é incipiente e pouco usual, dificultando a sua formação e funcionamento cooperativo entre os atores regionais. O que se percebe na prática é o acirramento dos conflitos federativos, uma vez que não atenderam ao desafio de concatenar diferentes interesses com interesses em comum e ao mesmo tempo manter a autonomia municipal.

Observa-se que o período de maior centralização de poder no Brasil coincidiu também com a maior visibilidade e importância das RMs como territórios estratégicos para o desenvolvimento econômico e social do país. Essas regiões eram prioridade na agenda do governo federal e contavam com investimentos regionais para incentivo à industrialização, ao processo de urbanização, disponibilidade e concentração de serviços públicos.

A CF/1988 transfere o poder de instituir RMs aos estados, mas na prática anula a capacidade de intervenção nos municípios e reduz o papel político e administrativo dos estados. Desde a criação das RMs, as relações entre atores governamentais, organizações e forças sociais se inter-relacionaram de formas bastante diversas, condicionadas pelos períodos

de maior centralização e outros de descentralização de poder para os governos estaduais e municipais. Assim, a formulação de políticas exigiu diferentes estratégias para cada momento da trajetória de crescimento e desenvolvimento das RMs.

Considerando o processo de institucionalização das RMRJ, pode-se concluir que, do ponto de vista de cooperação e articulação das políticas públicas, pouco foi feito. Os atores regionais metropolitanos não aproveitaram as potencialidades da realização de planejamentos integrados e melhorias na governança metropolitana. Soares (2013, p. 28) destaca que estas regiões existem no papel, mas que efetivamente não foram incorporadas ao cotidiano da política regional e muito menos pela sociedade. "[...] Seria interessante começar agora o planejamento mais amplo desses conjuntos urbanos como forma de prevenir ou amenizar futuros problemas que a forte concentração urbana ocasiona e que são verificados em muitas regiões metropolitanas brasileiras".

Percebe-se que não existe uma fórmula mágica para estimular os atores regionais frente à cooperação das políticas públicas metropolitanas. O fato de institucionalizar administrativamente uma RM não obrigatoriamente representa o sentimento de pertencimento territorial para a população, nem para os atores regionais. O processo de negociação e pactuação entre as esferas de governo ainda é incipiente, competitivo e fragilizado, resultando assim em falta de políticas que atendam aos interesses regionais.

É primordial que os arranjos se estabeleçam a partir do reconhecimento de necessidades sociais e com a participação ativa da sociedade civil nas arenas regionais decisórias. Talvez o recorte metropolitano, tal como é, não seja o mais adequado para essas regiões, que poderiam acatar modelos mais flexíveis que potencializam as políticas públicas, entre elas a de saúde, de acordo com as demandas regionais.

Este trabalho buscou compreender o emaranhado de situações político-institucionais federativas, normativas e organizacionais que a RMRJ enfrenta na regionalização da saúde. Em outras palavras, traçou como objetivo central a análise do planejamento, da gestão e a configuração do sistema de saúde na região metropolitana do estado do Rio de Janeiro.

Os pressupostos levantados inicialmente neste estudo estavam relacionados à fragilidade das políticas públicas de saúde para a RMRJ, atrelada a: escassez de estratégias, instrumentos, competências políticas e a falta de definição clara de critérios para o planejamento da RAS. O estudo examinou as dificuldades resultantes no modo como os serviços de saúde estão organizados e distribuídos, na falta de articulação entre as instituições governamentais e na impotencialidade de redução das desigualdades territoriais.

A análise do processo de descentralização e regionalização permitiu identificar importantes conjuntos de aspectos que influenciam na distribuição e organização da rede de serviços de saúde na RMRJ. Esses aspectos são apresentados nos parágrafos a seguir e buscam responder parte dos questionamentos iniciais deste estudo.

Incialmente é relevante destacar que os municípios que conformam a RMRJ administrativa (oficial) não se coadunam com a regionalização proposta (Metro I e Metro II) na perspectiva da organização do sistema de saúde no estado do RJ. No caso específico do estado do RJ a conformação de duas regiões de saúde numa área reconhecidamente metropolitana e com características de metrópole se dá um descompasso entre o fortalecimento necessário para a consolidação da RM, enquanto um lócus de planejamento e gestão econômico e social integrado, no sentido de eficientizar o uso do recurso nas funções ditas de interesse comum, e, talvez, uma piora na fragmentação da gestão no que se relacionam com essas mesmas funções, que, em grande medida, respondem por um expressivo grupo dos denominados determinantes sociais da saúde.

Os aspectos políticos e institucionais e normativos organizacionais apresentam caraterísticas intrínsecas do modelo federativo tridimensional brasileiro. A forte e estrutural dependência dos municípios e do estado frente ao governo federal, e da não cooperação entre as esferas de governo, representa a involução de alguns princípios federativos que influenciam significativas mudanças nas políticas. Podemos citar: autonomia e comportamento autárquico dos municípios; enfraquecimento do papel de coordenação do governo estadual; descontinuidade e pouca integração entre políticas públicas para as RMs; falta de experiência em planejamento regional e intersetorial; e necessidade de institucionalizar um órgão metropolitano, que entre outras funções, articule os governos municipais e estabeleça fundos financeiros, com definição de fontes de receitas e critérios de alocação de recursos territoriais/regionais.

Essa referência regional pode ser a solução lógica e técnica para muitas questões problemáticas da distribuição da oferta, dos profissionais de saúde, financeiros e planejamento estratégico da rede assistencial de saúde. Mas, antes de tudo, precisam propor estratégias e mecanismos que permitam maior equilíbrio federativo e cooperação entre as três esferas de governo. Entende-se que a prática de boa governabilidade está intrinsicamente associada ao equilíbrio de poderes, legitimidade democrática e o apoio da sociedade civil. No arranjo proposto, é preciso que os direitos federativos e a autonomia sejam mantidos.

Corroborando os estudos de Rodrigues (2014) compreendemos que os diversos interesses do sistema político eleitoral poderão ir contra a institucionalização de um órgão

regional com poder decisório. A criação de um órgão gestor regional envolverá, inevitavelmente, a discussão sobre a conformação federativa do Estado brasileiro. Portanto, é uma alternativa complexa e que demandará esforços coletivos entre as diversas políticas públicas e da sociedade civil organizada.

Os processos de descentralização e regionalização do SUS enfatizam a importância dos instrumentos de planejamento e gestão pública para a formalização das pactuações realizadas entre as esferas de governo. Observou-se a fragmentação das políticas de saúde na RMRJ, que vêm sendo desenvolvidas pela indução das estratégias e incentivos financeiros do governo federal, direcionadas para redes temáticas e pela produtividade dos serviços de saúde. Os processos de decisão das políticas de saúde vêm sendo tomados com base em critérios produtivistas e na alocação de recursos *per capita*, que em diversos estudos já comprovaram não dar conta da equalização fiscal e social pretendida na criação do SUS.

É indispensável que a organização da rede de serviços de saúde na RMRJ se constitua de acordo com seus níveis de complexidade assistencial, distribuição da população, dos meios públicos de transporte e também dos fluxos comerciais e da malha viária. A dinâmica das pessoas no território, a fragilidade na pactuação entre os gestores dos serviços e a incipiente regulação do acesso ocasionam ineficiência e baixa resolubilidade do sistema de saúde.

Em análise da capacidade instalada dos municípios que compõem a RMRJ, destacam-se as fragilidades e desigualdades na distribuição da oferta de serviços; a relação concorrencial entre os municípios para incorporar maior força produtiva qualificada; a oferta de serviços especializados; e o adensamento e a concentração de serviços no núcleo metropolitano (a cidade do Rio de Janeiro). Não se propõe, neste estudo, que os serviços já existentes sejam redistribuídos, mas que os novos serviços especializados a serem implantados na RMRJ considerem a possibilidade de equalizar a oferta e facilitar a acessibilidade, considerando o uso que a população faz do território e o estímulo às novas dinâmicas urbanas. Porém, é impreterível que os sistemas de regulação e de referência e contrarreferência sejam organizados e funcionem na lógica de rede integral, assim como os serviços de APS tenham maior cobertura assistencial e sejam mais resolutivos.

Consequentemente, a redução da desigualdade e da segregação social, ocasionada pela má distribuição de recursos públicos, está condicionada à articulação de políticas urbanas intersetoriais, que demandam coerência entre a oferta de serviços e as necessidades sociais, tendo em vista a eficiência na gestão pública e a atenção equânime em todo território. Este estudo reforça a importância da revalorização da gestão das regiões metropolitanas e o

potencial de conectividade entre as políticas públicas urbanas, através da organização de redes de serviços públicos na agenda política em detrimento das práticas municipalistas.

Em análises mais cuidadosas sobre o sistema de saúde brasileiro, alguns problemas de saúde e de organização do SUS são desafios quase unânimes entre os gestores públicos. Os principais são: doenças endêmicas; fixação de profissionais; restrições orçamentárias; isolamento geográfico/segregação espacial; condição socioeconômica da população; dependência político-partidária; insuficiência de mecanismos de referência e contrarreferência; definição de prioridades para a organização da rede municipal e regional, dentre outros desafios, que conforme evidenciamos no referencial analítico e no estudo da RMRJ, são agravados nas regiões metropolitanas devido às peculiaridades que apresenta.

Ainda sem clara definição do impacto, o trabalho destaca o potencial de atuação do novo pacto de gestão, representado pelo COAP, e dos Mapas de Saúde como instrumentos de gestão e planejamento na regulação regional e metropolitana da saúde. Destaca, ainda, o papel da CIR como fórum de articulação interfederativa que possa fortalecer a governança regional. Apesar disso, sinaliza que avanços na governança regional serão possíveis com a institucionalização de um órgão que tenha autonomia para a tomada de decisões regionais.

Pelo fato de a RMRJ ser formada por grande número de municípios com capacidades de oferta de serviços e financeira, não é tarefa fácil estabelecer consensos e prioridades regionais para as decisões das RAS. Nesta perspectiva, recentemente o pesquisador Gastão Wagner de Souza Campos propôs como alternativa a criação de uma autarquia regional, o SUS Brasil, que funcionaria nos moldes das universidades públicas. Essa proposta ainda está em debate no meio acadêmico e carece de maiores reflexões sobre a viabilidade de ser instituída.

Em vista da necessária governança regional, ressalta-se que a dependência dos municípios das transferências de recursos para financiar ações específicas é incompatível com o caráter de longo prazo dos projetos de regionalização das políticas públicas. É um desafio para os atores governamentais estimular a cooperação e formalização de acordos sem propor novos recursos financeiros, tal como vem acontecendo com o COAP. Assim, para melhorar a gestão metropolitana, será necessário, ainda, discutir alternativas de fontes de financiamento estáveis e a criação de fundos fiscais metropolitanos ou regionais.

Os traços históricos e estruturais da organização dos serviços de saúde na RMRJ condicionam as decisões dos gestores de saúde. Nessa lógica, destacamos a insuficiência de instituições regionais que promovam a organização, coesão e articulação das políticas

públicas de saúde entre os governos municipais e estadual, em prol de maior fortalecimento das instituições metropolitanas.

Os principais desafios para a governança em saúde das RMs residem na difícil tarefa de congregar os diversos interesses territoriais e regionais na formulação, planejamento e execução das políticas regionalizadas de saúde dirigidas às áreas metropolitanas. Essas regiões carecem de instrumentos de gestão comuns para o conjunto de municípios que a compõe, e demandam, sobretudo, um papel ativo dos governos estadual e federal em todo processo de efetivação das políticas públicas, inclusive na definição de competências de cada ente federado.

A partir de 2004, identificamos um novo movimento do governo federal para a realização de estudos sobre as RMs, mas na prática as políticas metropolitanas não foram resgatadas como estratégicas pelo governo federal. No âmbito do estado do Rio de Janeiro, um pequeno movimento de revalorização destes territórios tem sido resgatado, devido ao grande interesse econômico que o núcleo metropolitano tem apresentado frente ao mercado financeiro e organismos internacionais.

São os desafios a serem enfrentados: instituir órgãos de gestão e governança regional com poder decisório e orçamento fiscal, que incentivem a reestruturação e o fortalecimento metropolitano, e consigam melhorar os instrumentos de planejamento integrado regional que ainda são elaborados de maneira fragmentada; e normatizar, através de instrumentos formais, a inserção da região metropolitana como área a ser priorizada na agenda política dos governos estaduais e federal, como um novo ciclo de desenvolvimento contemporâneo.

Nenhum desses desafios tem resposta fácil e todos requerem arranjos complexos entre as três esferas de governo. Mas, a partir deste estudo, é possível inferir que urge a necessidade da revisão do pacto federativo brasileiro, frente aos ajustes nas competências intergovernamentais, responsabilidades e comprometimento de fato com uma política metropolitana que considere as distintas realidades do território brasileiro.

REFERÊNCIAS

ABRUCIO, F. L. Para além da descentralização: os desafios da coordenação federativa no Brasil. In: FLEURY, S. (Org.). *Democracia, descentralização e desenvolvimento:* Brasil e Espanha. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2006. p.77-125.

_____; SANO, H.; SYDOW, C. Radiografia do associativismo territorial brasileiro: tendências, desafios e impactos sobre as Regiões Metropolitanas. In: KLINK, J. (Org.). *Governança das Metrópoles:* conceitos, experiências e perspectivas. São Paulo: Annablume, 2010. p. 21-47.

_____. *Os barões da federação:* governadores e a redemocratização brasileira. São Paulo: Hucitec, 1998.

_____; SANO, H. *Associativismo intergovernamental:* experiências brasileiras. Fundação Instituto para o Fortalecimento das Capacidades Institucionais – IFCI. Agência espanhola de cooperação internacional para o desenvolvimento – AECID. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão– MPOG. Brasília: IABS, 2013.

AFONSO, R.; BARROS-SILVA, P. L. *A Federação em Perspectiva.* São Paulo: Fundap, 1995.

ALBUQUERQUE, E. M.; CASSIOLATO, J. E. As especificidades do Sistema de Inovação do Setor Saúde: uma resenha da literatura como introdução a discussão sobre o caso brasileiro. *Revista de Economia Política,* v. 22, n. 4, p. 88, out-dez 2002.

ALMEIDA, M. H. T. de. Federalismo e políticas sociais. In: AFFONSO, R. de B. A.; SILVA, P. L. B; ALMEIDA, M. H. T.de; et al. *Federalismo no Brasil:* descentralização e políticas sociais. São Paulo: FUNDAP, 1996.

ALMEIDA, P. F. et al. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde. *Cad. Saúde Pública,* Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 286-298, fev. 2010.

ANDRADE, R. S. *Políticas públicas regionais/territoriais e o atual federalismo brasileiro*. Universidade Federal do Sergipe/Universidade Estadual de Feira de Santana. VI CONVIBRA 09 – Congresso Virtual Brasileiro de Administração. Disponível em: http://www.convibra.org/2009/artigos/121_0.pdf. Acesso em: 08 fev. 2015.

ARRETCHE, M. Federalismo e igualdade territorial: uma contradição em termos? *Dados,* v.53, n.3, p. 587-620, 2010.

_____. Relações federativas nas políticas sociais. *Educ. Soc.,* Campinas, v. 23, n. 80, set, p. 25-48, 2002.

_____. Quando instituições federativas fortalecem o governo central? *Novos estud.* CEBRAP [online], n .95, p. 39-57, 2013.

_____; SCHLEGEL, R. *Os estados nas federações:* tendências gerais e o caso brasileiro. Documento para discussão. Instituições para o desenvolvimento divisão de gestão fiscal e municipal. Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID). Fev, 2014. Disponível em:

http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getdocument.aspx?docnum=38638570. Acesso em: 14 abr 2014.

BALBIM, R.N.; et al. Desafios contemporâneos na gestão das regiões metropolitanas. *Revista Paranaense de Desenvolvimento,* Curitiba, n.120, p.149-176, jan/jun. 2011.

BAENINGER, R. Tendências do crescimento demográfico nos aglomerados urbanos. In RASSI NETO, E.; BÓGUS, C. M. *Saúde nos aglomerados urbanos:* uma visão integrada. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2003. p. 97-134. (Série Técnica projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde, 3).

BALDANI, M. H; ALMEIDA, E. S.; ANTUNES, J. L. F. Equidade e provisão de serviços públicos odontológicos no estado do Paraná. *Rev Saúde Pública,* v. 43, n. 3, p. 446-54, 2009.

BECKER, B. K. *Síntese das contribuições da oficina da Política Nacional de Ordenamento Territorial.* Para pensar uma política nacional de ordenamento territorial. In: Oficina sobre a política nacional de ordenamento territorial, Brasília, 13-14 de novembro de 2003. Anais. Ministério da Integração Nacional, Secretaria de Políticas de Desenvolvimento Regional (SDR). – Brasília: MI, 2005.

BOBBIO, N.; MATTEUCCI, N.; PASQUINO, G. *Dicionário de Política.* V. 1. Brasília: EdUnB, 2007.

BONNEMAISON, J. Voyage autor du territoire. L'espace géographique. *La Géographie culturelle.* Paris, v. 10, n. 4, p. 249-262, 1981.

BORGES, A. Eleições presidenciais, federalismo e política social. In: HOCHMAN, G; FARIA, C.A.P. (Orgs.*). Federalismo e políticas públicas no Brasil.* Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013.

BORTOLUCCI, R. Rio tem o terceiro pior trânsito do mundo. No engarrafamento, cariocas perdem mais de uma hora. São Paulo está na 7ª posição. *O Globo,* Rio de Janeiro, 14 nov, 2013. Disponível em: http://oglobo.globo.com/rio/rio-tem-terceiro-pior-transito-do-mundo-diz-pesquisa-10775611. Acesso em: 04 fev.2015.

BRASIL. *Lei Complementar n°. 14* de 08 de junho de 1973. Estabelece as regiões metropolitanas de São Paulo, Belo Horizonte, Porto Alegre, Recife, Salvador, Curitiba, Belém e Fortaleza. Diário Oficial da União, 08 jun. 1973.

_____. *Lei Complementar n°. 27* de 03 de novembro de 1975.
Altera a redação do art. 2º da Lei Complementar nº 14, de 08 de junho de 1973, que estabelece Regiões Metropolitanas. Diário Oficial da União, 03 nov. 1975.

_____. *Constituição da República Federativa do Brasil.* Promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal, 1988.

_____. Câmara da Reforma do Estado. Presidência da República. *Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE).* Brasília, 1995.

_____. Ministério da Saúde. *Sistema de Informações em Orçamentos Públicos em Saúde-SIOPS.* Disponível em: http://siops.datasus.gov.br/.

_____. *Emenda Constitucional n°. 29*, de 13 de setembro de 2000. Brasília: Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos, 2000.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria nº 95*, de 26 de janeiro de 2001. Estabelece a Norma Operacional da Assistência à Saúde 01/01. Brasília, 2001.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS nº373*, de 27 de fevereiro de 2002. Norma Operacional da Assistência à Saúde / SUS - NOAS-SUS 01/02. Brasília, 2002.

_____. *A questão metropolitana no Brasil.* Brasília: Câmara dos Deputados: Coordenação das Publicações, 2004.

_____. *Projeto de Lei 3460/2004.* Cria o Estatuto da Metrópole. Institui diretrizes para a Política Nacional de Planejamento Regional Urbano, cria o Sistema Nacional de Planejamento e Informações Regionais Urbanas e dá outras providências. Brasília, 2004.

_____. Casa Civil – subchefia para assuntos jurídicos. *Lei n. 11.107*, de 06 de abril de 2005. Dispõe sobre normas gerais de contratação de consórcios e dá outras providências. Assembleia Legislativa, Brasília, 2005.

_____. *O desafio da gestão das regiões metropolitanas em países federativos.* Relatório do Seminário Internacional, 30-31 mar 2004. Brasília: Subchefia dos Assuntos Federativos da Secretaria de Coordenação Política e Assuntos Institucionais da Presidência da República, 2005.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria nº 399/GM*, de 22 de fevereiro de 2006. Estabelece o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS. Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. *Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão.* (Série A: Normas e Manuais Técnicos, 76p.). Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. *Sistemas de Informações Geográficas e Análise Espacial na Saúde Pública.* Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. Ministério da Saúde, Assessoria de Imprensa. *Programa Saúde da Família chega a mais 219 municípios.* 19 mar. 2002. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias; acesso em: 30 jul. 2007.

_____. Ministério da Fazenda. *Manual de Receita Nacional:* aplicado à União, estados, Distrito Federal e municípios. Ministério da Fazenda, Secretaria do Tesouro Nacional, Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, Secretaria de Orçamento Federal. 1 ed. 330 p. Brasília: 2008.

_____. Ministério da Saúde. *Painel de indicadores do SUS nº. 4:* temática saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008.

_____. Decreto 7.508, de 29 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília: *Diário Oficial da União*, 2011.

_____. Lei Complementar n°. 141 de 13 de janeiro de 2012. *Diário Oficial da União,* 16 jan. 2012.

_____. Casa Civil – subchefia para assuntos jurídicos. *Lei n. 12.858,* de 09 de setembro de 2013. Assembleia Legislativa, Brasília, 2013.

_____. Casa Civil – subchefia para assuntos jurídicos. *Lei n. 13.089,* de 12 de janeiro de 2015. Assembleia Legislativa, Brasília, 2015.

_____. Casa Civil – subchefia para assuntos jurídicos. *Mensagem n. 13,* de 12 de janeiro de 2015. Assembleia Legislativa, Brasília, 2015.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria nº. 1101/GM.* Estabelece os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde. http://www.dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-1101.htm(acessado em 01/out/2013).

BRESSER-PEREIRA, L. C. A reforma do estado dos anos 90: lógica e mecanismos de controle. *Lua Nova*; n.45, p. 49-95, 1998a.

_____. *Reforma do Estado para cidadania:* a reforma gerencial brasileira na perspectiva internacional. São Paulo: Ed.34; Brasília: ENAP, 1998b.

BROSCHEK, J. Regionalismo e Federalismo. *Amici Stranieri?* Dialogo dela cultura politica in Germania e Italia. Konrad-Adenauer-Stiftung 17. Feb. 2010. Disponível em: http://www.kas.de/wf/de/71.7679/ Acesso em: 09.01.2014.

CAMARGO, A. T. *Regionalização da saúde face à realidade metropolitana:* análise das internações hospitalares na região metropolitana do Rio de Janeiro (1995-2005). 2009. 149f. Tese (doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, 2009.

CAMPOS, G. W. S. *Regionalização é o futuro do SUS.* Entrevista para o site Região e Redes em 17 de jun de 2014. Disponível em: http://apsredes.org/site2013/wp-content/uploads/2014/07/RegionalizacaoFuturoSUS.pdf. Acesso em:31 dez 2014.

CARDOSO JUNIOR, C. J; SIQUEIRA, C. H. R. Complexidade & desenvolvimento: abordagem metodológica e panorama da discussão propagada pelo IPEA entre 2008 e 2010. *Economia e Sociedade,* Campinas, v. 21, Número Especial, p. 943-974, dez. 2012.

CARGNIN, A.P. *A dimensão territorial no planejamento governamental brasileiro:* avanços e limitações na elaboração dos Planos Plurianuais. In: I Seminário Reforma do Estado e Território. Porto Alegre, 2007.

CARNEIRO J. R.; JESUS, C. H.; CREVELIM, M. A. A Estratégia Saúde da Família para a Equidade de Acesso Dirigida à População em Situação de Rua em Grandes Centros Urbanos. *Saúde Soc. São Paulo,* v. 19, n. 3, p. 709-716, 2010.

CASTRO, I.E. *Geografia e Política:* territórios, escalas de ação e instituições. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2005.

_____. Solidariedade territorial e representação: Novas questões para o pacto federativo nacional. *Revista Território,* n.1, v. 2, 1997.

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE (Org.). *Saúde e revolução:* Cuba. Antologia de autores cubanos. Cebes/ Anchiame: Rio de Janeiro, 1984.

CECÍLIO, L. C. O. Modelos Técnico-Assistenciais em Saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. *Cad. Saúde Públ.,* Rio de Janeiro, v. 13, n.3, p.469-478, jul-set, 1997.

CREMESP (Conselho Regional de Medicina do estado de São Paulo*). Demografia Médica no Brasil*. São Paulo: CREMESP/ Conselho Federal de Medicina, 2013, v.2, 256 p.

COUTO, M. C. V. *Política de Saúde Mental para crianças e adolescentes:* especificidades e desafios da experiência brasileira (2001-2010). 178f. Tese (Doutorado em Saúde Mental). Rio de Janeiro: Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB-UFRJ), 2012.

DAIN, S. *Do direito social à mercadoria.* Tese (Concurso Público de Títulos e Provas para Professor Titular) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/UERJ), Rio de Janeiro, 2000.

_____. Federalismo e Reforma Tributária. In: AFFONSO, R.; BARROS-SILVA, P. L. (Org.). *A Federação em Perspectiva:* ensaios selecionados, v. 1, p. 355-375, 1995.

_____. Os impasses do financiamento fiscal do SUS. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 6, p. 623-632, 2008.

_____. Os vários mundos do financiamento da Saúde no Brasil: uma tentativa de integração. *Ciên e Saúde Coletiva,* n. 12, sup., p. 1851-1864, 2007.

_____; CAETANO, R.; FAVARETO, C. O. *Critérios Alocativos e Fontes de Recursos para o Financiamento Estadual da Atenção Básica nos Municípios do Interior do Amazonas:* Elementos para a Construção do Sistema Regionalizado de Saúde do Estado. In: III Jornada de economia da Saúde ABRES, Fortaleza, 2006.

DANIEL, C. Autonomia municipal e as relações com os estados e a União. In: HOFMEISTER, W.; CARNEIRO, J. M. B.(Orgs.). *Federalismo na Alemanha e no Brasil.* São Paulo: Fundação Konrad Adenauer, 2001.

DAWSON, B. *Informe Dawson sobre el futuro de los servicios Médicos y afines.* 1920.

DIAS, L.C. Redes: emergência e organização. In: CASTRO, I. E. de; GOMES, P. C. da C.; CORREIA, R. L. (Orgs.). *Geografia:* conceitos e temas. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil. p. 141-162, 1995.

DINIZ, E. Governabilidade, democracia e reforma do estado: os desafios da construção de uma nova ordem no Brasil nos anos 90. *Dados,* v. 38, n. 3, 1995.

_____. Uma perspectiva analítica para a reforma do Estado. *Lua Nova,* n. 45, p. 29-48, 1998.

DINIZ, M. H. *Compêndio de Introdução à Ciência do Direito.* São Paulo: Saraiva, 2003.

DUSSAULT, G. A gestão dos serviços públicos de saúde: características e exigências. *Rev. Adm. Púb.*, Rio de Janeiro, n. 26, v. 2, p. 8-19, abr.-jun. 1992.

EGLER, C.; MATTOS, M. *Federalismo e gestão do território:* as regiões integradas de desenvolvimento. Anais do V Encontro Nacional da ANPEGE. Florianópolis: ANPEGE, p. 426-434, 2003.

ELAZAR, D .J. *Exploring Federalism.* Tuscaloosa: University of Alabama Press, 1987.

_____. *Federalism and Political Integration.* New York: Turtledove, 1979.

ESPING-ANDERSEN, G. *The Three Worlds of Welfare Capitalism.* New Jersey: Princeton University Press, 1990.

FAGNANI, E.; VAZ, F. T. Seguridade social, direitos constitucionais e desenvolvimento. In: FONSECA, A.; FAGNANI, E. (Orgs.). *Políticas sociais, desenvolvimento e cidadania.* São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2013.

FAORO, R. *Os donos do poder.* 3ª ed. Rio de Janeiro: Globo, 2001.

FARANZENA, D.; TONINI, I. M.; CASSOL, R. Considerações sobre a temática ambiental em geografia. *Geografia: Ensino e Pesquisa*, Santa Maria, v. 11, n. 1, p. 1-8, 2001.

FLEURY, S. A reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. *Ciênc. Saúde Coletiva*, v. 14, n.3, p.743-52, 2009.

FLEXNER, A. *Medical education in the United States and Canada.* A report to Carnegie foundation for the advancement of teaching. Bulletin number four (1910). Madison Avenue, New York.

FRANZESE, C. *Federalismo cooperativo no Brasil:* da Constituição de 1988 aos sistemas de políticas públicas. 210 f. Tese (doutorado) – Escola de Administração de Empresas de São Paulo. São Paulo, 2010.

_____.; ABRUCIO, F. L. Efeitos recíprocos entre federalismo e políticas públicas no Brasil: os casos dos sistemas de saúde, de assistência social e de educação. In: HOCHMAN, G.; FARIA, C. A. P. (Orgs.). *Federalismo e políticas públicas no Brasil.* Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013. p.361-386.

GADELHA, C. A. G. et al. Saúde e territorialização na perspectiva do desenvolvimento. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 3003-3016, jun. 2011.

GADELHA, G. P. Federalismo Brasileiro: da retórica à realidade. *Revista do Tribunal Regional do Trabalho*. v, 15, n.1, p. 323-346, 2007.

GALLI, T. B. *Novos usos do território brasileiro à luz do período e a constituição de novas fronteiras.* Diez años de cambios en el Mundo, en la Geografía y en las Ciencias Sociales, 1999-2008. In: Coloquio Internacional de Geocrítica. 10. Universidad de Barcelona, 26-30 de mayo de 2008. Disponível em <http://www.ub.es/geocrit/-xcol/87.htm>.

GARSON, S. *Regiões Metropolitanas:* obstáculos institucionais e fiscais à cooperação em políticas urbanas. Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano e Regional, 2007.

_____. *Regiões Metropolitanas:* por que não cooperam? Rio de Janeiro: Letra Capital, 2009.

_____; RIBEIRO, L. C. Q; RODRIGUES, J. M. *Regiões Metropolitanas do Brasil.* Rio de Janeiro: Observatório das Metrópoles, 2010.

GEREMIA, D. S. *Financiamento Público de Saúde: Estudo de caso de um município da Região Metropolitana do Rio de Janeiro*. 87p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), Rio de Janeiro, 2011a.

_____; CUNHA, F.T.S. Financiamento do sistema de saúde na Região Metropolitana do Rio de Janeiro: um estudo do município de Nilópolis. *Saúde em Debate*, v. 35, p. 522-531, 2011b.

GOUVÊA, R. G. *A questão metropolitana no Brasil*. Rio de Janeiro: FGV, 2005.

GREER, S. L.(Ed.). *Territory, Democracy and Justice:* Regionalism and Federalism in Western Democracies. Hampshire: Palgrave Macmillan), 2006.

HAESBAERT, R. *Da desterritorialização à multiterritorialidade*. In: Anais do Encontro Nacional da ANPUR, IX. v. 3. Rio de Janeiro: ANPUR, 2001.

_____. *Des-territorialização e Identidade*: a rede "gaúcha" no Nordeste. Niterói: EdUFF, 1997.

_____. *O mito da desterritorialização:* do "fim dos territórios" a multi-territorialidade. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil. 2004.

HALL, P.A.; TAYLOR, R.C.R. As Três versões do neoinstitucionalismo. *Lua Nova*, São Paulo, n.58, 2003.

HAM, C. *Evaluations and impact of disease management programs.* Bonn: Conference of Bonn. 2007

_____. Lesson and conclusions. IN: HAM, C. (Ed.). *Health care reform:* learning from international experience. Buckingham: Open University Press, 1997.

IANNI, A.M.Z.; et al. Metrópole e região: dilemas da pactuação da saúde. O caso da Região Metropolitana da Baixada Santista, São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.28, n.5, p.925-934, mai, 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE ADMINISTRAÇÃO MUNICIPAL (IBAM). *A Saúde no Município*: Organização e gestão. Rio de Janeiro: UNICEF/ IBAM, 1992.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Estimativas da população residente nos municípios brasileiros com data de referência em 1 de julho de 2012***.** IBGE, 31 ago. 2012. Acesso em: 20 de dez., 2012.

_____. *Censos Brasileiros demográficos 2000, 2010.*

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. *Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF)* 2008-2009. Despesas, rendimentos e condições de vida. Rio de Janeiro, 2010.

_____. *Produto Interno Bruto dos Municípios.* Brasília, 2003-2007. Disponível em: www.ibge.gov.br. Acesso em: 19 abr. 2010.

IPEA. *Desafios contemporâneos na gestão das Regiões Metropolitanas.* Comunicados do IPEA. 13 de out.2011. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/comunicado/111013_comunicadoipea116.pdf. Acesso em: 15 dez.2014.

_____. *40 anos de regiões metropolitanas no Brasil.* COSTA, M.A., TSUKUMO, I.T.L. (Orgs). Série Rede Ipea. Projeto Governança Metropolitana no Brasil; v. 1, Brasília: Ipea, 2013. 336 p.

KLINK, J. A reestruturação produtivo-territorial e a emergência de uma nova agenda metropolitana: o panorama internacional e as perspectivas para o caso brasileiro. In: KLINK, J. (Org.). *Governança das metrópoles:* conceitos, experiências e perspectivas. São Paulo: Annablume, 2010.

_____. Recent perspectives on metropolitan organization, functions and governance. In: ROJAS, E.; CUADRADO-ROURA, J. R.; GUELL, J. M. F. (Eds.). *Governing the Metropolis. Principles and Cases.* Washington: Interamerican Development Bank and David Rockefeller Center for Latin American Studies, 2008.

KUGELMAS, E.; SOLA, L. Recentralização/Descentralização: dinâmica do regime federativo no Brasil dos anos 90. *Tempo Soc.*, v. 11, n. 2, p. 63-81, out. 1999.

KUSCHNIR, R.(Coord.). *Atlas de serviços de saúde do Estado do Rio de Janeiro.* Rio de Janeiro, RJ: Fundação Oswaldo Cruz; Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca; Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro, 568 p. 2009.

_____; CHORNY, A.H. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. *Ciênc. saúde coletiva*, v.15, n.5, p.2307-2316, 2010.

LASSANCE, A. Federalismo no Brasil: trajetória institucional e alternativas para um novo patamar de construção do estado. In: LINHARES, P. T. F.; MENDES, C. C.; LASSANCE, A. (Orgs.) *Federalismo à brasileira:* questões para discussão.v.8, 249p. Brasília: IPEA, 2012.

LATOUR, B. *Nous n' avons jamis été moderns. Essai d' antropologie symétrique*. Paris: La Découverte, 1991.

LEAT, P et al. Integrated delivery systems: has their time come in Canada? *Canadian Medical Association Journal.* V. 154, p. 803-809, 1996

LEFEBVRE, H. *La Production de l' Espace.* Paris: Anthropos, 1986.

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. Politica de Saúde nos Anos 90: relações intergovernamentais e o Papel das Normas Operacionais Básicas. *Cienc. saúde coletiva*, v. 6, n. 2, p. 269-291, 2001.

LIMA, A. M. C. *O desempenho do setor saúde no acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família:* a intersetorialidade em ação. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2013.

LIMA, L. D.; MACHADO, C. V.; BAPTISTA, T. W. de F.; PEREIRA, A. M. M. O Pacto Federativo brasileiro e o papel do gestor estadual no SUS. In: UGÁ, M. A. et al. (Orgs.). *A gestão do SUS no âmbito estadual:* o caso do Rio de Janeiro. 1ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010. p. 27-58.

_____. *Federalismo, relações fiscais e financiamento do Sistema Único de Saúde:* a distribuição de receitas vinculadas à saúde nos orçamentos municipais e estaduais. 2006. 293 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2006.

_____; QUEIROZ, L. F. N.; MACHADO, C. V.; VIANA, A. L. A. Descentralização e regionalização: dinâmica e condicionantes da implantação do Pacto pela Saúde no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 17, n. 7, p. 1903-1914, 2012.

_____; et al. Interdependência federativa na política de saúde: a implementação das Unidades de Pronto Atendimento no estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. v.20, n.2, p. 595-606, 2015.

LINHARES, P. T. F; MENDES, C. C.; LASSANCE, A. (Orgs.). *Federalismo à brasileira:* questões para discussão. v. 8, 249p. Brasília: IPEA, 2012.

LOPREATO, F. L. C. *O colapso das finanças estaduais e a crise da federação*. São Paulo, UNESP, 2002.

MACHADO, C. V.; LIMA, L. D. Os desafios da atenção à saúde em regiões metropolitanas. In: Giovanella, L. et al (Orgs). *Políticas e sistema de saúde no Brasil.* Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 945-77.

MACHADO, J. A. Pacto de gestão na saúde: até onde esperar uma "regionalização solidária e cooperativa"? In: HOCHMAN, G.; FARIA, C. A. P. (Orgs.). *Federalismo e políticas públicas no Brasil.* Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013.

MADISON, J.; HAMILTON, A.; JAY, J. *The Federalist.* New York: Penguin Books, 1987.

MAGALHÃES, S. *Placar da mobilidade:* SP 40 x 1 RJ. O Globo, Rio de Janeiro, 31 jan, 2015. Disponível em: http://oglobo.globo.com/opiniao/placar-da-mobilidade-sp-40-1-rj-15203448. Acesso em: 01 fev. 2015.

MAGUIRRE, D. J.; GOODCHILD, M. F; RHIND, D. W. *Geographical Information System:* principles and apllications. London: Longman, 1991.

MARCH, J. G.; OLSEN, J. P. *Democratic Governance.* New York: The Free Press, 1995.

MARQUES, E. Notas Críticas à literatura sobre Estado, políticas estatais e atores políticos. *Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais,* n. 43, p. 67-102, 1997.

_____. Prefácio. In: HOCHMAN, G.; FARIA, C. A. P.(Orgs.). *Federalismo e políticas públicas no Brasil.* Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013. p. 9-10.

_____. *Redes sociais, segregação e pobreza.* São Paulo: UNESP, 2010.

MARSHALL, T. H. *Política Social.* Rio de Janeiro: Zahar, 1967.

MATTOS, R. A. (Re)visitando alguns elementos do enfoque situacional: um exame crítico de algumas das contribuições de Carlos Matus. *Ciên. Saúde Coletiva*, v. 15, n. 5, p. 2327-2336, 2010.

MATUS, C. O plano como aposta. *São Paulo em Perspectiva.* São Paulo, v.5, n.4, p.28-42, out/dez.1991.

MELO, M.A.B.C. Ingovernabilidade: Desagregando o Argumento. In: L. Valladares (org.). *Governabilidade e Pobreza.* Rio de Janeiro, Ed. Civilização Brasileira, 1995..

MENDES, C. C. O território e o arranjo federativo para o desenvolvimento brasileiro: o caso do nordeste. In: LINHARES, P. T. F.; MENDES, C. C; LASSANCE, A. (Orgs.). *Federalismo à brasileira:* questões para discussão. v. 8. Brasília: IPEA, 2012. p. 89-111.

MENDES, E. V. *A construção social da Vigilância à Saúde do Distrito Sanitário.* p. 7-19, Brasília: OPS, 1993 (Série Desenvolvimento de Serviços de Saúde, n. 10).

_____. *As redes de atenção à saúde.* Brasília: OPAS, 2011.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. *Revista de Med de Minas Gerais*, v. 18, supl. 4, p. 3-11, 2008.

_____. *O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde*: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 512 p.: il, 2012.

_____. *Reflexões sobre a NOAS-SUS 01/02.* Belo Horizonte: mimeo, 2002.

MENEZES, E. A. *Territórios integrados de atenção à saúde como estratégia para implementação da política de saúde no município do Rio de Janeiro.* 84f. 2011. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.

MESQUITA, M. C. M. *Federalismo e regionalização do sistema de saúde:* a experiência do Estado do Espírito Santo, Brasil. 220 fls. 2010. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2010.

MESQUITA, Z. Do território à consciência territorial. In: MESQUITA, Z; BRANDÃO, C. R. (org). *Territórios do cotidiano: uma introdução a novos olhares e experiências*. Porto Alegre/Santa Cruz do Sul -RS: Ed. UFRGS/ Ed. da UNISC, 1995.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado Extraordinária de Gestão Metropolitana (SEGEM). *Proposta de reestruturação territorial metropolitana.* Minas Gerais, 2014.

MINAYO, M. C. de S. (org.). *O desafio do conhecimento*: pesquisa qualitativa em saúde. 4 ed. São Paulo: Hucitec, 1996.

MIRANDA, A. S. *Análise estratégica dos arranjos decisórios na comissão intergestores tripartite do sistema de saúde*. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2003.

MONKEN, M. *Desenvolvimento de tecnologia educacional a partir de uma abordagem geográfica para a aprendizagem da territorialização em vigilância da saúde*. 2003. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003.

_____.; BARCELLOS, C. O território na promoção e vigilância em saúde. In: FONSECA, A. F.; CORBO, A. D. A. (Orgs.). *O território e processo saúde-doença*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

_____; et al. O território na saúde: construindo referências para análises em saúde e ambiente. In: MIRANDA, A. C.; BARCELLOS, C.; MOREIRA, J. C. et al. (Orgs.). *Território, ambiente e saúde.* Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p.23-41.

MORAES, A. *Direito Constitucional.* 4. ed., São Paulo: Atlas, 1998, p. 244-247.

MORIN. E. *Os sete saberes necessários à educação do futuro.* 8 ed. São Paulo: Cortez, 2003.

NERI, M. C.; VAZ, F. M.; SOUZA, F. G. H. P. Efeitos macroeconômicos do Programa Bolsa Família: uma análise comparativa das transferências sociais. In: IPEA. *Programa Bolsa Família:* uma década de inclusão e cidadania. 2013. p. 193-206.

NOGUEIRA, R.P. A progressão do caráter federativo das relações institucionais no SUS. In: LINHARES, P. T. F.; MENDES, C. C.; LASSANCE, A. (Orgs.). *Federalismo à brasileira:* questões para discussão. v. 8. Brasília: IPEA, 2012. p. 55-57.

NORONHA, J. C. de. et al. O Sistema Único de Saúde – SUS. In.: GIOVANELLA, L. et al. *Políticas e sistema de saúde no Brasil.* Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 435-472.

NORTH, D. *Institutions, Institutional Change and Economic Performance*. Cambridge: Cambridge University Press, 1990.

NOVAES, H. M. *Ações Integradas nos Sistemas Locais de Saúde – SILOS.* Análise conceitual e Apreciação de programas selecionados da América Latina, 1990.

NUNES, A. *A Alocação Equitativa Inter-regional de Recursos Públicos Federais do SUS:* a receita própria do município como variável moderadora. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em:< http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Aloc_Equitativa_SIOPS.pdf>. Acesso em: 15 fev. 2012.

NUNES, E. *A gramática política no Brasil*: clientelismo e insulamento burocrático. 3.ed . Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.

NUNES, P. H. F. A influência dos recursos naturais na transformação do conceito de território. *Cuestiones Constitucionales*, Universidad Nacional Autónoma de México, n. 15, jul/dez, p.69-112, 2006.

O'DWYER, G.; MATTOS, R. A. Cuidado integral e atenção às urgências: o serviço de atendimento móvel de urgência do estado do Rio de Janeiro. *Saude soc.* São Paulo, v. 22, n. 1, p. 199-210, mar. 2013.

OBSERVATÓRIO DAS METRÓPOLES. *Análise das Regiões Metropolitanas do Brasil.* Relatório da atividade 1: identificação dos espaços metropolitanos e construção de tipologias. Convênio Ministério das Cidades/Observatório das Metrópoles/FASE/IPARDES. Brasília, 2005. 118 p.

_____. *Arranjos Institucionais para a Gestão Metropolitana.* Relatório de Pesquisa, CNPq – Institutos do Milênio. Out. 2009.
Disponível em:
http://www.observatoriodasmetropoles.ufrj.br/relatorio_arranjos_gestao_metropolitana.pdf. Acesso em: 28 out. 2014

_____. *O estado do Rio de Janeiro no Censo 2010.* Documento preliminar. Disponível em: http://www.observatoriodasmetropoles.net/download/documento01_censo2010RJ.pdf. Acesso em: 03 jan. 2015.

OCDE. *Cities for Citizens. Improving Metropolitan Governance.* Paris: OCDE, 2001.

OFFE, C. Advanced capitalism and the Welfare State. *Politics and Society*, v. 4, p. 479-488, 1972.

OLIVEIRA, L. H; MATTOS, R. A; SOUZA, A. I. S. Cidadãos peregrinos: os "usuários" do SUS e os significados de sua demanda a prontos-socorros e hospitais no contexto de um processo de reorientação do modelo assistencial. *Ciênc. Saúde Coletiva*, v. 14, n. 5, p. 1929-1938, 2009.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Série Técnica Inovação na Gestão *Reforma da Atenção Primária à Saúde na cidade do Rio de Janeiro* – avaliação dos três anos de Clínicas da Família. Pesquisa avaliativa sobre aspectos de implantação, estrutura, processo e resultados das Clínicas da Família na cidade do Rio de Janeiro. Porto Alegre: OPAS, 2013.

PARADA, R. A construção do sistema estadual de saúde: antecedentes e formas de inserção. *Physis: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.11, n.1, p.19-104, 2001.

PEREIRA, A. M. M. *Descentralização e Regionalização em saúde no Brasil e na Espanha:* trajetórias, características e condicionantes. 229f. 2014. Tese (Doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2014.

_____. *Dilemas federativos e regionalização na saúde:* o papel do gestor estadual do SUS em Minas Gerais.133 f. 2009. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2009.

PIERSON, P. Fragmented welfare states: federal institutions and the development of social policy. *Governance: An International Journal of Policy and Administration*, v. 8, n. 4, p. 449-478, 1995.

_____. *Politics in time:* history, institutions, and social analysis. Princeton: Princeton University Press; 2004.

PINA, M. F. R. P. Potencialidades dos Sistemas de Informações Geográficas na Área da Saúde. In: NAJAR, A. L.; MARQUES, E. C. (Orgs.). *Saúde e Espaço:* Estudos metodológicos e técnicas de análise. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998. p. 125-133.

PORTO, S. M. Avaliação de uma metodologia de alocação de recursos financeiros do setor saúde para aplicação no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 1393-1404, 2007.

_____. et al. *Metodologia de alocação de recursos Financeiros Federais do SUS.* Relatório final de projeto REFORSUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

_____. Equidad y distribución geográfica de recursos financieros en los sistemas de salud. *Cad. Saúde Pública*, v. 19, n. 4, p. 939-957, 2002.

_____ et al. Alocação Equitativa de Recursos Financeiros: uma alternativa para o caso brasileiro. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 27, n.65, p. 376-388, set/dez 2003.

PRADO, S. A Federação inconclusa: o papel dos governos estaduais na federação brasileira. *O federalismo brasileiro em seu labirinto*: crise e necessidade de reformas. Rio de Janeiro: FGV. 2013.

QUEIROZ, L. F. N. A regionalização da assistência à saúde no Brasil: avanços e dificuldades na implantação da NOAS-SUS em Brasília. *Revista de Políticas Públicas e Gestão Governamental*, n. 1, v. 1, p. 9-36, 2004.

RAFFESTIN, C. *Por uma Geografia do poder*. São Paulo: Ática, 1993.

RATZEL, F. Geografia do homem (antropogeografia). In: MORAES, A. C. R. (Org.). *Ratzel.* São Paulo, Ática, 1990 (Grandes cientistas sociais, 59).

REIS, Y. A. C.; CESSE, E. A. P.; CARVALHO, E. F. Consensos sobre o papel do gestor estadual na regionalização da assistência à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS). *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.*, v. 10, supl. 1, p. s157-s172, 2010.

REZENDE, F. Modernização Tributária e Federalismo Fiscal. In: Rezende, F; OLIVEIRA, F. *Descentralização e Federalismo Fiscal no Brasil:* Desafios da Reforma Tributária. Rio de Janeiro: Konrad Adenauer Stiftung, 2003.

_____. A crise do federalismo brasileiro: evidências, causas e consequências. In: REZENDE, F. (Org.). *O federalismo brasileiro em seu labirinto:* crise e necessidade de reformas. Rio de Janeiro: FGV, 2013.

RIBEIRO, L. C. Q.; CORRÊA, F. S. Cultura política, cidadania e representação na *urbs* sem *civitas*: a metrópole do Rio de Janeiro. *Sociologias*, v. 14, n. 30, Porto Alegre, mai-ago. 2012.

_____. *A metrópole:* entre a coesão e a fragmentação, a cooperação e o conflito. São Paulo: editora Fundação Perseu Abramo. Rio de Janeiro: FASE, 2004.

_____. Segregação residencial e políticas públicas: análise do espaço social da cidade na gestão do território. In RASSI NETO, E.; BÓGUS, C. M. (Orgs.). *Saúde nos Aglomerados Urbanos:* uma visão integrada. Brasília: Organização Pan-Americna da Saúde, 2003. (Série Técnica do Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde, 3).

RIGHI, L. B. *Poder local e inovação no SUS:* estudo sobre a construção de redes de atenção à saúde em três municípios no Estado do Rio Grande do Sul. Tese (Doutorado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. São Paulo, 2003.

RIKER, W. Federalism. In: GREENSTEIN, F. I.; POLSBY, N. W. (eds). *Governmental Institutions and Process.* Handbook of Political Science, v. 5. p. 93-172 Reading, MA: Addison-Wesley, 1975.

RIO DE JANEIRO. *Constituição do Estado do Rio de Janeiro*, 5 de outubro de 1989. Disponível em: http://www.amperj.org.br/store/legislacao/constituicao/cerj.pdf. Acesso em: 27 de out de 2014.

_____. *Lei Complementar nº 133*, de 15 de dezembro de 2009.

_____. *Lei Complementar nº 158*, de 26 de dezembro de 2013.

_____. *Lei Complementar nº 20*, de 01 de julho de 1974.

_____. Secretaria de Estado de Saúde. Comissão Intergestores Bipartite. *Deliberação CIB-RJ Nº 1.550 de 12 de janeiro de 2012.* Aprova o Regimento Interno das Comissões Intergestores Regionais (CIR) do Estado do Rio de Janeiro**.** Publicada no D.O. de 02 de fev. de 2012.

_____. Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro (SESDEC/RJ). *Plano Diretor de Regionalização (PDR).* Rio de Janeiro, 2001.

_____. Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro. *Plano Diretor de Regionalização (PDR).* Rio de Janeiro, 2012-2013.

_____. Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro. *Plano Regional Integrado.* Rio de Janeiro, 2013-2016.

_____. Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro. *Plano Estadual de Saúde (PES).* Rio de Janeiro, 2012-2015.

ROCHA, C. V. Significados e tendências do federalismo e das relações intergovernamentais no Brasil e na Espanha. Parte I – Constituição e Reforma do Federalismo Brasileiro. In: HOCHMAN, G.; FARIA, C. A. P. (Orgs.). *Federalismo e políticas públicas no Brasil.* Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013.

RODRIGUES, P. H. A. Desafios políticos para a consolidação do Sistema Único de Saúde: uma abordagem histórica. *Hist. cienc. Saude-Manguinhos*, v. 21, n. 1, p. 37-60, 2014.

_____; SANTOS, I. S. *Saúde e cidadania:* uma cisão histórica e comparada do SUS. São Paulo: Atheneu, 2008.

RODRIGUEZ, V. *Os interesses regionais e a federação Brasileira*. Ensaios FEE: Porto Alegre, 1994.

ROJAS, E.; CUADRADO-ROURA, J.R.; GUELL, J. M. F. (Eds.). *Governing the Metropolis. Principles and Cases.* Washington: Interamerican Development Bank and David Rockefeller Center for Latin American Studies, 2008.

ROLNIK, R. *O que é cidade.* São Paulo: Brasiliense, 1995.

_____; SOMEKH, N. Governar as metrópoles: dilemas da recentralização. In: RIBEIRO, L. C. Q. (Org.). *Metrópoles:* entre a coesão e a fragmentação, a cooperação e o conflito. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo; Rio de Janeiro: FASE, 2004. p.111-124.

ROSAS, M. A.; BEZERRA, A. F. B; DUARTE-NETO, P. J. Uso das redes neurais artificiais na aplicação de metodologia para alocação de recursos da saúde. *Rev. Saúde Pública*, v. 47, n. 1, p. 128-36, 2013.

SACK, R. *Human Territorialy.* Cambridge: Cambridge University Press, 1986.

SALLUM JÚNIOR, B. Transição política e crise de Estado. *Lua Nova*, n. 32, p.133-167, 1994.

SAMUELS, D.; MAINWARING, S. Strong federalism, constraints on the central government, and economic reform in Brazil. In: GIBSON, E. L. (Ed.). *Federalism and democracy in Latin America*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 2004, cap.3. p.85-130.

SANO, H.; ABRUCIO, F. L. Federalismo e articulação intergovernamental: os conselhos de secretários estaduais. In: HOCHMAN, G.; FARIA, C. A. P. (Orgs.). *Federalismo e políticas públicas no Brasil.* Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013. p.213-246.

SANTOS, L.; ANDRADE, L. O. M. *SUS: O espaço da gestão inovada e dos consensos interfederativos.* Aspectos jurídicos, administrativos e financeiros. Campinas: Instituto de Direito Sanitário Aplicado, 2007.

_____; ANDRADE, L. O. M. SUS: quando um sistema de saúde nacional e único na sua conformação organizativa foi implantado num país federativo. Exigência de novos paradigmas administrativos. *Saúde em Debate*, v. 30, n. 73/74, p. 189-204, maio/dez, 2006.

SANTOS, M. *A Natureza do Espaço:* Técnica e Tempo. Razão e Emoção. São Paulo: Hucitec, 1996.

_____. *A Urbanização Brasileira*. São Paulo: USP, 2009.

_____. *Espaço e Método.* São Paulo: USP, 2012.

_____. *Metamorfoses do Espaço Habitado*. São Paulo: Hucitec, 1988.

_____. *O espaço do cidadão*. São Paulo, Nobel, 1987.

_____. O retorno do território. In: M. SANTOS, M.; SOUZA, A.A.; SILVEIRA, M. L. (Orgs.). *Território:* globalização e fragmentação. São Paulo: Annablume, 2002. p. 15-20.

_____. *O retorno do território.* In: OBSERVATÓRIO SOCIAL DE AMÉRICA LATINA. Ano 6, n.16 (jun. 2005). Buenos Aires: CLACSO, 2005. Disponível em: http://biblioteca.clacso.edu.ar/ar/libros/osal/osal16/D16Santos.pdf.

_____. *Técnica, Espaço e Tempo.* Globalização e Meio Técnico-Científico Informacional. São Paulo: Hucitec, 1994.

SANTOS, M. H. C. Governabilidade, governança e democracia: criação da capacidade governativa e relações Executivo-Legislativo no Brasil Pós-Constituinte. *DADOS - Revista de Ciências Sociais*, v. 40, n. 3, p. 335-376, 1997.

SCHMIDT, M. B.; FIGUEIREDO, A. C. Acesso, acolhimento e acompanhamento: três desafios para o cotidiano da clínica em saúde mental. *Rev. latinoam. psicopatol. fundam.*, São Paulo, v. 12, n. 1, Mar. 2009 .

SERRA, C. G.; RODRIGUES, P. H. A. Avaliação da referência e contrareferência no Programa Saúde da Família na Região Metropolitana do Rio de Janeiro. *Ciênc. Saúde Coletiva*, v. 15, supl. 3, p. 3579-3586, 2010.

SHORTELL, S. M. et al. Creating organized delivery systems: the barriers and the facilitators. *Health Service Administration*. v. 38, p. 447-466, 1993.

SILVEIRA, L. S.; MUNIZ, J. O. Variações intra e intermetropolitanas da desigualdade de renda racial. *Cad. Metrop*., São Paulo, v. 16, n. 31, p. 263-287, jun. 2014.

SILVEIRA, M. L. Ao território usado a palavra: pensando princípios de solidariedade socioespacial. In: VIANA, A. L. d'A.; IBAÑEZ, N.; ELIAS, P. E. (Orgs.). *Saúde, desenvolvimento e território.* São Paulo: Hucitec, 2009. p. 127-150.

SMITH, P.C. Resource allocation and purchasing in the health sector: the English experience. *Bull World Health Organ*, v. 86, n. 11, Geneva, nov. 2008.

SNAITH, A. H. Subregional resource allocations in the National Health Service. *Journal of Epidemiology and Community Health*, v. 32, n. 16-21, 1978. Disponível em: <http://jech.bmj.com/content/32/1/16.full.pdf> Acesso em: 30 out 2013.

SOARES, M. M. Federação, democracia e instituições políticas *Lua Nova*, São Paulo, n. 44, p.137-163, 1998.

SOARES, P. R. Região Metropolitana ou Aglomeração Urbana? O debate no Rio Grande do Sul. *E-metropolis*, n. 15, ano 4, p. 21-29, dez 2013.

SOUZA, C. Estado da arte da pesquisa em políticas públicas. In: HOCHMAN, G.; ARRETCHE, M.; MARQUES, E. (Orgs.). *Políticas Públicas no Brasil.* Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. p. 65-86.

_____. *Federalismo e Intermediação de Interesses Regionais nas Políticas Públicas Brasileiras.* Seminário Internacional sobre Reestruturação e Reforma do Estado: Brasil e América Latina no Processo de Globalização. Maio 1998.

_____. Federalismo, desenho constitucional e instituições federativas no Brasil pós-1988. *Rev. Sociol. Polit.*, Curitiba, n. 24, p. 105-121, 2005.

_____. Federalismo: teorias e conceitos revisitados. *Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais*, v. 65, p.27-48, 2008.

_____. Instituições e mudanças: reformas da Constituição de 1988, federalismo e políticas públicas. In: HOCHMAN, G.; FARIA, C. A. P. (Orgs.). *Federalismo e políticas públicas no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013.

_____. Políticas públicas: uma revisão da literatura. *Sociologias*, n. 16, p. 20-45, 2006.

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

SOUZA, M. L. *ABC do desenvolvimento urbano*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2003.

SOUZA, M. L. O território: sobre o espaço, poder, autonomia e desenvolvimento. CASTRO et al. (Orgs.) *Geografia:* conceitos e temas. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1995. p. 77-116.

SOUZA, R. R. Redução das desigualdades regionais na alocação dos recursos federais para a saúde. *Ciênc. Saúde Coletiva*, v. 8, n. 2, Rio de Janeiro, 2003.

STEPAN, A. Federalism and Democracy: Beyond the U.S. Model. *Journal of Democracy.* V. 10, n. 4, p. 19-34, 1999a. Disponível em: http://www.catedras.fsoc.uba.ar/deluca/Stepan.htm. Acesso em: 12 abr. 2014.

_____. Para uma nova análise comparativa do federalismo e da democracia: federações que restringem ou ampliam o poder da demos. *Dados*, n. 42, v. 2, p. 197-251, 1999b.

THELEN, K.; STEINMO, S. Historical institutionalism in comparative politics. In: THELEN, K.; STEINMO, S.; LONGSTRETH, F. (Orgs.) *Structuring Politics:* historical institutionalism en comparative analysis. Cambridge: Cambridge University Press, 1992. p.1-32.

TORRES, H. da G.; MARQUES, E. C. Reflexões sobre a hiperperiferia: novas e velhas faces da pobreza no entorno municipal. *Revista Brasileira de Estudos Urbanos e Regionais*, v. 3, n. 4, p. 49-70, 2001.

UGÁ, M. A. D. Sistemas de alocação de recursos a prestadores de serviços de saúde: a experiência internacional. *Ciênc. Saúde Coletiva*, v. 17, n. 12, p. 3437-3445, 2012.

_____; PORTO, S. M. Financiamento e Alocação de recursos em saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, L. et al. (Orgs). *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil.* Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p.473-505.

URANI, A.; FONTES, A.; CHERMONT, I.; ROCHA, R. *Desenvolvimento da Região Metropolitana do Rio de Janeiro.* Disponível em: http://www.iets.org.br/biblioteca/Desenvolvimento_da_Regiao_Metropolitana_do_Rio_de_Janeiro.pdf. Acesso em: 22 de jan de 2011.

VIACAVA, F. (Coord). *PROADESS - Avaliação de desempenho do sistema de saúde brasileiro*: indicadores para monitoramento. Relatório final. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011.

VIANA, A. L. d'A. et al. *Expansão, qualificação e regionalização da oferta de serviços e ações de saúde.* Desafios do Sistema de Saúde Brasileiro – Parte I. Regiões e Redes: Caminhos da universalização da saúde no Brasil. Disponível em: http://www.resbr.net.br/. Acesso em 31 dez. 2014.

_____; MACHADO, C. V. Descentralização e coordenação federativa: a experiência brasileira na saúde. *Ciênc. Saúde Coletiva*, v. 14, n. 3, p. 807-817, 2009.

_____; FAUSTO, M. C. R.; LIMA, L. D. Política de saúde e equidade. *São Paulo Perspec.*, v. 17, n. 1, p. 58-68, 2003.

_____. et al. Sistema de saúde universal e território: desafios de uma política regional para Amazônia Legal *Cad. Saúde Pública,* Rio de Janeiro, v. 2, supl. 23, p. S117-S131, 2007.

VILLAÇA, F. *Espaço intraurbano no Brasil.* São Paulo: Studio Nobel Lincoln Institute, 1998.

VILLIERS, B. Federations: Shared Rule and Self Rule in the Search for Stable Governance. *Politikon,* v. 39, n. 3, p. 391-410. UWA Faculty OS Law Research, 2012. Disponível em: http://ssrn.com/abstract=2211848. Acesso em: 13 abr 2014.

WATTS, R. L. Federal Second Chambers Compared. *Special series: working papers on senate reform.* Institute of Intergovernmental Relations, School of Policy Studies, Queen's University, 2008. Disponível em: http://www.queensu.ca/iigr/WorkingPapers/papers/2008-02.pdf. Acesso: 28 mar 2014.

ZIMBARDI, L. *Gestão dos Fundos Municipais de Saúde da Região Metropolitana I do Estado do Rio de Janeiro:* autonomia ou dependência? Projeto de qualificação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2013.

APÊNDICE A – Eixos, diretrizes e objetivos do Plano Regional Metropolitano do Rio de Janeiro (2013-2016)

MATRIZ - Plano Regional 2013-2016 - METROPOLITANA I e II (Diagnóstico elaborado com base no PES e PDR)	
EIXO I - CONDIÇÕES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO	**OBJETIVOS**
1ª DIRETRIZ - FORTALECIMENTO DAS AÇÕES DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE PARA PREVENÇÃO E CONTROLE DE DOENÇAS E OUTROS AGRAVOS - PNS - Diretriz VII - Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde.	1.1) Reduzir os riscos e agravos à saúde da população; 1.2) Prevenir e controlar os riscos à saúde decorrentes da produção e do consumo de bens e serviços.
2ª DIRETRIZ - GARANTIA DA INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO, COM EQUIDADE E EM TEMPO ADEQUADO AO ATENDIMENTO DAS NECESSIDADES DE SAÚDE - PNS - Diretriz I - Garantia do acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política de atenção básica e da atenção especializada. PNS - Diretriz II - Aprimoramento da rede de urgência e emergência, com expansão e adequação de unidades de pronto atendimento/UPA, de serviços de atendimento móvel de urgência/Samu, de prontos-socorros e centrais de regulação, articulada às outras redes de atenção PNS - Diretriz III - Promoção da atenção integral à saúde da mulher e da criança e implementação da "Rede Cegonha", com ênfase nas áreas e populações de maior vulnerabilidadePNS - Diretriz IV - Fortalecimento da rede de saúde mental, com ênfase no enfrentamento da dependência de crack e outras drogasPNS - Diretriz V - Garantia da atenção integral à saúde da pessoa idosa e dos portadores de doenças crônicas, com estímulo ao envelhecimento ativo e fortalecimento das ações de promoção e prevençãoPNS - Diretriz VI - Implementação do subsistema de atenção à saúde indígena, articulado com o SUS, baseado no cuidado integral, com observância às práticas de saúde e às medicinas tradicionais, com controle social, e garantia do respeito às especificidades culturaisPNS - Diretriz VIII - Garantia da assistência farmacêutica no âmbito do SUS. PNS - Diretriz IX - Aprimoramento da regulação e da fiscalização da saúde suplementar, com articulação da relação público-privado, geração de maior racionalidade e qualidade no setor saúde.	2.1) Estruturar e ampliar a Atenção Básica como ordenadora do sistema, para garantia do acesso de qualidade;2.2) Ampliar o acesso e aperfeiçoar a assistência especializada, em estreita articulação com a Atenção Básica;2.3) Promover a atenção à saúde aos segmentos vulneráveis e aos grupos populacionais estratégicos; 2.4) Garantir a assistência farmacêutica e suprimento de outros insumos estratégicos no âmbito do SUS; 2.5) Aprimorar e fortalecer a regulação, o controle e a avaliação da rede de serviços, garantindo maior racionalidade e qualidade no SUS.

EIXO II - DETERMINANTES E CONDICIONANTES DE SAÚDE	OBJETIVOS
3ª DIRETRIZ- PROMOÇÃO À SAÚDE POR MEIO DE MEDIDAS VOLTADAS AO CONTROLE DE DETERMINANTES E CONDICIONANTES DA SAÚDE DA POPULAÇÃO - PNS - Diretriz VII - Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde. PNS - Diretriz V - Garantia da atenção integral à saúde da pessoa idosa e dos portadores de doenças crônicas, com estímulo ao envelhecimento ativo e fortalecimento das ações de promoção e prevenção PNS - Diretriz X - Fortalecimento do complexo produtivo e de ciência, tecnologia e inovação em saúde como vetor estruturante da agenda nacional de desenvolvimento econômico, social e sustentável, com redução da vulnerabilidade do acesso à saúde.	3.1) Desenvolver e fortalecer as ações de promoção da saúde, potencializando a articulação intersetorial;3.2) Fortalecer o complexo produtivo de ciência, tecnologia e inovação em saúde como vetor de desenvolvimento econômico e social sustentável, reduzindo a vulnerabilidade do acesso à saúde.
EIXO III - GESTÃO EM SAÚDE	**OBJETIVOS**
4ª DIRETRIZ -FORTALECIMENTO DA GESTÃO INTERFEDERATIVA DO SUS, DE MODO A MELHORAR E APERFEIÇOAR A CAPACIDADE RESOLUTIVA DAS AÇÕES E SERVIÇOS PRESTADOS À POPULAÇÃO - PNS - Diretriz XI - Contribuição à adequada formação, alocação, qualificação, valorização e democratização das relações do trabalho dos profissionais de saúde. PNS - Diretriz XII - Implementação de novo modelo de gestão e instrumentos de relação federativa, com centralidade na garantia do acesso, gestão participativa com foco em resultados, participação social e financiamento estável PNS - Diretriz XIII - Qualificação de instrumentos de execução direta, com geração de ganhos de produtividade e eficiência para o SUS.	4.1) Aperfeiçoar e fortalecer a gestão descentralizada e regionalizada do SUS; 4.2) Ampliar e fortalecer a participação popular e o controle social; 4.3) Contribuir para a adequada formação, alocação, qualificação, valorização, e democratização das relações de trabalho dos profissionais e trabalhadores da saúde;4.4) Fortalecer a cooperação em âmbito municipal e estadual, especialmente com vistas aos Grandes Eventos no período (METROPOLITANA I).

Fontes: A autora, 2015 a partir do Plano Regional 2013-2016 do estado do Rio de Janeiro.

APÊNDICE B – Aspectos político-institucionais – Atores, Atribuições, Instituições e Governança Metropolitana

Atores regionais e metropolitanos	Qual o papel dos atores regionais? Atribuições e competências	Instituições	Estratégias esperadas para fortalecer a governança regional metropolitana e aperfeiçoar as RAS
Ministro da Saúde	As principais responsabilidades do Ministério da Saúde são a normatização e a coordenação geral do sistema no âmbito nacional, o que deve ser desenvolvido com a participação dos estados e dos municípios, para os quais o Ministério da Saúde deve oferecer cooperação técnica e financeira*.	Ministério da Saúde (CIT- no âmbito da União para efeitos administrativos e operacionais)	Elaboração e implementação de uma Política Nacional de revalorização da gestão das regiões metropolitanas e o potencial de conectividade entre as políticas públicas urbanas através da organização de redes de serviços públicos na agenda política em detrimento das práticas municipalistas. Disponibilizar subsídios financeiros para melhoria nas práticas de governança metropolitana. O MS, particularmente, pode incentivar as práticas metropolitanas de conformação de redes de saúde integrais na perspectiva da dinâmica territorial metropolitana, definindo inclusive o perfil dos gestores regionais, mas mantendo a autonomias dos estados e municípios.
Secretário Estadual de Saúde	As principais responsabilidades dos gestores estaduais são o planejamento do sistema estadual regionalizado (envolvendo mais de um município) e o desenvolvimento da cooperação técnica e financeira com os municípios*.	Secretaria Estadual de Saúde do Rio do Janeiro (CIB- âmbito do estado para efeitos administrativos e operacionais)	Capacidade de articulação do gestor estadual em promover o envolvimento dos atores regionais e em provocar o sentimento de pertencimento territorial (regional/metropolitano) de forma flexível; Incentivar políticas e mecanismos financeiros de integração e continuidade das políticas públicas metropolitanas, que a médio e longo prazo, ampliem a experiência no planejamento regional e intersetorial; maior intervenção política e administrativa na articulação de serviços públicos ofertados entre os municípios que compõe a região metropolitana; institucionalização de um órgão metropolitano, que entre outras funções, estabeleça fundos financeiros, com definição de fontes de receitas e critérios de alocação de recursos regionais. Atuar como fórum de articulação interfederativa - devem atuar como órgãos de decisão e gestão compartilhada; espaços de negociação entre os gestores das três esferas de governo que buscam favorecer a construção de consensos no processo de formulação e implementação da política de saúde.
Secretários Municipais de Saúde	O papel principal do gestor municipal é a gestão do sistema de saúde no âmbito do seu território, com o gerenciamento e a execução dos serviços públicos de saúde e a regulamentação dos prestadores privados do sistema. Os estados e o Ministério da Saúde limitam-se a executar serviços públicos de saúde em caráter temporário e/ou em circunstâncias específicas e justificada*.	Secretarias Municipais de Saúde	Comportamento menos autárquico e mais cooperativo em prol da melhoria na governança regional; maior articulação e definição das políticas de interesse comum; Elaboração dos mapas de saúde e diagnóstico municipal considerando as especificidades do território metropolitano e evitando práticas individualizadas e concorrenciais com os demais serviços da região.

Colegiado Intergestores Regional (CIR)	▪ Pactuar os aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS, no âmbito regional; ▪ Integrar, propor e acompanhar ações que possibilitem a organização das redes de atenção à saúde, estabelecendo as responsabilidades individuais e solidárias dos gestores da região; ▪ Instituir o processo dinâmico de planejamento regional para identificação de necessidades, definição de prioridades e estabelecimento de ações; ▪ Estabelecer, monitorar e avaliar, de forma contínua, o processo de planejamento regional propondo adequações necessárias ao cumprimento do plano; ▪ Identificar e propor prioridades de investimentos, no âmbito das três esferas de governo; ▪ Contribuir na elaboração do desenho do processo regulatório intra e inter-regional de saúde, construindo fluxos e protocolos de abrangência regional; ▪ Participar do processo de integração inter-regional buscando garantir a integralidade e assegurando a atenção à saúde, através da CIB; ▪ Propor à CIB as alterações e repactuações que se fizerem necessárias para a garantia do acesso à atenção à saúde; ▪ Identificar as necessidades de alterações nas Regiões de Saúde, propondo a CIB-RJ, os rearranjos necessários; ▪ Estimular estratégias de qualificação do controle social; ▪ Apoiar processos de qualificação da gestão do trabalho e da educação em saúde, através da articulação com Comissão de Integração Ensino-Serviço – CIES; ▪ Decidir outras questões por delegação da	Âmbito regional vinculada à SES-RJ para efeitos administartivos e operacionais - observando as diretrizes da CIB	Fórum de articulação interfederativa - governança regional - mecanismos de gestão da política de saúde que foram criados e estão em processo de efetivação, por meio de um trabalho interinstitucional, capaz de articular diversos atores, instituições, municípios e entes governamentais. Espera-se que a CIR amplie o poder dos governos municipais e estaduais frente ao planejamento, implementação e regulação regional da saúde, considerando as especificidades das áreas metropolitanas; O CIR pode representar uma inovação estratégica para as lacunas da governança metropolitana e fortalecer a cooperação e articulação interfederativa; Coordenção das políticas visando melhor distribuição na oferta de serviços, na força produtiva, e na possibilidade de desconcentração dos serviços mais especializados do núcleo metropolitano, no intuito desenvolver outras regiões do estado; Explorar o potencial de atuação do novo pacto de gestão, representado pelo Contrato Organizativo de Ação Pública em Saúde (COAP) e dos Mapas de Saúde como instrumentos político-institucional na regulação regional e metropolitana da saúde.

	CIB.***		
Assessoria de Integração Regional (AIR) **	▪ Contribuir para a constituição e fortalecimento do processo de regionalização solidária e cooperativa; ▪ Coordenar a regionalização, em âmbito estadual, propondo e pactuando diretrizes e normas gerais sobre a regionalização, observando as normas vigentes e as pactuações na CIB; ▪ Coordenar o processo de organização, reconhecimento e atualização das Regiões de Saúde conformando o Plano Diretor de Regionalização (PDR); ▪ Apoiar tecnicamente as Comissões Intergestores Regionais (CIR); ▪ Apoiar tecnicamente Câmaras Técnicas nas CIR; ▪ Fomentar a discussão nas CIR dos Planos Regionais de Saúde e demais instrumentos de planejamento tradicionais (Planos Municipais de Saúde, Programação Anual de Saúde e Relatório Anual de Gestão) em articulação com o PDR e instrumentos do Pacto pela Saúde, visando à organização das Redes de Atenção à Saúde; ▪ Apoiar as discussões nos CIR da confecção de fluxos e protocolos necessários para a elaboração pela região do desenho do processo regulatório**.	Regional/SES-RJ	Apoio ao processo de regionalização no estado do Rio de Janeiro- Acompanhamento da organização das regiões de saúde e orientação e auxílio às CIR; A AIR pode se constitutir como espaço de governança metropolitana na medida em que tem pontencial de articular o planejamento das diversas políticas públicas urbanas visando o desenvolvimento econômico, social e político da região.

Notas: * (Noronha et. al, 2008, p. 447).
**Instituída pela SES-RJ.
*** Deliberação CIB-RJ n° 2.917 de 14 de maio de 2014.
Fonte: A autora, 2015 a partir de: Decreto n°. 7.508/2011; Abrucio e Sano, 2013; Machado e Lima , 2008.

APÊNDICE C – Base de dados socioeconômicos dos municípios da RMRJ

Município	Índice de Gini da renda domiciliar *per capita* (1991)	Índice de Gini da renda domiciliar *per capita* (2000)	Índice de Gini da renda domiciliar *per capita* (2010)	PIB - em valores correntes (R$ mil) - 2010	Participação (%) em relação ao PIB do Estado	PIB *percapita em R$*	Renda Média Mensal (2010) em R$	% Cobertura do Programa Bolsa Familia (2012)	% Cobertura equipes atenção básica (2012)
Belford Roxo	...	0,4847	0,4606	4.467.555	1,1	9.520,41	700,00	28,18	27,97
Duque de Caxias	0,474	0,5241	0,4875	26.496.845	6,51	30.988,80	800,00	38,21	26,48
Itaboraí	0,49	0,517	0,4967	2.186.487	0,54	10.025,62	700,00	80,94	68,07
Itaguaí	0,5159	0,5423	0,5004	4.284.959	1,05	39.252,85	810,00	45,96	59,37
Japeri	...	0,5217	0,4578	916.884	0,23	9.611,85	650,00	30,61	34,22
Magé	0,4921	0,5206	0,5082	2.065.537	0,51	9.053,41	700,00	97,55	78,61
Maricá	0,5638	0,5511	0,5098	1.644.995	0,4	12.900,00	1000,00	32,86	57,1
Mesquita	...	...	0,4919	1.533.364	0,38	9.105,33	800,00	65,01	49,71
Nilópolis	0,4528	0,4795	0,4805	1.668.960	0,41	10.597,72	850,00	40,47	76,09
Niterói	0,5776	0,5883	0,5983	11.214.103	2,75	23.011,46	1400,00	48,06	64,94
Nova Iguaçu	0,4815	0,526	0,5141	9.496.660	2,33	11.942,30	750,00	23,42	37,17
Queimados	...	0,4881	0,4584	1.670.541	0,41	12.110,81	700,00	30,07	23,71
Rio Bonito	0,5606	0,571	0,5023	856.989	0,21	15.417,34	700,00	62,19	85,71
Rio de Janeiro	0,6092	0,615	0,6391	190.249.043	46,73	30.088,24	1000,00	54,15	44,08
São Gonçalo	0,4714	0,4863	0,461	10.340.756	2,54	10.341,78	800,00	24,11	60,12
São João de Meriti	0,4443	0,4739	0,462	4.826.212	1,19	10.506,47	800,00	24,14	30,69
Seropédica	...	0,5599	0,4835	852.538	0,21	10.904,39	700,00	71,02	60,62
Silva Jardim	0,5442	0,5686	0,5072	192.515	0,05	9.012,88	600,00	96,52	98,33
Tanguá	...	0,4778	0,4615	290.655	0,07	9.458,03	600,00	76,91	86,84

Fontes: A autora, 2015. Ministério da Saúde. DATASUS/PNUD, 2013.

APÊNDICE D – Base de dados sobre o financiamento em saúde dos municípios da RMRJ

Município	Despesa Total Saúde/Hab	Despesas Recursos Próprios em Saúde/Hab	% Despesa Pessoal/Despesa Total	%Despesa Serviços Terceiros/Despesa Total	%Despesa Investimento/ Despesa Total	%Transferência SUS/Despesa Total	%Recursos Próprios em Saúde EC/29/2000	Receita de Transferência do SUS/Hab
Belford Roxo	227,02	71,1	44,28	41,08	0,6	66,9	19,4	151,88
Duque de Caxias	482,63	293,09	39,9	42,67	1,42	35,39	25,09	170,78
Itaboraí	368,81	198,46	40,15	45,99	0,92	50,02	22,61	184,46
Itaguaí	679,03	464,79	65	21,29	1,43	29,66	17,06	201,42
Japeri	285,12	190,32	69,1	11,21	2,21	31,45	34,73	89,67
Magé	400,44	147,03	43,34	24,08	5,44	41,12	31,54	164,65
Maricá	314,33	187,36	51,85	12,76	0,07	23,86	24,1	75,01
Mesquita	151,67	93,43	79,96	12,62	0,5	79,02	16,17	119,84
Nilópolis	250,82	97,48	50,69	36,92	0,79	69,57	16,3	174,5
Niterói	573,28	245,85	41,89	11,43	0,94	55,14	16,33	316,13
Nova Iguaçu	289,96	61,49	38,1	31,35	0,87	71,84	15,47	208,3
Queimados	278,65	122,9	58,51	37,46	0,4	57,74	23,96	160,89
Rio Bonito	760,23	260,78	18,59	41,57	0,68	70,41	22,63	535,32
Rio de Janeiro	466,58	290,02	38,78	18,33	7,5	37,04	19,69	172,82
São Gonçalo	210,18	70,36	44,37	34,71	1,24	75,38	21,01	158,42
São João de Meriti	231,5	65,31	46,94	32,23	0,24	67,78	15,27	156,91
Seropédica	349,1	145,43	41,93	37,52	3,48	49,63	17,5	173,25
Silva Jardim	855,81	523,05	62,8	6,42	2,51	19,05	26,77	163,05
Tanguá	343,43	254,86	73,58	14,55	0,22	39,73	24,57	136,45

Nota: * (pop da base tabnet referente a 2011/ variação de (-)70 mil hab p/ 2012).
Fontes: A autora, 2015.Tabnet /SIOPS, 2011.. Acesso em 14.07.2013

APÊNDICE E – Base de dados sobre a distribuição de profissionais de saúde nos municípios da RMRJ

Municípios da RMRJ	Cirurgião-dentista		Fonoaudiólogo		Enfermeiro		Fisioterapeuta		Nutricionista		Assistente		Psicólogo		Médico	
	N	Indicador	N	Indicador	N	Indicador	N	Indicador	N	Indicador	N	Indicador	N	Indicador	N	Indicador
Belford Roxo	79	1,665	23	0,485	164	3,456	59	1,243	31	0,653	47	0,990	53	1,117	420	8,850
Duque de Caxias	289	3,333	93	1,073	509	5,870	185	2,134	93	1,073	90	1,038	97	1,119	1949	22,478
Itaboraí	73	3,279	23	1,033	161	7,232	60	2,695	29	1,303	42	1,887	47	2,111	453	20,349
Itaguaí	81	7,157	37	3,269	87	7,687	81	7,157	13	1,149	29	2,562	36	3,181	295	26,064
Japeri	21	2,157	3	0,308	40	4,109	21	2,157	6	0,616	8	0,822	17	1,747	73	7,500
Magé	86	3,730	11	0,477	120	5,205	43	1,865	11	0,477	12	0,520	17	0,737	226	9,802
Maricá	54	3,996	11	0,814	48	3,552	46	3,404	12	0,888	5	0,370	14	1,036	186	13,765
Mesquita	34	2,005	6	0,354	130	7,668	36	2,123	10	0,590	24	1,416	10	0,590	229	13,507
Nilópolis	82	5,190	15	0,949	224	14,178	71	4,494	17	1,076	32	2,025	27	1,709	344	21,774
Niterói	524	10,655	143	2,908	699	14,213	350	7,117	157	3,192	137	2,786	318	6,466	2846	57,868
Nova Iguaçu	257	3,206	34	0,424	552	6,885	160	1,996	34	0,424	52	0,649	68	0,848	1203	15,005
Queimados	26	1,852	5	0,356	65	4,630	22	1,567	6	0,427	11	0,784	20	1,425	90	6,411
Rio Bonito	50	8,860	18	3,189	66	11,695	28	4,961	7	1,240	19	3,367	20	3,544	116	20,554
Rio de Janeiro	2750	4,303	595	0,931	9444	14,779	2044	3,199	1307	2,045	1194	1,868	1290	2,019	18830	29,467
São Gonçalo	316	3,110	55	0,541	469	4,616	200	1,968	74	0,728	67	0,659	105	1,033	722	7,105
São João de Meriti	73	1,587	15	0,326	152	3,304	62	1,348	13	0,283	21	0,456	32	0,696	223	4,847
Seropédica	23	2,870	8	0,998	22	2,745	22	2,745	4	0,499	1	0,125	6	0,749	30	3,744
Silva Jardim	9	4,213	0	0,000	17	7,958	15	7,022	3	1,404	2	0,936	9	4,213	14	6,554
Tanguá	7	2,227	2	0,636	6	1,909	2	0,636	2	0,636	5	1,590	4	1,272	9	2,863
Total	4834	4,043	1097	0,917	12975	10,851	3507	2,933	1829	1,530	1798	1,504	2190	1,831	28258	23,631

Fontes: A autora, 2015. Ministério da Saúde.CNES, dez.2012.

ANEXO A – Tipo de estabelecimento – conceituação DATASUS.

Posto de Saúde: Unidade destinada à prestação de assistência a uma determinada população, de forma programada ou não, por profissional de nível médio, com a presença intermitente ou não do profissional médico.

Centro de Saúde/Unidade Básica de Saúde: Unidade para realização de atendimentos de atenção básica e integral a uma população, de forma programada ou não, nas especialidades básicas, podendo oferecer assistência odontológica e de outros profissionais de nível superior. A assistência deve ser permanente e prestada por médico generalista ou especialista nestas áreas. Podendo ou não oferecer: Serviço Auxiliar Diagnóstico e Terapia (SADT) e Pronto atendimento 24 Horas.

Policlínica: Unidade de saúde para prestação de atendimento ambulatorial em várias especialidades, incluindo ou não as especialidades básicas, podendo ainda ofertar outras especialidades não médicas. Podendo ou não oferecer: Serviço Auxiliar Diagnóstico e Terapia (SADT) e Pronto atendimento 24 Horas.

Hospital Geral: Hospital destinado à prestação de atendimento nas especialidades básicas, por especialistas e/ou outras especialidades médicas. Pode dispor de serviço de Urgência/Emergência. Deve dispor também de SADT de média complexidade. Podendo Ter ou não SIPAC.

Hospital Especializado: Hospital destinado à prestação de assistência à saúde em uma única especialidade/área. Pode dispor de serviço de Urgência/Emergência e SADT. Podendo Ter ou não Sistema Integrado de Procedimentos de Alta Complexidade (SIPAC) Geralmente de referência regional, macro regional ou estadual.

Central de Regulação de Serviços de Saúde: é a unidade responsável pela avaliação, processamento e agendamento das solicitações de atendimento, garantindo o acesso dos usuários do SUS, mediante um planejamento de referência e contra-referência.

Secretaria de Saúde: Unidade gerencial/administrativa e/ou que dispõe de serviços de saúde, como vigilância em saúde (vigilância epidemiológica e ambiental; vigilância sanitária); Regulação dos serviços de saúde.

Fonte: DATASUS. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/cnes/tipo_estabelecimento.htm. Acesso em: 04 fev.2015.

ANEXO B - Aspectos normativos e organizacionais – instrumentos operacionais

Normativas analisadas	Concepções acerca da regionalização da saúde	Principais instrumentos propostos
PACTO PELA SAÚDE	- A regionalização é entendida como uma estratégia eficaz para a formação de sistemas de saúde eficientes e de relações intergovernamentais mais cooperativas. Compreende a construção de desenhos que respeitem as realidades locais e que promovam a pactuação entre os gestores no âmbito dos Colegiados de Gestão Regional (CGR). - O processo de regionalização seria norteado por sete pressupostos: territorialização, flexibilidade, cooperação, cogestão, financiamento solidário, subsidiariedade, participação e controle social. - A regionalização se pautaria por alguns objetivos gerais: 1) Garantir acesso, resolutividade e qualidade às ações e serviços de saúde a toda a população brasileira, independente do porte populacional do seu município de residência; 2) Garantir a integralidade na atenção à saúde, por meio do acesso a todos os níveis de complexidade; 3) Potencializar a descentralização do sistema, fortalecendo o papel dos estados e dos municípios, para que exerçam amplamente suas funções gestoras; e 4) Racionalizar os gastos e otimizar a aplicação dos recursos, possibilitando ganhos de escala nas ações e serviços de saúde de abrangência regional. - A regionalização é assumida como eixo estruturante dessa normativa em suas três dimensões: Pacto pela Vida, de Gestão e em Defesa do SUS.	Colegiados de Gestão Regional (CGR). - Termos de Compromisso de Gestão.
DECRETO 7.508/2011	- A regionalização é compreendida como eixo importante para a organização do SUS, associada à ideia de hierarquização dos serviços e construção de regiões a partir de critérios a serem observados pelos estados e municípios. - O processo de regionalização envolveria o levantamento da capacidade instalada para prestação de serviços de saúde (mapa da saúde), a definição de regiões de saúde e a construção de redes de serviços. Para isso, define: 1) Mapa da saúde: constitui a etapa diagnóstica do planejamento, na qual deve ser realizada a identificação dos recursos humanos, capacidade de produção de serviços e investimentos presentes no território. 2) Região de saúde: corresponde ao espaço geográfico delimitado para garantir integração, planejamento e execução de ações e serviços. 3) Rede de atenção à saúde: diz respeito ao conjunto de ações e serviços organizados em níveis crescentes de complexidade, em uma dada região de saúde, a fim de garantir a integralidade da assistência. - Reafirma o papel das Comissões Intergestores Tripartite (CIT), Bipartite (CIB) e Regionais (CIR, antigos CGR) como fóruns importantes de articulação federativa.	- Comissões Intergestores Regionais (CIR). - Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP). - Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES). - Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME).

Fonte: PEREIRA, 2014.