

FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO
ESCOLA DE GOVERNO DR. PAULO NEVES DE CARVALHO

PAOLA SOARES MOTTA

A contribuição do Projeto Apoiador do COSEMS/MG no espaço de gestão regional de
saúde do estado de Minas Gerais no período de 2009 a 2011

BELO HORIZONTE - MG

2012

PAOLA SOARES MOTTA

A contribuição do Projeto Apoiador do COSEMS/MG no espaço de gestão regional de saúde do estado de Minas Gerais no período de 2009 a 2011

Dissertação apresentada ao Mestrado em Administração Pública da Escola de Governo Dr. Paulo Neves de Carvalho da Fundação João Pinheiro, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre.

Orientador: Ricardo Carneiro

BELO HORIZONTE - MG

2012

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todos os que acreditam que o Sistema Único de Saúde é uma conquista do povo brasileiro e que a gestão municipal deste Sistema é capaz de efetivar os princípios constitucionais a ela definidos.

AGRADECIMENTOS

Ao meu pai, que hoje já não está conosco, mas que foi meu exemplo de atuação e respeito à Administração Pública.

A minha mãe, pelo carinho, torcida e exemplo de perseverança.

Ao meu marido, pelo apoio, compreensão e por me permitir vivenciar o amor.

Aos meus filhos, pela torcida, apoio e compreensão, mas mais que tudo, por me propiciarem a alegria de ser mãe.

Aos apoiadores, que dão corpo ao projeto de fortalecimento da gestão regional de saúde.

Ao Colegiado de Secretários Municipais de Saúde de Minas Gerais, por permitir que me dedicasse a este trabalho.

A minha turma do mestrado, pela leveza de nosso encontro.

Aos meus amigos e familiares, por entenderem os momentos de ausência na nossa convivência.

A todos o meu, muito obrigada!

RESUMO

A implementação da política de saúde, num país federativo como o Brasil, demanda a integração de ações dos diversos níveis de governo com equilíbrio entre competição e cooperação, mantendo a unidade na diversidade, o entrelaçamento entre os níveis de governo e a relação de equilíbrio entre a autonomia dos pactuantes e a interdependência entre eles. A relação intergovernamental inerente ao processo de descentralização remete ao problema teórico clássico sobre a possibilidade de ação coletiva ou de cooperação entre os entes autônomos na adesão à política nacional de saúde. Para potencializar o processo de descentralização, fortalecendo estados e municípios para exercerem papel de gestores e para que as demandas dos diferentes interesses loco-regionais possam ser organizadas e expressadas na região, é reforçada a diretriz da Regionalização do Sistema Único de Saúde (SUS). O processo de regionalização da atenção à saúde em Minas Gerais, especialmente referente à gestão regional de saúde trouxe à luz um novo cenário para o Colegiado dos Secretários Municipais de Saúde de Minas Gerais (COSEMS/MG). Este cenário impôs uma nova proposta de atuação do COSEMS/MG, com a implantação do Projeto Apoiador, frente à gestão regional de saúde, buscando fortalecer a instituição, os COSEMS Regionais e os gestores municipais na gestão microrregional de saúde. O objeto deste trabalho é analisar o Projeto Apoiador como estratégia de melhoria da relação intergovernamental, especialmente para os gestores municipais, no espaço regional de gestão do SUS/MG, a partir da percepção dos gestores de saúde que atuam no espaço regional. Os resultados obtidos apontam que Projeto rebaixa os custos de transação propiciando a cooperação na relação intergestores no espaço regional; promove a disseminação de informações; fortalece a atuação regional do COSEMS; fortalece a capacidade político institucional dos municípios e dos COSEMS Regionais nas relações intergovernamentais que precisam de cooperação e coordenação em nosso Estado Federativo; aglutina gestores no COSEMS Regional e possibilita a contextualização da discussão estadual do COSEMS com a Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (SES/MG).

SIGLAS UTILIZADAS

CGR – Colegiado de Gestão Regional

CIB - Comissão Intergestores Bipartite

CIB Macro – Comissão Intergestores Bipartite Macrorregional

CIB Micro – Comissão Intergestores Bipartite Microrregional

CIB-R/MG – Comissão Intergestora Regional de Minas Gerais

CIR – Comissão Intergestora Regional

CIT - Comissão Intergestores Tripartite

COAP – Contrato Organizativo de Ação Pública

CONASEMS - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde

CONASS - Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde

COSEMS - Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde

COSEMS/MG – Colegiado de Secretários Municipais de Saúde de Minas Gerais

COSEMS Regional – Colegiado de Secretários Municipais de Saúde Regional

GRS – Gerência Regional de Saúde

MS - Ministério da Saúde

NOB - Norma Operacional Básica

NOAS – Norma Operacional de Assistência a Saúde

PDR – Plano Diretor de Regionalização

PDI – Plano Diretor de Investimento

PPI - Programação Pactuada e Integrada

RENAME - Relação Nacional de Medicamentos Essenciais

RENASES - Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde

SES/MG - Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais

SMS - Secretaria Municipal de Saúde

SRS – Superintendência Regional de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

8	
1	FEDERALISMO: DEFINIÇÃO E CARACTERÍSTICAS13
.1	DESCENTRALIZAÇÃO E RELAÇÕES INTERGOVERNAMENTAIS 20
.2	AÇÃO COLETIVA E INFORMADA: DESAFIOS DAS RELAÇÕES INTERGOVERNAMENTAIS NO CONTEXTO FEDERALISTA 26
.2.1	<i>Cooperação para a ação coletiva e as contribuições neoinstitucionalistas 26</i>
.2.2	<i>Escolha Racional e a informação 31</i>
2	FEDERALISMO BRASILEIRO35
.1	DESCENTRALIZAÇÃO E RELAÇÕES INTERGOVERNAMENTAIS NO BRASIL 39
3	O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE46
.1	A DESCENTRALIZAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE 48
.2	A REGIONALIZAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE 58
.3	RELAÇÕES INTERGOVERNAMENTAIS NA POLÍTICA DE SAÚDE 68
4	A GESTÃO DO SUS/ MG80
.1	A SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE MINAS GERAIS – SES/MG 80
.2	O COLEGIADO DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE – COSEMS/MG 83
.3	REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE EM MINAS GERAIS 85
.4	GESTÃO COMPARTILHADA NO SUS/MG 87
5	O PROJETO APOIADOR93
6	PROPOSIÇÕES ANALÍTICAS99
.1	A PESQUISA E SEUS RESULTADOS 100
.1.1	<i>Perfil do Entrevistado 102</i>
.1.2	<i>Eixo Informação 106</i>
.1.3	<i>Eixo Participação 112</i>
7	CONCLUSÕES127
8	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS131
9	ANEXOS139
.1	ANEXO 1 – O QUESTIONÁRIO 140
.2	ANEXO 2 – AS TABELAS DE RESULTADOS 142
.2.1	<i>Tabela 1: Perfil do entrevistado: 142</i>
.2.2	<i>Tabela 2: Eixo: Informação: 142</i>
.2.3	<i>Tabela 3: Eixo: Participação - Na CIB Microrregional 142</i>
.2.4	<i>Tabela 4: Eixo: Participação - No COSEMS Regional 142</i>

INTRODUÇÃO

A nossa Carta Magna consagrou a saúde como direito social definindo que as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um Sistema Único de Saúde (SUS), sendo a descentralização, com direção única em cada esfera de governo, uma das diretrizes deste sistema, que é formado por várias instituições dos três níveis de governo.

Esta estruturação do SUS, de maneira bastante descentralizada, obriga a União e os estados a considerarem o poder conquistado pelos municípios pois o texto Constitucional estabeleceu as bases legais dos municípios como responsáveis pela condução da política de saúde no âmbito municipal e regional. Por outro lado, a descentralização no Brasil depende da adesão dos níveis de governo estadual e municipal tornando evidente a importância dos processos de coordenação intergovernamental. O SUS é extremamente complexo, envolve múltiplas variáveis e só se concretiza através do estabelecimento de relações interníveis de governo.

A descentralização distribui competências entre os entes, podendo propiciar maior desempenho do poder público, bem como possibilita novas soluções administrativas baseadas na criatividade vinculada às peculiaridades locais, mas requer a criação de um ambiente intergovernamental positivo e construção de novas capacidades de governo subnacionais. Todas as esferas de governo devem desenvolver instrumentos e uma cultura política vinculada às relações intergovernamentais, onde todos os entes subnacionais têm papel.

A implementação da política de saúde, num país federativo como o Brasil que precisa manter a unidade na diversidade, demanda a integração de ações dos diversos níveis de governo com equilíbrio entre competição e cooperação entre os entes. Neste contexto federativo, a cooperação remete a definição de arenas federativas para construção de acordos entre os entes federados propiciando condições em que seja possível a cooperação, enfrentando as forças centrífugas presentes na indução da descentralização da gestão da saúde para cada município.

A área da saúde tem seu arranjo institucional para lidar com essas questões no processo de implementação da política, com a constituição de instâncias de negociação e pactuação entre gestores dos diferentes níveis de governo; é a Comissões Intergestores Tripartite (CIT), no nível nacional, e as CIBs, no nível estadual e também regional. O reconhecimento destas comissões está legitimado na lei orgânica do SUS, que também reconhece as entidades representativas dos gestores. O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) são reconhecidos como entidades representativas dos entes estaduais e municipais para tratar de matérias referentes à saúde e declarados de utilidade pública e de relevante função social. A lei orgânica reconhece ainda os Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS) como entidades que representam os entes municipais, no âmbito estadual, para tratar de matérias referentes à saúde.

Para potencializar o processo de descentralização, fortalecendo estados e municípios para exercerem papel de gestores e para que as demandas dos diferentes interesses loco-regionais possam ser organizadas e expressadas na região, é reforçada a diretriz da Regionalização do SUS com a edição da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) em 2001. A diretriz da Regionalização também cria a possibilidade de a federação contrapor o elemento de identidade regional ao elemento igualitário nacional, chamando a atenção para o fato de que a capacidade de governo das municipalidades é condição necessária à coesão entre os agentes políticos e sociais de uma Região de Saúde.

No Brasil, a necessidade da negociação e formação de acordos entre as esferas de governo é tensionada pelas baixas condições institucionais de grande número de municípios. Os entes locais executam as ações de saúde, mas precisam de colaboração horizontal e vertical para ter sucesso. A implantação de políticas em cenário federalista necessita do reforço de burocracias eficientes nos diferentes níveis de governo, fortalecendo a atuação de gestores.

A descentralização da política de saúde trouxe, ao cenário da gestão pública, os gestores municipais e fazer a gestão do SUS no nível municipal e regional é tarefa complexa e hoje obrigatória para os municípios que aderiram à política nacional de saúde.

O fortalecimento da descentralização exige a ênfase na importância dos espaços loco-regionais e uma adequada definição das competências das esferas de governo envolvidas, implicando em conformar um sistema solidário, por meio das Comissões Intergestores, viabilizando o exercício conjunto de competências e de funções que exigem cooperação, de modo a permitir que a gestão do SUS tenha flexibilidade e abra espaço à inovação e à sustentabilidade de projetos regionais.

No estado de Minas Gerais, que conta com uma população de 19.728.701 habitantes (IBGE-2011), dispersa em 853 municípios, a adesão municipal na gestão do SUS atinge 100% dos municípios. Estes municípios estão assistencialmente divididos em microrregiões de saúde, contando, em cada uma delas, com uma comissão intergestora.

O processo de regionalização da atenção à saúde em Minas Gerais, especialmente referente à gestão regional de saúde, trouxe à luz um novo cenário para o COSEMS de Minas Gerais. As atuais 25 representações regionais do COSEMS/MG não contavam com apoio suficiente para acompanhar as decisões emanadas das 76 microrregiões de saúde, levar propostas à CIB Estadual e tão pouco, capilarizar as decisões da CIB Estadual para estas instâncias de gestão. Como efeito também da regionalização, aconteceu o enfraquecimento dos COSEMS Regionais com a atomização de encontros de gestores em diversas Comissões Intergestores Bipartite Microrregional (CIB Micro) dentro do mesmo território de COSEMS Regional, dificultando sua mobilização, a disseminação de informações para a implementação de políticas de saúde e a formação de consensos de base regional.

Este cenário impôs uma nova proposta de atuação do COSEMS/MG frente à gestão regional de saúde, buscando fortalecer a instituição, os COSEMS Regionais e os gestores municipais na gestão microrregional de saúde. Em maio de 2009, o COSEMS/MG implantou o Projeto Apoiador. Este Projeto busca subsidiar tecnicamente as decisões dos gestores municipais de saúde nos espaços regionais, estimulando a representação dos secretários municipais de saúde em todas as instâncias e de fóruns como o COSEMS Regional e as CIBs Micro.

Os principais objetivos deste projeto são: resgatar a aglutinação dos gestores nos COSEMS Regionais que estavam fragmentados em diversas CIBs Micro; subsidiar tecnicamente os gestores municipais de saúde nas 76 CIBs Micro; apoiar a qualificação do funcionamento destas CIBs Micro; apoiar, acompanhar e monitorar o processo de implantação e sustentabilidade do Pacto pela Saúde no estado; disseminar informação de interesse para a gestão municipal de saúde; buscar a qualificação da informação para a gestão regional, pois a informação qualificada e com interface amigável para o gestor municipal é fundamental para o monitoramento e a tomada de decisão no espaço Regional, bem como para estimular sua participação.

Esta iniciativa do COSEMS/MG está sendo utilizada por outros COSEMS estaduais, reforçando a importância de registrar o Projeto Apoiador bem como avaliar os resultados efetivamente alcançados na gestão regional.

Durante Seminário promovido pela SES/MG e COSEMS/MG, em junho de 2011, que contou com a presença de aproximadamente 200 pessoas, que atuam nas CIBs Micro, foi aplicado um questionário estruturado com respostas fechadas e campo final de observações, para subsidiar a análise de vários eixos que pudessem contribuir no espaço de gestão regional a partir da implantação do Projeto Apoiador. Os eixos analisados neste trabalho são: Informação e Participação. Além destes eixos, quanto ao perfil do entrevistado, o questionário apura o tempo de atuação na gestão de saúde e ao conhecimento e percepção da atuação do apoiador e também será objeto de análise deste trabalho.

Analisar a avaliação da implantação deste Projeto no espaço regional de pactuação intergovernamental de saúde, na perspectiva da gestão municipal e estadual que atua nesta área e interpretá-la constitui o objeto deste trabalho, que se subdivide em duas partes principais. A primeira delas é dedicada à discussão dos conceitos e das proposições teóricas que irão nortear a abordagem do fenômeno sob investigação. A segunda parte concentra-se no desenvolvimento propriamente dito na análise do questionário de pesquisa.

A primeira parte condensa o esforço realizado no sentido do delineamento do arcabouço teórico que sustenta a análise pretendida. O ponto de partida é a abordagem do Federalismo perpassando pela Descentralização, Relações Intergovernamentais, Teoria da Escolha Racional e da Cooperação para a Ação Coletiva, entendendo suas premissas centrais. Em seguida é abordado o Federalismo Brasileiro e a organização do SUS, percorrendo os princípios da Descentralização e da Regionalização e os espaços de governança no SUS. Ainda na primeira parte é realizada a abordagem sobre a gestão do SUS em Minas Gerais, destacando o papel da SES/MG e do COSEMS/MG, nas instâncias bipartite de gestão regional. Ao final da primeira parte, retorna-se à problemática investigada, qual seja, a contribuição do Projeto Apoiador do COSEMS/MG no espaço de gestão regional do SUS/MG, promovendo-se uma sistematização das principais temáticas e proposições que serão desenvolvidas na análise empreendida no trabalho.

A segunda parte desdobra-se na análise dos resultados encontrados a partir da aplicação do questionário de pesquisa que se articula em torno da percepção do Projeto Apoiador pela representação municipal no espaço regional e pela representação estadual no mesmo espaço e por fim a parte das conclusões.

1 FEDERALISMO: definição e características

Na literatura, o tema federalismo traz com ele um grande conjunto de definições e características. Nesta seção, daremos maior ênfase aos conceitos que subsidiarão a argumentação traçada neste trabalho, especialmente aqueles que se referem ao federalismo cooperativo, suas implicações na descentralização de políticas sociais, nas relações intergovernamentais e na cooperação para a ação coletiva.

Segundo Costa (2007), podemos utilizar a palavra Federalismo para designar uma ideologia política, isto é, um conjunto de ideias sobre como se deve governar um Estado. Podemos utilizar também para designar os arranjos institucionais, ou seja, o conjunto de leis, normas e práticas que definem como um estado federal é efetivamente governado.

A ideologia federalista e o primeiro Estado federal assim organizado surgiram no final do século XVIII. O federalismo foi concebido como a melhor alternativa para o impasse político em que se encontrava a recém-criada Confederação norte-americana, pois numa confederação as unidades territoriais que a compõem preservam sua soberania e tem direito de romper o pacto a qualquer momento. No modelo federalista há a divisão dos poderes em órgãos independentes: Poderes Executivo, Legislativo e Judiciário, que vale tanto para União quanto para estados, e as responsabilidades de governo também são divididas entre a União e os estados de maneira que nenhum deles possa interferir em atividades do outro sem autorização política ou judicial. (Ibid, 2007).

Portanto, no regime federalista não existe dupla soberania, nenhum estado membro da federação tem o direito de renunciar unilateralmente ao pacto político ou rejeitar uma lei emitida pelo Congresso cuja legalidade tenha sido confirmada pelo poder judiciário. Por outro lado, o governo federal não pode obrigar nenhum ente subnacional a fazer ou permitir que a União realize qualquer ação em seu território sem autorização legal do Legislativo e confirmação da legalidade pelo Judiciário. (Ibid, 2007).

São diversos os conceitos encontrados na literatura para o tema Federalismo e oportuno trazê-los a este trabalho para desvelar que existem pontos comuns nas diversas definições que são intrínsecas a qualquer estado Federal.

Segundo Costa (2007), uma federação é um tipo de Estado soberano em que os órgãos centrais de governo incorporam, em bases constitucionais, unidades regionais em seu processo decisório.

Lijphart (1999 apud Arretche, 2002, p.27) define que Estados federativos são uma forma particular de governo dividido verticalmente, de tal modo que diferentes níveis de governo têm autoridade sobre a mesma população e território. A autonomia política dos governos subnacionais, característica fundamental do federalismo, está garantida. Nesta direção o governo central e os subnacionais são, independentes e soberanos em suas jurisdições atendendo ao que está definido na Constituição.

Abrucio (2006) define a Federação como um pacto entre unidades territoriais, que escolhem estabelecer uma parceria, conformando uma nação, sem que a soberania seja concentrada num só ente, ou em cada uma das partes. A especificidade do estado federal, em termos de divisão territorial do poder, é o compartilhamento da soberania entre o governo central e os governos subnacionais.

Para fins deste trabalho será utilizada a definição de Almeida (2001) segundo a qual a federação é uma forma de organização política baseada na distribuição territorial do poder e autoridade entre instâncias de governo, constitucionalmente definida e assegurada, de tal maneira que o governo nacional e os subnacionais são independentes nas suas esferas próprias de ação.

Segundo Souza (2005), existe um consenso de que os sistemas federativos têm duas dimensões principais: o desenho constitucional e a divisão territorial de poder governamental. As manifestações territoriais do federalismo referem-se à divisão de competências entre os entes e no poder legislativo, ao papel do poder judiciário, à alocação de recursos fiscais e de responsabilidades entre os entes. Já o desenho constitucional define questões fundamentais que afetam os entes que constituem a federação, tais como, citando Evans (2001, apud Souza, 2005, p.105) *“quem governa, como se governa e quem deveria governar”*. Corroborando com a autora, Costa (2007) destaca que um dos elementos mais importantes para se entender como funciona o

federalismo são os princípios constitucionais e a legislação complementar e ordinária vigentes no país.

Almeida (2001) acresce, às duas características citadas por Souza (2005), uma terceira característica que é a não centralização, pela difusão dos poderes de governo entre muitos centros, nos quais a autoridade não resulta da delegação de um poder central, mas é conferida por sufrágio popular; portanto, a autoridade não pode ser retirada sem consentimento mútuo.

Segundo Almeida (1995), por serem estruturas não centralizadas os sistemas federais moldam formas peculiares de relações intergovernamentais. Do ponto de vista das relações entre esferas de governo podem ser definidos três tipos de arranjos federativos. O primeiro tipo é federalismo dual onde os poderes do governo geral e dos estados, ainda que sejam exercidos nos mesmos limites territoriais, atuam de forma separada e independente, nas esferas que lhes são próprias. Os dois outros tipos de federalismo resultam da transformação do arranjo dual, em decorrência da expansão do escopo dos governos, em geral, e do governo federal, em particular. Assim, o segundo tipo é o federalismo centralizado, que implica a transformação dos governos estaduais e locais em agentes administrativos do governo federal, que possui forte envolvimento nos assuntos das unidades subnacionais, primazia decisória e de recursos. O terceiro e último tipo, o federalismo cooperativo comporta graus diversos de intervenção do poder federal e se caracteriza por formas de ação conjunta entre instâncias de governo, nas quais as unidades subnacionais guardam significativa autonomia decisória e capacidade própria de financiamento.

Segundo Caffarate (2002), no federalismo cooperativo há uma mudança dos poderes de decisão nos níveis de governo em benefício de um mecanismo de negociação e acordo intergovernamental. Com isso, há uma tendência de redução das políticas que sejam conduzidas por um só governo, havendo uma interdependência e coordenação das atividades governamentais. Esta interdependência e coordenação têm como base uma decisão voluntária de todos os entes da federação, não se fundamentando em uma pressão hierárquica.

Cury (2006 apud Costa et. al ,2010, p.17) aponta que o federalismo de cooperação busca um equilíbrio de poderes entre a União e os estados membros, estabelecendo laço de colaboração na distribuição das múltiplas competências por meio de atividades planejadas e articuladas entre si, objetivando fins comuns.

No modelo cooperativo, a colaboração e o espírito de solidariedade entre as esferas de poder central e descentralizada são reforçadas e ganham força para atenuar/corrigir desigualdades interpessoais e inter-regionais. Este modelo procura unir as distintas esferas de governo para promover o bem comum coletivo e manter coesa a federação. Além de suas competências exclusivas, deixa de haver uma nítida separação entre os diversos poderes envolvidos nas funções e responsabilidades na oferta de determinadas políticas públicas, de abrangência nacional e que interessam a toda a população, que passam a ser compartilhadas, distribuindo-se o seu esforço e participação nos campos da regulação, financiamento e execução dessas políticas. (OLIVEIRA, 2007)

Segundo Almeida (2005) e Viana et al (2002), as federações contemporâneas são melhor descritas por estes dois últimos modelos da tipologia baseada na natureza das relações intergovernamentais. Estes modelos nomeiam relações intergovernamentais nas quais a não centralização, característica do ordenamento federativo, convive de forma complexa e, freqüentemente, conflitante com a lógica da centralização-descentralização. Nesta direção, Caffarate (2002) também reforça que o federalismo cooperativo não exclui os conflitos de competência, as concorrências ou as duplicações de atividades entre os entes da federação, mas tenta reduzir o alcance destes problemas por meio de acordos políticos negociados. Não constitui uma etapa definitiva da história do federalismo, pois é suscetível de conhecer fases de centralização e descentralização.

Importante destacar que a literatura também nos apresenta o modelo do federalismo competitivo¹, que consiste numa efetiva competição entre governos, com o objetivo de controlar o governo, bem como os seus gastos, visando aumentar a sua eficiência, por meio da concorrência/competição entre as esferas governamentais

¹ A “guerra fiscal” é exemplo de federalismo competitivo, onde existe a busca constante por parte dos estados subnacionais em propiciar aos novos investimentos, vantagens fiscais em escala crescente, competindo entre si na busca de uma situação mais favorável.

atraindo o cidadão. O federalismo competitivo propicia ao indivíduo/contribuinte escolha, dentre estruturas de governo alternativas, a que seja capaz de operar com maior nível de eficiência e, portanto, com menores custos e melhor qualidade. (OLIVEIRA, 2007).

Arretche (2006) destaca que existe a concordância na ciência política de que Estados federativos são os que o governo central convive com unidades federativas independentes nas suas esferas de atuação. Nesta convivência, Abrucio (2005), destaca que da coexistência, num mesmo território, de distintos níveis de governo decorre o compartilhamento da autoridade política. Abrucio (2006) aponta que no Federalismo esta fragmentação do poder político, conformada em torno de um processo de barganha entre um número variado de unidades constituintes e um centro, traz consigo regras partilhadas e regras próprias. Para o autor, a soberania compartilhada só se mantém ao longo do tempo caso se estabeleça uma relação de equilíbrio entre a autonomia dos pactuantes e a interdependência entre eles.

A situação federalista, segundo Abrucio (2006), é conformada por duas condições: a primeira é a existência de heterogeneidades que dividem uma nação e a segunda é a existência de um discurso e uma prática defensores da unidade na diversidade. Assim, qualquer país federativo foi instituído para dar conta da heterogeneidade e defende a unidade na diversidade, resguardando a autonomia local, para manter a integridade territorial. Decorre daí que a busca do equilíbrio entre forças centrífugas (em nome da unidade) e centrípetas (em nome da autonomia) constitui um problema estrutural do federalismo e marca o desenvolvimento de todas as federações. (MENICUCCI, 2008).

Segundo Costa (2007), a divisão inicial de competências entre União, estados e municípios não impede que o exercício destas competências mude bastante ao longo do tempo. Nesta direção, Abrucio (2006) destaca que, para defender seus interesses e direitos os entes subnacionais contam com instrumentos políticos tais como a existência de cortes constitucionais, de uma segunda casa legislativa, a representação na Câmara Baixa e o grande poder de limitar mudanças na Constituição. Cabe destacar também que alguns princípios básicos da federação não podem ser emendados em hipóteses alguma.

Segundo Costa (2007), o funcionamento de um estado federal é “naturalmente” complexo. Existem muitos atores com interesses diferentes e capacidade de impor vetos às propostas de mudança mais ousadas, mas isso é da própria essência do Federalismo. Problema diverso é a existência de mecanismos institucionais de incentivo ao consenso e conversão desse consenso em capacidade efetiva de governo.

Viana e Machado (2009) apontam que o federalismo não apresenta um único arranjo institucional e pode compreender diferentes graus de centralização e descentralização simultâneos, mas a característica essencial do federalismo, qual seja, a autonomia política dos governos locais, deve estar presente. As autoras destacam que o desenho das instituições do federalismo e os recursos de poder dos atores envolvidos são fatores importantes na definição de um tipo particular de estrutura de Estado e as políticas sociais. Devem ser observadas as características institucionais do Federalismo, que engloba um conjunto de arranjos e regras para decisões no governo central com vistas a incorporar interesses territoriais, que diferem quanto ao poder de veto dos governos subnacionais; atores com base territorial e com variadas ideias e interesses; arranjos legais para definir responsabilidades entre níveis de governo; arranjos de transferências fiscais intergovernamentais; arranjos informais entre governos, verticais e horizontais.

A literatura nos apresenta diferentes vantagens do sistema federalista. Abrucio (2006) aponta que o Estado federal é uma forma inovadora de se lidar com a organização político-territorial do poder, onde há um compartilhamento matricial da soberania, mantendo-se a estrutura nacional. Outro aspecto positivo destacado pelo autor refere-se à peculiaridade da Federação quanto à existência de direitos originários pertencentes aos pactuantes subnacionais, que não podem ser arbitrariamente retirados pela União e são garantidos em uma Constituição escrita.

Conforme Beramendi (2009), o federalismo é recomendado por sua habilidade de acomodar comunidades de diferentes preferências e, ao mesmo tempo, proteger as liberdades políticas. A junção destes dois fatores implica em que o Federalismo seja visto

como uma condição facilitadora para o estabelecimento e duração da democracia em nações grandes e heterogêneas.

Outra vantagem do federalismo, apontada por Costa (2007), está no desafio de criar regras de resolução de conflitos políticos entre as unidades subnacionais envolvidas, pois o federalismo não elimina a possibilidade de conflitos políticos entre os entes.

Segundo Viana e Machado (2009), é possível identificar no federalismo elementos interessantes para lidar com a complexidade das sociedades contemporâneas tais como o fato da federação contrapor o elemento de identidade regional ao elemento igualitário nacional.

Dente (1997 apud Viana et al, 2002, p.496) aponta que a implantação de políticas públicas em um cenário federalista caracterizado pela flexibilidade institucional é acompanhada por: emergência de estruturas dedicadas à construção da relação centro/periferia; pluralidade de centros de decisão autônomos e interdependentes; reforço de burocracias eficientes e profissionais nos diferentes níveis de governo e, finalmente, pela figura dos *managers* intergovernamentais. Para a análise de políticas públicas é fundamental que se entenda a dinâmica institucional da intervenção pública, caracterizada por grande flexibilidade, presente no modelo federalista e base das atuais reformas dos Estados nacionais. A flexibilidade institucional implica a busca pela cooperação intergovernamental para alcançar fins comuns, tanto em matéria econômica como social e cultural, através de programas e de financiamentos conjuntos. Esse modelo flexível forma-se a partir de medidas legislativas e reguladoras em todos os níveis de governo, no interior da estrutura constitucional, em que se aplica uma concepção intergovernamental de políticas públicas. (VIANA et al, 2002).

Na atualidade, pouco mais de 10% dos países adotam o federalismo, mas é fato que a importância geopolítica, econômica e cultural dos que o adotam é evidente destacando os casos mais relevantes indo dos EUA à Rússia, da Índia à Alemanha, do Canadá à Nigéria, da Suíça à Argentina, do México ao Brasil.(ABRUCIO 2006).

Veremos a seguir o processo de descentralização e as relações intergovernamentais no federalismo.

1.1 Descentralização e Relações Intergovernamentais

No âmbito do Federalismo Cooperativo e para entender melhor como o federalismo atua na prática e iluminar a análise sobre a distribuição de poder territorial, onde os municípios assumem papel de destaque pela existência de políticas descentralizadas, é fundamental trabalhar o conceito da descentralização. (SOUZA, 2005)

Arretche (1996) analisa o debate sobre a descentralização nos anos de 1980, quando, a partir de perspectivas políticas distintas, se produziu um grande consenso em torno da descentralização. Passou-se a supor que formas descentralizadas de prestação de serviços públicos seriam mais democráticas e fortaleceriam e consolidariam a democracia. Também se supunha que formas descentralizadas de prestação de serviços públicos seriam mais eficientes e assim elevariam os níveis reais de bem-estar da população. Portanto, reformas do Estado nessa direção seriam desejáveis. Ao mesmo tempo, passou-se a associar centralização a práticas não-democráticas de decisão, à ausência de transparência das decisões, à impossibilidade de controle sobre as ações de governo e à ineficácia das políticas públicas. As expectativas postas sobre a descentralização e a visão negativa das formas centralizadas de gestão implicariam na necessária redução do escopo de atuação das instâncias centrais de governo.

Descentralização é um termo empregado em diversos sentidos, que vão desde a redistribuição ampla de poder a uma simples transferência da execução de tarefas. Souza (2002) destaca que enquanto alguns autores enfatizam a desconcentração administrativa, outros vêem a descentralização como uma questão política que envolve uma efetiva transferência de autoridade para setores ou espaços territoriais antes excluídos do processo decisório.

Segundo Falleti (2006), a descentralização é um processo de reforma do Estado, composta por um conjunto de políticas públicas que transfere responsabilidades, recursos ou autoridade de níveis mais elevados do governo para níveis inferiores, no contexto de um tipo específico de Estado. Chama a atenção para que, visto que essas políticas objetivam reformar o Estado, seu conteúdo e sua interação com os sistemas políticos e

econômicos mais amplos, elas se tornam altamente dependentes do tipo de Estado que buscam reformar.

Ainda segundo Falletti (2006), ao analisar a descentralização e a realocação de autoridade para as esferas subnacionais, podemos classificar a descentralização em três categorias. A primeira é a descentralização administrativa, caso em que enquadra a saúde, que engloba o conjunto de políticas que transferem a administração e a provisão de serviços sociais aos governos subnacionais. A descentralização administrativa pode acarretar a transferência da autoridade na tomada de decisões sobre essas políticas, mas esta não é uma condição necessária. Se receitas são transferidas do centro para cobrir os custos de administração e provisão de serviços sociais, a descentralização administrativa é financiada e coincide com a medida de descentralização fiscal. A segunda é a descentralização fiscal, que se refere ao conjunto de políticas desenhadas para aumentar as receitas ou a autonomia fiscal dos governos subnacionais. Nesta definição, descentralização se refere às receitas, enquanto os gastos fazem parte da descentralização administrativa. A terceira e última categoria é a descentralização política constituída pelo conjunto de emendas constitucionais e de reformas eleitorais desenhadas para abrir novos espaços para a representação das sociedades subnacionais.

Em relação às conseqüências de cada tipo de descentralização no poder subnacional, a descentralização administrativa tem impacto positivo se esta melhorar as burocracias locais e estaduais fomentar o treinamento dos governantes locais ou facilitar o aprendizado através da atribuição de novas responsabilidades, melhorando as capacidades organizacionais dos governos subnacionais. (Ibid ,2006)

Como a ênfase deste trabalho está na discussão da descentralização no aspecto do fortalecimento da capacidade de gestão dos entes subnacionais, em especial os municípios, de comandar diretamente sua administração e nas relações intergovernamentais, interessando-nos examinar mais especificamente a descentralização como um processo de redistribuição de poder entre as esferas de governo, adotaremos a definição de Abrucio (2006) como se segue.

um processo político, circunscrito a um Estado Nacional, que resulta na transferência efetiva de poder decisório a governos subnacionais que adquirem autonomia para escolher seus governantes e legisladores; para comandar diretamente sua administração; para elaborar uma legislação referente às competências que lhe cabem; e, por fim para cuidar de sua estrutura tributária e financeira. Abrucio (2006, p.78)

Na perspectiva da indução da descentralização, de acordo com Arretche (2002), na descentralização entendida como distribuição de funções administrativas, diferentes formas de transferência de recursos e delegação de funções permitem que um dado nível de governo desempenhe funções de gestão de uma dada política, independentemente de sua autonomia política e fiscal.

Para Abrucio (2006), o fascínio pela descentralização baseia-se não só na crise de um modelo centralizador, mas também na força política adquirida por esse conceito, pois o discurso descentralizador teria suas principais qualidades associadas à democratização do poder público e a um melhor desempenho governamental. O crescimento do municipalismo no Brasil nos anos 1980, com seu viés democratizador, é um dos exemplos de que descentralização e democratização do Estado andam juntas. Já a defesa do maior desempenho do poder público, ligado aos conceitos de eficiência e eficácia, refere-se à aproximação de formuladores e implementadores, bem como ao fato de possibilitar novas soluções administrativas baseadas na criatividade vinculada às peculiaridades locais.

Nesta direção, Arretche (1996) também destaca que a consolidação democrática trouxe à arena política um conjunto de atores que atuam reduzindo o poder de comando anteriormente exercido inteiramente pelo Executivo federal. Além disso, é no plano dos estados e municípios que ocorre hoje um expressivo processo de inovação política (as chamadas “novidades vindas de baixo”).

Ainda segundo Arretche (1996), princípios e valores políticos somente podem se concretizar em instituições políticas concretas, com reforço a novas instituições que favoreçam a democracia de base territorial. Reforça ainda que a descentralização seria um instrumento de fortalecimento da vida cívica, com maior capacidade de iniciativa e conseqüentemente menos dependente do Estado. Acrescenta que não é suficiente que se reforme apenas a escala ou o âmbito da esfera responsável pela decisão a ser tomada. É necessário que se construam instituições cuja natureza e cujas formas específicas de

funcionamento sejam compatíveis com os princípios democráticos que norteiam os resultados que se espera produzir.

A autora também salienta que, somente indicadores de gasto não são suficientes para aferição se as funções de gestão pública de programas sociais estão de fato sendo assumidas e sob quais formas, e somente o gasto não é expressão literal de desempenho de competências. A autora destaca ainda que a existência de políticas sociais supõe a institucionalização de capacidade técnica para garantir uma relativa continuidade no fluxo de oferta de um dado bem ou serviço, verificando se um dado nível de governo está organizacionalmente capacitado para o desempenho relativamente permanente de uma dada tarefa de gestão. (ARRETCHE, 2000).

Mas, para aperfeiçoar a descentralização, Abrucio (2006) aponta que é fundamental entender que o contexto federativo dá ao fenômeno descentralizador uma singularidade marcante, vinculada, sobretudo à questão da coordenação intergovernamental. O autor apresenta questões fundamentais a serem equacionadas em qualquer modelo de descentralização, dentre estes, cita a necessidade de criação de um ambiente intergovernamental positivo.

Segundo o autor, neste ambiente intergovernamental existe a fragilidade de instrumentos de coordenação e cooperação entre as esferas de governo, sendo esta a razão pela qual a descentralização exige a construção de capacidade político-institucionais em todos os entes. Todas as esferas de governo devem desenvolver instrumentos e uma cultura política vinculada às relações intergovernamentais, onde todos os entes subnacionais têm seu papel, e o do nível central é necessariamente de coordenador. (ABRUCIO, 2006; ARRETCHE, 1996).

Almeida (2001) também argumenta que, para empreender a descentralização, deve-se observar que a descentralização em sistemas federativos tem peculiaridades que não podem ser desconsideradas. Segundo a autora, deve ser analisada a relação entre a natureza do jogo político característico das federações e o caráter necessariamente negociado e demorado do processo de transferência de responsabilidades. A autora aponta ainda outros fatores importantes para a descentralização de responsabilidades

destacados por Arretche (2000) , Almeida (1996, 2000) , Abrucio e Costa (1998) e Souza (2000) quais sejam: a importância do governo federal ter políticas deliberadas de descentralização que contenham as garantias e incentivos às esferas de governo para as quais se transferirá a responsabilidade; a definição de regras e instrumentos que dão incentivos à descentralização de responsabilidades; a ênfase na formação de instâncias intergovernamentais de planejamento, coordenação e avaliação, as quais, conforme o escopo da política, poderiam tanto integrar horizontalmente governos da mesma esfera, quanto verticalmente governos de esferas distintas; a análise das fortes desigualdades regionais, as quais estão associadas diferentes capacidades econômicas e administrativas.

Neste sentido, segundo Abrucio (2005), a descentralização requer um projeto nacional e a construção de novas capacidades de governo subnacionais e do próprio governo federal, que deve estar pronto para o repasse das funções e também o exercício do papel de coordenador. A coordenação federativa consiste nas formas de integração, compartilhamento e decisão presentes nas federações que se expressam: nas regras legais que obrigam os atores a compartilhar decisões e tarefas; em fóruns e mecanismos políticos de negociação intergovernamental; no funcionamento de instituições representativas e no papel coordenador/indutor do governo federal.

Beramendi (2009) destaca que o federalismo e descentralização, por si só não fornecem nenhuma receita mágica para garantir a integração política e prosperidade econômica. Às vezes eles fazem e às vezes não. Destaca ainda que quanto mais os estudiosos descobrem sobre o federalismo e descentralização, mais cuidados eles tem em prever os seus efeitos ou defender a sua adoção. Alerta ainda que a descentralização do governo em um determinado lugar e tempo é muito mais um salto no escuro.

Abrucio (2006) e Arretche (1996) alertam que no contexto federativo, o fenômeno descentralizador tem uma singularidade importante vinculada às relações intergovernamentais, onde, todos os entes subnacionais têm seu papel.

Segundo Abrucio (2006), as relações intergovernamentais referem-se à coordenação federativa e devem ser capazes de manter o controle mútuo e a negociação como bases da Federação, vinculadas a um equilíbrio entre competição e cooperação. A

cooperação se estabelece por mecanismos de parceria aprovados pelos envolvidos e é fundamental para otimizar a utilização de recursos comuns; para auxiliar governos menos capacitados para a realização de determinadas tarefas; para evitar o jogo de empurra entre os entes; no combate a comportamentos financeiros predatórios e na disseminação de informações sobre fórmulas administrativas bem-sucedidas.

Paul Pierson (1995, apud Abrucio, 2006, p.94) definiu o funcionamento das relações intergovernamentais no federalismo como “mais do que um simples cabo de guerra, as relações intergovernamentais requerem uma complexa mistura de competição, cooperação e acomodação”. Abrucio (2006) ainda destaca que este autor alerta que o entrelaçamento dos níveis de governo é regra básica para a produção e o gerenciamento de programas públicos, especialmente na área social.

Segundo Burgess (1993, apud Abrucio, 2006, p.91), as federações são marcadas pela “competição e o conflito em torno de diversidades”. Assim, o alcance de relações de interdependência entre os entes não pode acabar por eliminar o pluralismo subjacente ao modelo federativo. As parcerias intergovernamentais devem guiar-se pelo respeito mútuo e o papel de negociação/barganha nas relações entre os níveis de governo e não do domínio de instância sobre a outra. (Ibid, 2006)

Costa (2007) destaca que um aspecto central para o bom funcionamento dos estados federais é a forma como se processam as relações entre os diversos níveis de governo, pois, em princípio, estados e municípios são autônomos para conduzir suas políticas sociais, desde que não entrem em conflito com as normas constitucionais e leis federais. Desta forma, as relações intergovernamentais são como o “sistema circulatório” do federalismo.

Veremos a seguir os desafios para a ação coletiva no âmbito das relações intergovernamentais no contexto federalista.

1.2 Ação Coletiva e informada: desafios das relações intergovernamentais no contexto federalista

O federalismo potencializa a maior democratização no exercício da atividade governativa, sendo que esta potencialização depende de regras que permitam que isto aconteça e de uma adequada e eficiente articulação das relações intergovernamentais, o que traz à cena analítica a questão da cooperação com a ação coletiva e da ação informada. No bojo da concepção do federalismo está o dilema da ação coletiva, trazendo o desafio de promover a cooperação entre os entes federados sem comprometer a autonomia decisória que os revestem. A institucionalidade que dá sustentação ao pacto federativo apresenta oportunidades abertas à articulação de interesses e objetivos diversos dentro de um mesmo território, favorecendo a conformação de arranjos cooperativos horizontalizados ou verticalizados, onde se mesclam questões como a disposição à negociação e a construção de identidades coletivas. (CARNEIRO, BRASIL, 2011).

1.2.1 Cooperação para a ação coletiva e as contribuições neoinstitucionalistas

A discussão das possibilidades de cooperação e coordenação intergovernamental, inserida no contexto federativo brasileiro, remete à temática da ação coletiva, que coloca em relevo a análise das razões que motivam, ou não, os indivíduos a colaborarem para a produção conjunta de um bem de interesse e uso de todos. Essa discussão acerca dos dilemas relacionados à cooperação tem sido primariamente associada, na literatura da ciência política, à contribuição de Olson (1999), que chamou a atenção para o caráter problemático da produção de bens coletivos. (Ibid, 2011).

Segundo Olson (1999) mesmo que todos os indivíduos de um grupo sejam racionais e centrados em seus próprios interesses, e que saiam ganhando se, como grupo, agirem para atingir seus objetivos comuns, ainda assim eles não agirão voluntariamente para promover esses interesses comuns e grupais. O autor afirma que quando está em pauta um bem público, vale dizer, um benefício caracterizado pela impossibilidade de

discriminação entre aqueles que contribuíram para o provimento do mesmo daqueles que não o fizeram, o membro racional, em determinados casos, pode preferir não contribuir para a consecução do bem grupal. Isso porque o ator, mesmo não contribuindo com a consecução do benefício coletivo, poderia, em certas circunstâncias, usufruir de igual modo do bem em questão. O autor aponta que indivíduos racionais e egoisticamente motivados não agem, de forma espontânea, para promoção do interesse comum. Ao contrário, se o bem público estiver disponível ao indivíduo, independente da cooperação com sua produção, a escolha que este faz, baseada na maximização de benefícios de curto prazo para si próprio, recai na não cooperação. Nos termos da formulação teórica olsoniana, o indivíduo irá agir como *free rider*, significando a adoção de um padrão de conduta que pega “carona” no esforço alheio. (CARNEIRO, BRASIL, 2011)

No cerne da argumentação desenvolvida por Olson (1999) está a assimetria entre o custo e o impacto ou benefício da contribuição individual para a produção do bem coletivo. Esta assimetria guarda relação direta com o tamanho do grupo, pois de acordo com o autor, à medida que o tamanho do grupo cresce, reduz-se a probabilidade de se alcançar alguma forma de ação coletiva ou, pelo menos, o bem público produzido fica aquém daquilo que potencialmente poderia ser alcançado com a mobilização coletiva. Este fenômeno é devido a duas razões principais. A primeira é que os grupos grandes favorecem avaliações individuais de que a adoção de um comportamento *free riding*, além de não ser notada pelos demais membros do grupo, não afeta a probabilidade de o bem coletivo ser produzido. A segunda tem a ver com a dificuldade de coordenação da ação coletiva em grupos grandes, que se torna mais complexa, implicando custos de transação² mais elevados entre os membros do grupo. A progressiva elevação de tais custos, acompanhando o crescimento do grupo, tende a alcançar um patamar tal que torna

² Os custos de transação advêm primariamente dos custos de informação relacionados a negociar, mensurar e fiscalizar os direitos de propriedade, envolvendo monitorar performances organizar atividades (MERCURO e MEDEMA, 1997). Na concepção econômica, custos de transação representam uma categoria analítica ampla, congregando todos os fatores que dificultam a especificação, o monitoramento e a observância ou o cumprimento de uma dada transação entre os agentes, onde se destaca o custo de obter e processar informações relevantes. A transposição do conceito da economia para o campo da análise política fundamenta-se no reconhecimento da racionalidade instrumental dos atores políticos (EPSTEIN e O'HALLORAN, 1999).

inviável articular a cooperação necessária à produção do bem coletivo (CARNEIRO et al,2010).

Algumas possíveis soluções para o problema da ação coletiva sugeridas pelo próprio Olson (1999) são: a identificação de alguma forma de bloquear a adoção de condutas tipificadas como *free riding*, condicionando a acessibilidade ao bem coletivo à cooperação com sua produção; a existência de poder coercitivo para punir eficazmente as defecções face àquilo que foi acordado; a provisão de benefícios privados exclusivos para os membros do grupo em troca da contribuição para a assunção dos custos de produção do bem coletivo. (CARNEIRO, BRASIL,2011)

Um dos aspectos não considerados nas contribuições olsonianas quanto as restrições que se impõem à ação coletiva e sua realização, é a implicação advinda da repetição das situações nas quais os indivíduos se defrontam com decisões relacionadas à participação na promoção do interesse comum ou grupal. Com a repetição, vários aspectos passam a ter importância, influenciando o cálculo estratégico do indivíduo, que pode transitar de deserção para a cooperação, na linha das estratégias condicionais discutidas por autores como Taylor (1987), Axerold (1980) e Ostrom (2009). Reproduzindo Elster (1994 pág. 157), “quando as mesmas pessoas enfrentam problemas em ação coletiva vezes e vezes repetidas, pode estar em seu auto interesse cooperar, por esperança de reciprocidade, medo de retaliação ou ambos”. (CARNEIRO et al,2010).

A repetição reflete na interdependência das decisões, e o comportamento do ator adquire configuração de ação estratégica: o processo decisório deve levar em consideração também os interesses e a conduta dos demais atores. As decisões são feitas em função de um conjunto de oportunidades e constrangimentos que expressam as opções abertas ao indivíduo, que por sua vez, é constrangido, e mesmo modelado, pelos conjuntos de oportunidades dos outros na sociedade. (CARNEIRO, 2000).

Segundo Carneiro et al (2010) é necessário reconhecer o mérito da formulação olsoniana sobre o problema da ação coletiva quando desvela o dilema social envolvido nas escolhas estratégicas feitas pelos indivíduos numa circunstância de interdependência decisória, que se revela numa incongruência entre interesse individual e interesse

coletivo, pois alcançar um resultado coletivamente superior passa pela cooperação entre os indivíduos.

A solução para o problema da cooperação, presumindo-se a autonomia decisória dos indivíduos, supõe a coordenação com vistas à articulação e integração de interesses, que pode se processar quer de forma descentralizada ou centralizada. Em ambos os casos, as instituições desempenham um papel de relevo, à medida que compelem os indivíduos a determinadas formas de conduta, exercendo influência na determinação dos resultados dos processos políticos e sociais, como reconhecem e postulam as interpretações neoinstitucionalistas, em suas diversas correntes de abordagem³. (CARNEIRO et al 2010)

Os aportes teóricos advindos do neoinstitucionalismo histórico e da escolha racional compartilham a preocupação central com a forma pela qual as instituições conformam as estratégias dos atores e influenciam os resultados das ações no campo da política, mas apontam para encaminhamentos distintos, ainda que não excludentes, com vistas à resolução do problema da ação coletiva. O primeiro, de configuração vertical, destaca as relações assimétricas de poder, que podem ser utilizadas, por quem detém poder suficiente, para a proposição de um arranjo institucional voltado a promover uma interlocução sistemática dos interesses individuais em prol do interesse coletivo. O segundo, de configuração horizontal, foca a interação estratégica dos indivíduos, argumentando que a negociação entre eles é capaz de produzir um acordo no qual os interesses individuais são articulados em torno do interesse comum ou grupal. (CARNEIRO, BRASIL, 2011)

Para os fins pretendidos no presente trabalho, com vistas à resolução do problema da ação coletiva, interessam mais de perto os aportes teóricos advindos do neoinstitucionalismo da escolha racional que foca na interação estratégica dos indivíduos de caráter horizontal que caracteriza o acordo negociado entre indivíduos. (Ibid , 2011)

³ As interpretações neoinstitucionalistas se disseminam a partir dos anos 1980, como uma reação ao reducionismo das perspectivas analíticas behavioristas, influentes nas décadas anteriores (March e Olsen, 1989; Hall e Taylor, 2003). Embora March e Olsen (1984) se refiram ao neoinstitucionalismo no singular, Hall e Taylor (2003) identificam três vertentes interpretativas – o neoinstitucionalismo histórico, o sociológico e o da escolha racional – e outros autores alargam ainda mais o espectro das abordagens, como o faz Peters (1998), que relaciona a existência de nada menos que sete variantes do pensamento neoinstitucionalista (Hay, 2008).

O neoinstitucionalismo da escolha racional tem uma concepção geral de instituição entendida como “regras do jogo” e adere a uma perspectiva analítica que enfatiza a orientação no sentido do cálculo estratégico concernente à seleção da alternativa de conduta que expressa o melhor resultado. Nesta perspectiva, as instituições fornecem informações acerca dos demais atores envolvidos na interação e seus repertórios de estratégias, permitindo a avaliação dos produtos resultantes da combinação das escolhas que fazem ou podem fazer. (CARNEIRO, BRASIL, 2011)

O neoinstitucionalismo da escolha racional enfatiza o papel da interação estratégica que se processa sob os constrangimentos determinados por um conjunto dado de instituições na determinação das situações e resultados da política. Para o neoinstitucionalismo da escolha racional, a origem das instituições é explicada pelas funções que cumprem enquanto regras do jogo, cuja estabilidade reflete a avaliação dos atores relevantes acerca da eficiência no desempenho de tal atribuição. (CARNEIRO at al 2010)

A negociação de um acordo cooperativo entre indivíduos que se defrontam com problemas de interesse comum envolve entendimento prévio acerca de uma ampla gama de questões operacionais, que vão da repartição dos benefícios e dos custos da ação coletiva à especificação das formas de lidar com contingências, passando pelo desenho de mecanismos para a resolução de conflitos, a fiscalização e a garantia de cumprimento dos compromissos assumidos. Assim, a probabilidade de êxito na obtenção de resultados cooperativos guarda relação com a capacidade de as instituições sob as quais os indivíduos interagem rebaixarem os custos de transação, em especial aqueles associados às incertezas quanto ao que esperar no tocante às condutas a serem adotadas pelas partes relevantes à negociação. Sobre este aspecto, vale destacar como mencionado anteriormente, que a cooperação tende a ser favorecida em transações que se reiteram no tempo, as quais provêm informações sobre os comportamentos pretéritos das partes implicadas no acordo, permitindo, em particular, a construção de reputações quanto à confiabilidade na observância dos compromissos acordados. Por sua vez, a estabilidade dos arranjos negociados guarda relação com sua eficiência no cumprimento das funções

para as quais foram criados, que gera efeitos de *feedback* no sentido de reforçar a disposição a cooperar dos indivíduos, para além, inclusive, do acordo originalmente celebrado, com a inclusão de novos temas na agenda e novos participantes no processo. (CARNEIRO et al, 2010).

1.2.2 Escolha Racional e a informação

A ação pode ser entendida como expressão da interação entre atores ou grupos de atores tendo em vista a promoção de objetivos ou interesses em torno dos quais se mobilizam, desenrolando-se num dado ambiente. As ações dos diferentes atores envolvidos na interação refletem suas preferências e dotação de recursos, sendo influenciadas por forças emanadas desse mesmo ambiente, que estrutura concretamente a situação da busca da promoção de interesses. (CARNEIRO, 2000)

Segundo Carneiro (2000), quando defrontadas com vários cursos da ação, as pessoas comumente fazem o que acreditam que levará ao melhor resultado global, ou seja, escolhem a alternativa mais afim com seus interesses e objetivos. O modelo analítico da escolha racional envolve um conjunto de supostos sobre a ação humana e, conseqüentemente, sobre o indivíduo enquanto ator social. As premissas básicas são a intencionalidade na busca de resultados e a racionalidade na definição da conduta a ser adotada tendo em vista este propósito.

De acordo com tais premissas, Elster (1994) argumenta que as ações são explicadas por oportunidades e desejos - pelo que as pessoas podem fazer e pelo que querem fazer. Os desejos estimulam a ação numa particular direção, dentre as opções abertas às mesmas. Os desejos remetem a interesses e preferências que são próprios ao indivíduo. Interesses e preferências são decisivos no direcionamento de sua conduta quanto aos objetivos a serem alcançados. (Ibid, 2000)

A intencionalidade é fundamental na transformação das preferências e desejos em propósitos e, por conseguinte, no desencadeamento da ação. A materialização dos desejos, por sua vez, envolve a mobilização de recursos, entendidos como tudo aquilo que pode ser usado como suporte ou sustentação à ação. A capacidade de mobilizar recursos

assume, sob essa ótica, papel estratégico para o ator, determinando a amplitude das alternativas de ação ao seu alcance. Tal capacidade remete à dotação de recursos específica de cada indivíduo, que é não apenas limitada, mas desigualmente distribuída entre os mesmos. Vale dizer, a uma desigual distribuição de recursos corresponde uma capacidade também diferenciada de agir. (CARNEIRO, 2000)

Ainda segundo o autor, a racionalidade é indissociada de intencionalidade e se refere à avaliação que o agente faz a respeito da forma como deve agir para alcançar os objetivos a que se propõe. Implica selecionar, dentro do campo daquilo que é possível fazer, a conduta que expresse, do ponto de vista do agente, uma articulação adequada dos recursos disponíveis com vistas aos propósitos visados.

A questão de selecionar dentre as alternativas de conduta ao alcance do indivíduo aquela que se configura como a mais indicada vai ser resolvida analiticamente através do recurso à ideia de eficiência. Reis (1988) destaca que o modelo analítico da escolha racional inclui a preocupação com a eficiência, pois, ao articular os recursos disponíveis com o intuito de alcançar os objetivos a que se propõe, o agente procura a melhor forma possível para sua realização. A orientação no sentido da eficiência constitui, como afirma o autor, elemento indispensável para a caracterização da ação como racional.

A oportunidade é um componente do quadro explicativo da ação e pode ser entendida como o elemento que vai determinar, dentro do campo das alternativas de ação que estão ao alcance do agente, aquelas que podem efetivamente ser adotadas. Como destaca Elster (1994) as oportunidades são objetivas e externas aos agentes. Atuam coercitivamente sobre os mesmos, restringindo o conjunto das ações exequíveis, portanto, passíveis de serem avaliadas e implementadas numa dada situação concreta. Assim a ideia de racionalidade não se sustenta em si mesma, pois se refere ao comportamento do agente em um ambiente, assumindo uma configuração contextual. Ações vistas como opção racional num dado contexto podem deixar de ser a escolha mais adequada ou sequer estarem abertas à avaliação do agente num ambiente distinto. (Ibid, 2000)

Segundo Carneiro (2000), a ação representa, antes de tudo, uma escolha do indivíduo, proveniente da avaliação que faz a respeito das estratégias que estão abertas ao mesmo, tendo em vista os objetivos que pretende alcançar. Assim, a conduta adotada expressa uma opção do agente, o que significa, em essência, uma deliberação autônoma. Reis (1988) aponta que racionalidade envolve necessariamente autonomia - premissa central para a escolha racional - pois admitir a busca de objetivos sem esta autonomia redundaria em reduzir a ação intencional às condições próprias do comportamento estimulado ou condicionado, onde o sujeito atuante desaparece como tal. Implica dizer que o indivíduo sabe ou acredita saber o que está fazendo e o que espera obter do comportamento que adota, expressando um componente ativo da racionalidade. Ainda segundo o autor, a ação racional deve ser vista como ação informada, no sentido de o agente buscar um diagnóstico lúcido da situação, o que supõe capacidade de percepção e interpretação das oportunidades associadas às circunstâncias onde a atuação é desenvolvida.

O acesso, controle e processamento de informações instrumentalizam a escolha da alternativa de conduta que o agente considera mais eficaz dentre o espectro de opções compatíveis com seus propósitos e recursos e factíveis com as restrições do contexto. A questão da racionalidade gira em torno da tensão contida na noção de ação informada: agir implica, fechamento, engajamento, objetivos claros e consistentes; a obtenção e o processamento de informações implicam abertura, disponibilidade, distanciamento.

Se ação racional é ação informada, torna-se possível argumentar, que quanto mais informado e, conseqüentemente, quanto mais lúcido for o diagnóstico da situação que conforma o quadro de referência da ação, maior o grau de racionalidade envolvido no comportamento do ator (CARNEIRO, 2000).

Segundo Reis (1988) o processamento de informações que fundamenta a racionalidade da escolha, por sua vez, está relacionado ao comprometimento ou engajamento efetivo do agente com os propósitos da ação, traduzindo o fato de que os fins ou objetivos devem estar estabelecidos de maneira suficientemente clara e consistente. Esse comprometimento com os resultados da ação remete às características

do indivíduo enquanto agente, suas preferências e objetivos mais gerais, orientadores de uma conduta que lhe é própria, no sentido de uma identidade pessoal que se manifesta no curso de suas atividades ao longo do tempo.

Percorremos ao longo deste capítulo as premissas centrais do federalismo cooperativo, suas implicações na descentralização de políticas sociais, nas relações intergovernamentais e na cooperação para a ação coletiva, passando agora ao próximo capítulo que tratará das características do Federalismo Brasileiro.

2 FEDERALISMO BRASILEIRO

Esta seção aborda as proposições presentes na literatura relativas aos efeitos do federalismo brasileiro na formulação e na implementação de políticas sociais no Brasil.

Como ponto de partida, é preciso esclarecer como se dá a organização federativa do Brasil, para depois verificar seus efeitos na descentralização e relações intergovernamentais para a implementação de políticas sociais.

O federalismo sempre assumiu realce nos dispositivos constitucionais no Brasil. O sistema federal foi introduzido formalmente em 1889 e detalhado na Constituição de 1891, mesmo que em períodos de exceção princípios federativos tenham sido suprimidos (ABRUCIO, 2006). Dado que a unidade do país não se constitui em ameaça, as constituições sempre declararam que “todo o poder emana do povo” sinalizando que o sistema federativo brasileiro está assentado no princípio do individualismo. A unidade do país não era questionada, por isso, as constituições brasileiras não preveem regras para a secessão e a de 1988 ainda estabelece que nenhuma emenda constitucional pode abolir a “forma federativa de Estado”. A federação foi criada a partir das 20 províncias herdadas do sistema unitário, contando com 26 estados, o Distrito Federal e 5.561 municípios, distribuídos em cinco regiões. (SOUZA, 2005)

Com a redemocratização do país, na década de 1980, um novo federalismo nascia no Brasil, resultado da união de forças descentralizadoras democráticas com grupos regionais tradicionais que queriam fortalecer os governos subnacionais e democratizar o plano local (ABRUCIO, 2006). A redemocratização trouxe, como uma de suas principais bandeiras, a “restauração” do federalismo e a descentralização por meio da elaboração de uma nova constituição. Neste momento, a preocupação com a fragilidade dos instrumentos nacionais de atuação e com a coordenação federativa, ficou em segundo plano. No caso do Brasil, refletindo uma reação ao descaso do regime anterior em relação aos dispositivos e constrangimentos constitucionais, a tendência à constitucionalização resultou uma Constituição que regula não apenas princípios, regras e direitos, mas também um amplo leque de políticas públicas. (Ibid, 2005)

Os constituintes de 1988 tiveram vários incentivos para desenhar uma federação em que o poder governamental foi descentralizado e em que vários centros de poder, embora assimétricos, tornaram-se legitimados para tomar parte do processo decisório. A federação brasileira é um sistema de três níveis porque incorporou os municípios, juntamente com os estados, como partes integrantes da federação, refletindo uma longa tradição de autonomia municipal e de escasso controle dos estados sobre as questões locais. (SOUZA, 2005).

A autora segue apontando que, desde a promulgação da Constituição de 1988, outorgar o rótulo de centralizado ou descentralizado ao federalismo brasileiro parece não dar conta da sua atual complexidade. A federação tem sido marcada por políticas públicas federais que se impõem às instâncias subnacionais e por limitações em sua capacidade de legislar sobre políticas próprias. Por outro lado, estados e municípios possuem autonomia administrativa considerável, responsabilidades pela implementação de políticas aprovadas na esfera federal e uma parcela dos recursos públicos poucas vezes concedidos aos municípios pelas constituições anteriores.

O Brasil é caracterizado por duas heterogeneidades constitutivas que justificam a forma federativa, quais sejam a desigualdade regional e a diversidade de formação das elites. (ABRUCIO, 2006). Arretche (2010) defende que devem ser incluídas, na análise de motivação da escolha da fórmula federativa para o Brasil, as relações entre a União e os governos subnacionais.

Do arranjo federativo disposto na Constituição de 1988, a agenda de reformas concentra-se nas dimensões relativas à distribuição de recursos fiscais e competências, ao mesmo tempo em que são bastante estáveis as instituições políticas que garantem a unidade do Estado federativo, autonomia política e a representação dos governos subnacionais. (ARRETICHE, 2006).

Almeida (2001) destaca que, em federações, é importante considerar as repercussões da definição de responsabilidades e dos mecanismos de articulação entre esferas de governo para as políticas públicas. Já Viana e Machado, (2009) acrescentam que

elementos de natureza institucional (trajetória setorial) ou política (escolhas dos atores em um dado cenário) também devem ser considerados.

Para Arretche (2010), a interpretação, no caso brasileiro, de que os governos subnacionais têm excessiva autonomia se baseia em três fatos: na evidência empírica de que a parcela dos governos subnacionais na arrecadação e gasto público no Brasil é bastante elevada; na extensão de competências na execução de políticas públicas subnacionais e no status dos municípios na federação.

Arretche (2010) segue dizendo, reportando-se a um trabalho de sua autoria de 2000 e outros autores (Sellers and Lidström; Razin, 2007), que estudos revelaram que a governança local/regional/estadual é fortemente afetada pelas relações central-local, assim como a priorização das políticas dos governos subnacionais podem ser muito afetadas pela estrutura de incentivos derivada de suas relações com níveis superiores de governo. A autora, destaca então, a proposição de Pierson (1995, p.451) “que aponta que em estados federativos, a questão de “*quem deve fazer o que*” se superpõe à questão de “*o que deve ser feito*”, pois permite uma interpretação bastante mais acurada da federação brasileira bem como da dinâmica de implementação das políticas descentralizadas.

Distinguir quem formula de quem executa permite inferir que, no caso brasileiro, embora os governos subnacionais tenham um papel importante – e até mesmo pouco usual em termos comparados – no gasto público e na provisão de serviços públicos, suas decisões de arrecadação tributária, alocação de gasto e execução de políticas públicas são largamente afetadas pela regulação federal. (Ibid.,2010,p.6)

No federalismo brasileiro, a União detém o maior e o mais importante leque de competências exclusivas. Já ao que se refere às competências concorrentes, a responsabilidade pela provisão da maioria dos serviços públicos, em especial os sociais, é comum aos três níveis sinalizando que o federalismo brasileiro teria um caráter mais cooperativo (ARRETCHÉ, 2004), do que dual ou competitivo.

Isso gera debates acalorados sobre qual nível é responsável por qual política ou serviço público. Para Souza (2005) o objetivo do federalismo cooperativo está longe de ser alcançado por duas razões principais.

A primeira está nas diferentes capacidades dos governos subnacionais de implementarem políticas públicas, dadas as enormes desigualdades financeiras, técnicas e de gestão existentes. A segunda está na ausência de mecanismos constitucionais ou institucionais que estimulem a cooperação, tornando o sistema altamente competitivo. .SOUZA(2005,p.112).

Ainda segundo Souza (2005), mecanismos cooperativos tendem a depender de iniciativas federais e, apesar de a Constituição prover vários mecanismos que sinalizam no sentido do federalismo cooperativo, tais como as competências concorrentes, o federalismo brasileiro tende a ser altamente competitivo e sem canais institucionais de intermediação de interesses e de negociação de conflitos.

A história federativa do Brasil foi marcada por desequilíbrios entre os níveis de governo, resultando em dificuldade de garantir os princípios da autonomia republicana e da interdependência, da cooperação e da competição. Como o Brasil é norteador por um federalismo democrático, é importante que o governo federal e os entes subnacionais equilibrem melhor a cooperação e a competição, desmistificando a falsa dicotomia entre centralização *versus* descentralização. (ABRUCIO 2006). Segundo Carneiro e Brasil (2011) na prática, até meados da década de 1990 perdurou no país um modelo federalista não cooperativo e muitas vezes predatório, caracterizado pela insuficiência ou mesmo ausência de mecanismos institucionais voltados à promoção da cooperação. As dificuldades de estabelecer um modelo que absorvesse os estados e municípios e construísse uma rede estruturada de cooperação foram inúmeras. Assim ao contrário de relações intergovernamentais cooperativas e coordenadas, prevaleceu um intenso processo de competição horizontal e vertical. Esse cenário começou a ser revertido a partir da segunda metade dos anos 1990, quando passa a vigorar um federalismo de conformação mais cooperativa caracterizado por formas de ação conjuntas entre esferas de governo. Tal movimento, contudo, circunscreve-se a determinados domínios ou campos de atuação do poder público, com destaque para as políticas de saúde e educação.

Para Souza (2005), dentre os problemas atuais do federalismo no Brasil está a escassa existência de mecanismos de coordenação e cooperação intergovernamentais, tanto vertical como horizontal, coibindo a criação de canais de negociação que diminuam

a competição entre os entes federados. Para a autora, os principais constrangimentos enfrentados hoje pelo federalismo brasileiro decorrem, em parte, mais da dificuldade dos governos de redirecionar o rumo de certas políticas públicas e de lidar com questões macro-econômicas não antecipadas pelos constituintes de 1988.

Arretche (2000) aponta que a redefinição de competências e atribuições da gestão de políticas sociais tem se realizado sob as bases institucionais de um Estado federativo. Em Estados federativos, estados e municípios tem autonomia política e fiscal e assumem funções de gestão de políticas públicas por imposição constitucional ou por adesão a algum programa proposto por outro nível mais abrangente de governo. Assim a transferência de atribuições entre níveis de governo supõe a adesão do nível de governo que passará a desempenhar a função que se pretende transferir.

Veremos a seguir o processo da descentralização e as relações intergovernamentais no âmbito do federalismo brasileiro.

2.1 Descentralização e relações intergovernamentais no Brasil

Segundo Falletti (2006), no começo da década de 1980, o Brasil começou a se distanciar da política desenvolvimentista e do governo centralizado. As eleições diretas para governador foram realizadas em 1982, antes, porém, da eleição direta para presidente, restabelecida em 1989. Nas duas décadas seguintes ocorreu significativa descentralização de recursos financeiros e da prestação de serviços sociais para estados e municípios. Considerando que, tanto em termos territoriais quanto populacionais, o Brasil é o quinto maior país do mundo, não é de surpreender que, com o término do modelo econômico desenvolvimentista e da ditadura militar, o país assumisse a descentralização do governo como parte do processo de redemocratização.

Segundo Abrucio (2006, 2007), a descentralização foi uma demanda construída nos anos de luta contra o autoritarismo e que ganhou grande relevância na Constituição de 1988, abrindo espaço para inovações no campo da gestão pública, levando em conta a

realidade e as potencialidades locais, mas é necessário compreender o efeito da federação e de sua especificidade brasileira no processo descentralizador.

Na análise de Souza (2002), existe um consenso de que o Brasil é um dos países mais descentralizados do mundo em desenvolvimento e três dimensões devem ser analisadas no processo de descentralização no país. A primeira dimensão refere-se ao entendimento de que a descentralização foi introduzida na agenda da redemocratização como reação à centralização do regime autoritário e também porque a descentralização sempre esteve muito associada à redemocratização no país e, por fim, pela promessa de tornar os governos mais eficientes e acessíveis às demandas dos cidadãos. A segunda dimensão lida com a forma como se deu o processo decisório afeto à descentralização. A decisão de descentralizar foi tomada pelos constituintes durante debates sobre o novo desenho político, institucional e social do país, sob a pressão dos atores subnacionais. Esses atores foram cruciais não apenas nas pressões a favor da descentralização, mas também nos vetos sobre os detalhes de como a descentralização iria ser operada e qual a sua abrangência. A terceira dimensão se reporta ao entendimento de como a descentralização é operacionalizada em contextos de heterogeneidade, pois devido à ausência de consenso social sobre o que seria alcançado pela descentralização, acentuado pelos altos desequilíbrios inter e intra-regionais, os governos locais estão respondendo de forma diferenciada à descentralização.

No início dos anos de 1990, as instituições políticas federativas no Brasil já estavam instauradas, mas a gestão das políticas sociais continuava centralizada. Esta centralização ainda era um legado do regime militar. (ARRETCHE, 2002). O Brasil adotou uma orientação descentralizante no âmbito da Constituição Federal de 1988 e um dos eixos estruturais é exatamente a redistribuição de funções, conferindo maior relevância aos entes subnacionais nas funções de governo, mesmo que de forma partilhada, mas com expectativa implícita de que fosse cooperada. Mesmo com a distribuição de funções entre os níveis de governo, a Constituição Federal de 1988 não alterou a estrutura centralizada de gestão dos políticas sociais, herdada do regime militar. Ou seja, o governo federal

controla as principais fontes de financiamento (recursos financeiros) e normatiza seu desembolso, pautando a agenda dos governos locais. (ARRETICHE, 2006)

Uma das dificuldades, como destaca Abrucio (2007), para potencializar a descentralização é exatamente o pouco incentivo à cooperação intergovernamental. O autor segue dizendo que, acima de tudo, foi criado um federalismo compartimentalizado em que há mais uma atuação autarquizada dos níveis de governo do que o estabelecimento de laços entre eles e que, como a descentralização em um país tão desigual como o Brasil depende da articulação entre os entes federativos, a compartimentalização afeta diretamente de forma negativa os resultados das políticas públicas.

As conquistas da descentralização não acabaram com os problemas dos governos municipais e, para o autor, merece atenção alguns obstáculos para o bom desempenho da gestão local, dentre eles, o discurso do municipalismo autárquico. Para lidar com o municipalismo autárquico, a coordenação federativa ativa é fundamental (ARRETICHE, 1996) para garantir uma visão cooperativa e não de concorrência entre os municípios, pois vários problemas são comuns, micro e macrorregionalmente.

Abrucio (2007) segue destacando que a descentralização no Brasil, como é resultante do federalismo conformado na redemocratização, depende da adesão dos níveis de governo estadual e municipal (ARRETICHE, 2000) tornando evidente a importância dos processos de coordenação intergovernamental.

Arretche (2000) aponta três ordens de fatores que explicariam um processo de transferência de competências governamentais no Brasil. Indica que os determinantes de um processo de descentralização de políticas sociais poderiam ser afetados por fatores de tipo estrutural das unidades de governo (capacidade econômica, fiscal e administrativa), fatores de tipo institucional das políticas (regras constitucionais, requisitos de engenharia operacional e legado de políticas prévias) ou fatores ligados à ação política envolvendo as relações entre os três níveis de governo.

Fatores do tipo estrutural nos interessam mais de perto neste trabalho, por refletirem a identificação da capacidade técnica e administrativa dos níveis subnacionais,

pois se referem a importância de cada nível de governo se capacitar para assumir de modo relativamente permanente a gestão de políticas públicas, num processo de transferência de atribuições de governo. (ARRETCHE, 2000)

Arretche (2000) destaca ainda que a extensão da descentralização depende diretamente de que as políticas sociais sejam implementadas de modo coordenado; vale dizer, quanto maior for o grau de coincidência das ações dos níveis mais abrangentes de governo maior será o alcance da municipalização e na mesma direção o escopo da descentralização depende diretamente da continuidade no tempo da implementação de estratégias de indução destinadas a compensar obstáculos derivados da (in) capacidade administrativa dos governos locais.

Segundo Viana et al (2002), as análises recentes sobre o processo de descentralização a partir de exemplos setoriais indicam que não há avaliações das diferentes capacidades financeiras e administrativas dos municípios para suportar e absorver novas atribuições gestoras.

Na mesma direção afeta à capacidade institucional, Arretche (2000) destaca que, como o Brasil é dotado de uma maioria de municípios de pequeno porte e historicamente dependentes da capacitação institucional dos governos estaduais e federal para a prestação de serviços sociais, o processo de descentralização do Sistema de Proteção Social⁴ depende da ação política deliberada dos níveis mais abrangentes de governo.

Souza (2002) destaca que a descentralização promove incentivos para que o governo federal negocie com os governos subnacionais a decisão e a implementação de políticas públicas. A descentralização também incentiva maior participação dos governos locais na provisão de serviços sociais, tornando complexas as relações entre os diferentes níveis de governo. A autora alerta para o fato de que se os governos locais estão mais envolvidos na tarefa de prestação de serviços sociais, torna-se necessário saber como

⁴ Segundo Draibe (2003) o Sistema de proteção social em sentido abrangente, tem conotação similar ao de *Estado* (ou *regime*) de *Bem-Estar Social*. O termo proteção remete à idéia de proteção contra riscos sociais, tanto os velhos e clássicos – perda previsível da renda do trabalho – como os contemporâneos – ter em prego decente, educar os filhos, viver nas megalópoles, habitar e alimentar-se condignamente etc. Tais conceitos são de maior amplitude, portanto, que o de seguridade social, usualmente referido à previdência, saúde e assistência social.

esses serviços estão sendo prestados, bem como se deve também entender melhor como os conflitos entre os múltiplos atores institucionais estão sendo negociados.

Arretche (1996) alerta que, com relação aos programas sociais, não é de todo descartável que uma eventual re-centralização possa ocorrer, se os fatores (ou parte deles) que geram a crise das capacidades estatais do governo federal se alterar e se as equipes governamentais tiverem tal orientação e competência política para realizá-la.

Para entender melhor como o federalismo atua na prática e iluminar a análise sobre a distribuição de poder territorial em países como o Brasil, onde os municípios assumem papel de destaque pela existência de políticas descentralizadas, é fundamental trabalhar o conceito das relações intergovernamentais (SOUZA, 2005). Segundo a autora nenhum mecanismo regulando as relações intergovernamentais está previsto na Constituição de 1988, mas isto não significa que estas são inexistentes.

Ainda segundo a autora, o surgimento do Estado-nação gerou a expansão do papel dos governos, criando também tensões relativas à distribuição de poder entre esferas públicas. Durante o século que se findou, complexos arranjos e articulações foram montados em função das relações intergovernamentais, definida pela autora como veículos de negociação política que produzem padrões capazes de colocar grupos com menor poder político em confronto com outros, cada qual na luta para elevar sua posição. Este jogo, entretanto, não é dicotômico, mas sim um *continuum*. Destaca que encaminhamento de conflitos no âmbito das relações intergovernamentais gera padrões que se sustentam em estruturas e processos muitas vezes mais informais do que formais, gerando também padrões extraconstitucionais e extralegis de articulação (SOUZA, 2002)

Abrucio (2007) aponta que a gestão pública brasileira depende como em qualquer outro campo de políticas públicas, não só de ideias e análises, mas acima de tudo de construir coalizões e que os atores estratégicos precisam ser convencidos da centralidade dessa questão. O autor segue apontando que um dos eixos estratégicos para a modernização do Estado diante dos desafios do século XXI é a efetividade, e destaca que no campo da coordenação a efetividade das políticas públicas depende muito do entrosamento entre os níveis de governo, uma vez que os entes locais executam as ações,

mas precisam de colaboração horizontal e vertical para ter sucesso, mas na maioria das vezes há poucos incentivos institucionais a seu favor. Aponta ainda que nas áreas em que as relações intergovernamentais são mais azeitadas, as políticas geralmente são mais bem sucedidas destacando, como exemplo de sucesso, a área da saúde.

Para Viana et al. (2002), a implantação de políticas em cenário federalista necessita da emergência de estruturas dedicadas à construção da relação centro/periferia, o reforço de burocracias eficientes nos diferentes níveis de governo, a atuação de gestores intergovernamentais e o desenvolvimento de instrumentos de diplomacia que favoreçam o entendimento e a cooperação intergovernamental. No Brasil, a necessidade da negociação e formação de acordos entre as esferas de governo é tensionada pelas baixas condições institucionais de grande número de municípios.

A coordenação intergovernamental é fundamental para descentralização em Estados federativos. Em políticas públicas onde houve maior integração e atividades coordenadas entre os entes, os efeitos positivos da descentralização foram potencializados. (ABRUCIO, 2006).

Segundo Costa (2007), as relações intergovernamentais no Brasil dependem muito da disposição dos governos em cooperar, mas principalmente da capacidade e do interesse do governo central em estimular ou impor regras e programas que impliquem alguma forma de coordenação entre as atividades de estados e municípios.

Arretche (2004), também alerta que Estados federativos tenderiam a tornar mais difíceis os problemas de coordenação dos objetivos das políticas sociais gerando superposição de competências e competição entre os diferentes níveis de governo, dada a relação negativa entre dispersão da autoridade política e consistência interna das decisões coletivas.

A importância de processos de médio prazo e de contextos específicos para a análise da forma como as políticas de descentralização remodelaram o equilíbrio intergovernamental do poder no Brasil é destacada por Falleti (2006), que também aponta que existe um limite máximo para o grau de mudanças que a descentralização pode trazer para as relações intergovernamentais, ou um limite para a devolução do poder para as

esferas subnacionais, abaixo do qual um país não pode situar-se. Para o autor, o *timing* das reformas e os interesses territoriais que dominam em cada instância de negociação das políticas descentralizadoras são os fatores que explicam o grau de mudança do equilíbrio intergovernamental do poder entre governos.

Abrucio (2006) destaca que merece atenção alguns obstáculos para o bom desempenho da gestão local, dentre eles, o padrão de relações intergovernamentais, pois no plano das relações intergovernamentais, segundo o autor, não foi constituída uma coordenação capaz de potencializar a descentralização ao longo da redemocratização.

Neste capítulo aprofundamos a análise do federalismo brasileiro especialmente nos aspectos voltados para a descentralização e das relações intergovernamentais na implementação de políticas sociais no Brasil. No próximo capítulo analisaremos, em especial, a política social de saúde brasileira.

3 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Nesta seção será realizada a retrospectiva da implementação do SUS no contexto federativo brasileiro, destacando aspectos da descentralização, regionalização, com ênfase nas relações intergovernamentais e as atribuições gestoras definidas para a esfera municipal, com especial destaque para sua atuação regional.

Não é somente reconstituir o processo de descentralização da gestão, mas, antes, chamar a atenção para as responsabilidades de gestão assumidas pelos gestores municipais de saúde e, por conseguinte, de seu conselho de representação. Para tanto, será mostrado como as regras de implementação do SUS contribuíram para destacar o papel relevante dos gestores municipais e das instâncias gestoras das políticas públicas de saúde.

Os principais marcos legais para a conformação do SUS, além da Constituição Federal, foram as leis orgânicas da saúde: lei nº8.080/90 e lei nº8.142/90 e o Decreto Federal 7.508 de 28 de junho de 2011 que regulamenta a Lei 8.080, ao explicitar, conceitos princípios e diretrizes do SUS. Quanto aos aspectos normativos, além dos marcos legais, é importante analisar as contribuições das Normas Operacionais Básicas (NOB) do SUS, a NOAS e o Pacto pela Saúde, especialmente nos aspectos voltados para a gestão do SUS.

A questão federativa esteve presente tanto no período de hegemonia do modelo de saúde pública⁵ da Primeira República, quanto na conformação do modelo dual e fragmentado pós 1930, momento em que dois ministérios federais⁶ passam a dividir atribuições na oferta de serviços de saúde. A discussão de um novo arranjo federativo ganha impulso no início dos anos sessenta, sendo o caminho a descentralização com

⁵ Na Primeira República, questionava-se, por um lado, a ausência de um Estado forte para fazer face aos desafios de saúde pública da época, jogando os destinos da saúde pública na mão de estados e municípios desprovidos de poder e de organização, comandados por interesses clientelistas. Por outro lado, criticava-se o viés autoritário de uma política fortemente ancorada no poder federal (Viana e Machado, 2009)

⁶ Ministérios do Educação e Saúde Pública (MESP) e do Trabalho Indústria e Comércio (MTIC) (Viana e Machado, 2009)

contornos municipalistas. No período autoritário, a questão federativa foi solucionada com concentração do poder financeiro e normatizador na União. Na década de 1980, a associação entre democracia e descentralização de políticas ganha força e se traduz na constituição de 1988, que redesenha a estrutura de Estado em uma lógica de federação descentralizada, com ênfase no papel dos municípios.(VIANA e MACHADO, 2009).

Para autores como Falletti (2006) e Menicucci (2007), a implantação do SUS foi resultado da ação política decorrente da emergência e da organização de novos sujeitos políticos, que, se aproveitando de uma conjuntura favorável de democratização, foram bem-sucedidos no processo de transformação de uma comunidade epistêmica, organizada em torno de uma concepção de saúde, em um grupo de ação política, capaz de definir um objetivo institucional. No caso da saúde, neste contexto de redemocratização, o movimento da reforma sanitária⁷ propôs a conformação de um sistema único de saúde, de caráter universal com a participação das três esferas de governo, inscrito na Constituição de 1988. (Ibid, 2009).

O texto Constitucional consagrou a saúde como direito social e estabeleceu as bases legais dos municípios como responsáveis pela elaboração da política de saúde. O art. 198 da nossa Carta Magna define que “as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único”.

O SUS é um sistema, ou seja, é formado por várias instituições dos três níveis de governo (União, Estados e Municípios), e pelo setor privado contratado e conveniado, como se fosse um mesmo corpo, que interagem para um fim comum.

O SUS é único, ou seja, deve ter a mesma doutrina, a mesma forma de organização em todo país e os elementos integrantes do SUS referem-se, ao mesmo tempo, às atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde.

O Art.23 da Constituição de 1988 define que cuidar da saúde é competência comum para os entes federados e que leis complementares fixarão normas para a

⁷ O movimento da Reforma Sanitária nasceu no meio acadêmico no início da década de 1970 como forma de oposição técnica e política ao regime militar, sendo abraçado por outros setores da sociedade. O termo foi usado para se referir ao conjunto de idéias que se tinha em relação às mudanças e transformações necessárias na área da saúde. Essas mudanças não abarcavam apenas o sistema, mas todo o setor saúde, introduzindo uma nova idéia na qual o resultado final era entendido como a melhoria das condições de vida da população.

cooperação entre os mesmos, mas já destacando no Art.30, as competências dos municípios para prestar, com a cooperação técnica da União e estados, os serviços de atendimento à saúde da população. O federalismo cooperativo é aqui evidenciado. Com a Constituição de 1988, qualquer ente federativo estava constitucionalmente autorizado a implementar programas na área da saúde, mas nenhum ente federativo estava constitucionalmente obrigado a implementar programas nesta área (ARRETCHE, 2004).

O SUS conforma o novo modelo público de prestação de serviços e ações de saúde em âmbito nacional, incorporando novos instrumentos de democratização da gestão. Visa integrar os subsistemas de saúde pública e de assistência previdenciária – os ramos da medicina preventiva e curativa –, bem como os serviços públicos e privados, em regime de contrato ou convênio, num sistema único e nacional, de acesso universal e igualitário, organizado de forma regionalizada e hierarquizada, sob comando único em cada nível de governo, segundo as diretrizes da descentralização administrativa e operacional, do atendimento integral à saúde.(VIANA et al , 2002).

Em algumas questões, a Constituição de 1988 contrastou com as anteriores, sendo um deles a universalização de alguns serviços sociais, em particular a saúde pública, antes restrita aos trabalhadores do mercado formal, tendo como princípio diretivo a descentralização e a participação dos usuários.(SOUZA, 2005).

Veremos a seguir como se deu a descentralização da política de saúde brasileira.

3.1 A descentralização da política de saúde

Arretche (1996) destaca que é certamente no campo dos programas de saúde pública que ocorreram os mais bem sucedidos avanços em direção a uma reforma de tipo descentralizadora no país. Ao longo dos anos 1980, a coalizão favorável à consolidação de um sistema hierarquizado e descentralizado de prestação de serviços de saúde, com forte presença nos fóruns nacionais e em aliança com governadores e prefeitos, conseguiu uma série sucessiva de medidas que redundaram em uma efetiva reforma do setor. Essa reforma, que redistribuiu funções e competências entre os níveis de governo, tem uma

direção clara: os municípios passam progressivamente a ter capacidade decisória, competências e recursos para a prestação dos serviços básicos de saúde.

A descentralização da política de saúde, com direção única em cada esfera de governo, passa a ser diretriz constitucional fixada na Constituição de 1988 em seu artigo 198. Reforçando esta diretriz, a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990⁸ em seu art. 7º, define que as ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o SUS, obedecerá também a ao princípio da descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo, com ênfase na descentralização dos serviços para os municípios e na regionalização e hierarquização⁹ da rede de serviços de saúde. Tem também, como princípio, a conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população.

Assim a descentralização com comando único em cada esfera de governo é, além de diretriz do SUS, um princípio do mesmo Sistema, enfatizando neste artigo a descentralização para os municípios, comando único, e conjugação de recursos dos municípios, estados e União.

O comando único em cada esfera de governo está explicitado no art. 9º que define que a direção do SUS é única, sendo exercida em cada esfera de governo. No âmbito da União, a gestão é do Ministério da Saúde (MS); no âmbito dos estados e do Distrito Federal, a gestão é da respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente; e, no âmbito dos municípios, a gestão é da respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente.

Segundo Wagner (2006), a diretriz da descentralização é incorporada ao SUS como municipalização de serviços e da atenção à saúde com a garantia de direção única para cada esfera de governo. A descentralização seria um meio de conseguir que o SUS funcionasse com mais eficiência e eficácia.

⁸ Esta lei dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências e regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito Público ou privado.

⁹ Na Lei 8080/90, o Art. 8º reforça a organização do SUS de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente é reforçada.

Mas, para que a municipalização dos serviços ocorresse, era necessária uma reestruturação da estrutura nacional de organização de serviços, cuja principal consequência seria a transferência de atividades até então realizadas pelo nível federal para os municípios. Esta nova estrutura estaria assentada na separação entre financiamento e provisão de serviços. O financiamento envolveu os três entes e a provisão dos serviços passou para os municípios. (ARRETCHE, 2002). Reforçando esta ideia, Menicucci (2007), ao analisar o processo de implementação da reforma da política de saúde, aponta que a implementação de uma política exige decisão e iniciativa governamental e instrumentos para efetivá-la, entre os quais destaca a disponibilidade de recursos financeiros e suporte político organizado.

Na distribuição intergovernamental de funções, a União está encarregada do financiamento e formulação da política nacional de saúde, bem como da coordenação das ações intergovernamentais. As políticas implementadas pelos governos locais são fortemente dependentes das transferências federais e das regras definidas pelo MS, caracterizando que o governo federal dispõe de recursos institucionais para influenciar as escolhas dos governos locais, afetando sua agenda de governo. (ARRETCHE, 2004).

A Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990¹⁰, detalha o aspecto das transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde, fator também indutor da descentralização. Dispõe em seu Art. 3º que os recursos alocados no Fundo Nacional de saúde para cobertura das ações e serviços de saúde a serem implementados pelos municípios, estados e Distrito Federal serão repassados de forma regular e automática para os municípios, estados e Distrito Federal, e destinar-se-ão a investimentos na rede de serviços, à cobertura assistencial ambulatorial e hospitalar e às demais ações de saúde¹¹. Destes recursos serão destinados, pelo menos 70% aos municípios, afetando-se o restante aos estados.

¹⁰ Esta lei Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

¹¹ Para receber recursos da União, os municípios devem dispor de: Fundo de Saúde; Conselho de Saúde; plano de saúde; relatórios de gestão; contrapartida de recursos para a saúde no respectivo orçamento; e Comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS). Se os municípios, não atenderem a estes requisitos, implicará em que os recursos concernentes sejam administrados, respectivamente, pelos estados

Wagner (2006) destaca que no Sistema de Saúde Brasileiro definiram-se diferentes papéis quanto à autoridade sanitária e quanto às funções de gestão de cada ente. O governo federal tem a função de coordenar o Sistema Nacional de Saúde; as secretarias estaduais de saúde são responsáveis pela gestão estadual além de coordenar os sistemas estaduais de saúde e o processo de regionalização da atenção. Já as secretarias municipais de saúde são os gestores únicos em seu território e, além de coordenar o sistema local, foram encarregados de realizar a gestão da rede de serviços.

Este aspecto é reforçado na Lei 8080/90, especialmente nos artigos, 15, 16,17¹² e 18, quando define as competências administrativas dos entes no SUS. Quanto ao descrito no Art. 18 que se refere às competências da direção municipal do SUS, cabe destacar, dentre as 12 competências descritas afetas ao eixo da gestão: planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde; participar do planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do SUS, em articulação com sua direção estadual.

Ao desencadear uma descentralização polarizada entre a esfera federal, que detinha o poder financeiro e normatizador, e os municípios, responsáveis pela execução das ações, suas regras reforçaram nos municípios uma lógica de atuação autárquica, segundo a qual passaram a disputar os recursos federais a partir do aumento da oferta de serviços médicos. (VIANA, et al, 2010).

A municipalização da gestão dos serviços foi o elemento central da agenda de reformas do governo federal na área da saúde ao longo da década de 1990 (ARRETICHE,2002; VIANA e MACHADO, 2009). Segundo Abrucio (2006), as NOBs do SUS,

¹² As 21 (vinte e uma) atribuições que cada ente exercerá em seu âmbito administrativo estão descritos no art. 15, e os artigos seguintes cuidam de expressar o que compete especificamente a cada um dos entes. Destacamos que no art. 16, dentre as 19 (dezenove) competências da direção nacional do Sistema Único de Saúde afetas ao eixo de análise da gestão: prestar cooperação técnica e financeira aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios para o aperfeiçoamento da sua atuação institucional; promover a descentralização para as Unidades Federadas e para os municípios, dos serviços e ações de saúde, respectivamente, de abrangência estadual e municipal; elaborar o Planejamento Estratégico Nacional no âmbito do SUS, em cooperação técnica com os estados, municípios e Distrito Federal; Já no Art. 17, neste mesmo eixo de gestão, cabe destacar dentre as 14 (quatorze) definidas ao total, que à direção estadual do Sistema Único de Saúde (SUS) compete: promover a descentralização para os municípios dos serviços e das ações de saúde; acompanhar, controlar e avaliar as redes hierarquizadas do Sistema Único de Saúde (SUS); prestar apoio técnico e financeiro aos municípios e executar supletivamente ações e serviços de saúde.

editadas ao longo da década de 1990, possibilitaram um caminho intergovernamental mais partilhado e democratizado, contribuindo no processo de descentralização da política de saúde. As NOBs, a partir da avaliação do estágio de implantação e desempenho do SUS, se voltam, mais direta e imediatamente, para a definição de estratégias e movimentos táticos, que orientam a operacionalidade deste Sistema.

A primeira Norma, datada de 1991, NOB-SUS/91¹³, introduziu o mecanismo pelo qual, estados e municípios, poderiam aderir à política federal de descentralização, subordinando-se a regras federais e capacitando-se para receber as transferências oriundas daquele nível de governo (ARRETCHE, 2002).

Os mecanismos de financiamento definidos na NOB-SUS/91 reforçam os princípios doutrinários do SUS, se constituindo em fator de incentivo ao processo de descentralização para os municípios. Institui o Fator de Estimulo à Municipalização-FEM, caracterizado como repasse de recursos de custeio aos municípios efetivamente "municipalizados" dentro do SUS.

Entre os objetivos da NOB-SUS/92¹⁴ estão destacados a necessidade de normalizar a assistência à saúde no SUS; estimular a implantação, o desenvolvimento e o funcionamento do sistema; e dar forma concreta e instrumentos operacionais à efetivação dos preceitos constitucionais da saúde.

A NOB-SUS/92, explicitando procedimentos (como a metodologia de financiamento federal ou o processo de municipalização) e clarificando papéis (p.ex. quem faz o quê em termos de planejamento, auditoria, controle e avaliação), buscou não só

¹³ As considerações sobre a oportunidade da NOB-SUS/91 destaca a necessidade de redistribuição das responsabilidades quanto às ações e serviços de saúde entre os vários níveis de governo, com um reforço do poder municipal. Seu texto também coloca que a pretensão desta norma era de que através do conhecimento e domínio total das instruções ali contidas e da subsequente familiarização com o sistema de financiamento implantado possa ser adotada a política proposta, baseada na concessão de um crédito de confiança aos estados e municípios, sem prejuízo do acompanhamento a ser exercido pelos mecanismos de controle e avaliação que estão sendo desenvolvidos.

Esta Norma foi elaborada única exclusivamente por atores do Executivo federal, editada ainda pela presidência do Inamps (FORTES, 2008)

¹⁴ Destaca em seu texto que, os municípios, os estados e os próprios órgãos do MS estão em estágios diferentes de transformação e construção do SUS. Isto explica, em boa parte, o embaralhamento e superposição de papéis das três esferas gestoras do Sistema e eventuais fricções entre elas. São fenômenos naturais que devem ser administrados também em co-gestão. Pode-se dizer que o sucesso do Sistema dependerá fortemente da capacidade das três esferas pactuarem a co-gestão do SUS através do diálogo permanente, dos encontros frequentes entre o MS, CONASS e CONASEMS e da cooperação técnica.

definir uma base concreta de operação do SUS para 1992 mas também constituir novo referencial para o permanente desenvolvimento do Sistema nos próximos anos.

A NOB-SUS/93¹⁵ estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde. Esta norma também definiu procedimentos e instrumentos operacionais buscando ampliar e aprimorar as condições de gestão, com o sentido de efetivar o comando único do SUS nas três esferas de governo.

Na construção do SUS a diretriz de descentralização das ações e serviços vinha assumindo dimensões bastante complexas e, por esta razão, a NOB-SUS/93 estabeleceu, como fundamentos, os seguintes pressupostos:

a) a descentralização deve ser entendida como um processo que implica redistribuição de poder; redefinição de papéis e estabelecimento de novas relações entre as três esferas de governo; reorganização institucional, reformulação de práticas; e controle social;

b) a descentralização envolve dimensões políticas, sociais e culturais e sua efetivação pressupõe diálogo, negociação e pactuação entre os atores que vão constituir a base de legitimação das decisões;

...

f) o objetivo mais importante que se pretende alcançar com a descentralização do SUS é a completa reformulação do modelo assistencial hoje dominante, centrado na assistência médico-hospitalar individual, assistemática, fragmentada e sem garantia de qualidade, deslocando o eixo deste modelo para a assistência integral universalizada e equânime, regionalizada e hierarquizada, e para a prática da responsabilidade sanitária em cada esfera de governo, em todos os pontos do sistema.

g) a regionalização deve ser entendida como uma articulação e mobilização municipal que leve em consideração características geográficas, fluxo de demanda, perfil epidemiológico, oferta de serviços e, acima de tudo, a vontade política expressa pelos diversos municípios de se consorciar ou estabelecer qualquer outra relação de caráter cooperativo.

A NOB/93 definiu que o gerenciamento do processo de descentralização no SUS tem, como eixo, a prática do planejamento integrado em cada esfera de governo e, como foros de negociação, definiu as Comissões Intergestores no âmbito nacional e estadual, dando o prazo aos estados de 30 dias para constituir a CIB.

A NOB-SUS/96 tem por finalidade primordial promover e consolidar o pleno exercício, por parte do poder público municipal, da função de gestor da atenção à saúde

¹⁵ Nas suas considerações destaca que “a construção do SUS é um processo de responsabilidade do Poder Público, orienta-se pelas diretrizes da descentralização político-administrativa dos serviços e ações de saúde”. Destaca ainda, em suas considerações iniciais que “a efetiva implementação do SUS vem assumindo dimensões complexas, cujo adequado equacionamento e domínio exige o estabelecimento de pressupostos essenciais na condução do processo, definição clara de responsabilidade das três esferas de governo”. Com a publicação desta norma, deixou de existir o Fator de Estímulo à Municipalização-FEM.

dos seus municípios, com a conseqüente redefinição das responsabilidades dos estados e da União, avançando na consolidação dos princípios do SUS. Busca-se a plena responsabilidade do poder público municipal e, assim, esse poder se responsabiliza como também pode ser responsabilizado, ainda que não isoladamente. Os poderes públicos estadual e federal são sempre co-responsáveis, na respectiva competência ou na ausência da função municipal.

Com essa responsabilização, torna-se necessário aperfeiçoar a gestão dos serviços de saúde no país e a própria organização do Sistema, visto que o município passa a ser, de fato, o responsável imediato pelo atendimento das necessidades e demandas de saúde de sua população¹⁶.

Mas a criação e o funcionamento do sistema municipal possibilitavam um elevado risco de atomização desordenada dessas partes do SUS, permitindo que um sistema municipal se desenvolvesse em detrimento de outro, ameaçando a unicidade do SUS. Havia, portanto, nesta NOB a preocupação com a criação de mecanismos para integrar, harmonizar e modernizar, com equidade, os sistemas municipais. Esta NOB, pela primeira vez, explicita que a CIB pode operar com subcomissões regionais.

O processo de municipalização completou-se sob a NOB-SUS/96 e a explicação para a grande adesão dos municípios foi que as transferências financeiras realmente aconteceriam com o conseqüente acréscimo de recursos federais aos cofres dos municípios brasileiros (ARRETCHE, 2002).

O MS foi capaz de comandar e definir o ritmo da descentralização da política de saúde por ter poder para tomar as decisões mais importantes nesta política, por ser seu principal financiador e responsável pela definição das regras gerais. (FORTES, 2008)

Portanto, a partir de meados dos anos 1990, os governos locais passaram a ser os principais provedores dos serviços de saúde, aderindo a regras e de recursos federais (ARRETCHE, 2000). A adesão dos municípios a essa transferência tem sido avaliada como

¹⁶ A NOB-SUS/96 apresenta a definição do SUS-Municipal: A totalidade das ações e de serviços de atenção à saúde, no âmbito do SUS, deve ser desenvolvida em um conjunto de estabelecimentos, organizados em rede regionalizada e hierarquizada, e disciplinados segundo subsistemas, um para cada município — o SUS-Municipal — voltado ao atendimento integral de sua própria população e inserido de forma indissociável no SUS, em suas abrangências estadual e nacional.

um sucesso em termos quantitativos. Tal sucesso tem sido creditado a uma política concebida como um sistema complexo de relações intergovernamentais que combinam incentivos e sanções aos entes subnacionais. Essa transferência pela responsabilidade de implementação é avaliada como tendo reduzido os conflitos entre os governos locais pela disputa pelos recursos federais. Por outro lado, e dado que as políticas de saúde foram basicamente municipalizadas, as relações intergovernamentais que se estabeleceram são muito mais freqüentes entre a União e os municípios, com participação limitada dos governos estaduais. (SOUZA, 2005).

As ações de coordenação federativa na política de saúde, nos anos 1990, baseavam-se na indução dos governos subnacionais a assumirem encargos, mediante distribuição de verbas, cumprimento de metas e medidas de punição, vinculadas à questão financeira. O sucesso desta ação federativa vinculou-se à capacidade de continuar o processo de descentralização, revelando que a atuação coordenada entre os níveis de governo é a chave para uma descentralização bem sucedida (ABRUCIO, 2006), sendo a área sempre destacada por seus avanços no âmbito da descentralização associada ao esforço de constituição de um novo arranjo federativo. (VIANA e MACHADO, 2009)

A descentralização da gestão fortaleceu outras autoridades sanitárias – os gestores municipais e estaduais. Fazer a gestão do SUS no nível municipal é tarefa bem mais complexa do que ofertar os serviços de saúde, e a explicação da adesão dos municípios a esta difícil tarefa é a estratégia de descentralização do governo federal consubstanciadas em portarias e normas editadas pelo MS. A descentralização da política de saúde ocorre por indução do governo federal. Assim, no Brasil a descentralização da política de saúde ocorreu somente quando o governo federal reuniu condições institucionais para formular e implementar programas de transferência de atribuições para os governos municipais. (ARRETCHE, 2002).

Segundo Viana e Machado (2009), a implantação do SUS foi baseada em lógicas distintas: a centralização federal possibilitou uma política descentralizadora com protagonismo federal em termos de normas, incentivos financeiros entre outros instrumentos de indução nacional. Já a descentralização foi apoiada por atores sociais e

políticos das instâncias subnacionais fortemente organizados e por gestores federais em períodos específicos. A conformação do modelo de saúde durante estas duas últimas décadas, em que se coadunam movimento de centralização e processos de descentralização, teve no plano federal a formatação de estratégias de coordenação intergovernamental.

As autoras seguem apontando que o processo de descentralização na primeira metade da década de noventa reflete os embates dos anos de 1980 contra a centralização do período autoritário. A oposição do movimento municipalista à centralização de recursos e a um papel federal forte na regulação afetou as concepções da descentralização da saúde neste período. Na área da saúde, dada a existência de uma organização nacional de gestores dos municípios – CONASEMS – essa influência permanece até os dias atuais. Na segunda metade da década, a descentralização é acoplada a estratégias de indução da organização da Rede de Serviços¹⁷ e mudança no modelo de atenção¹⁸ e também busca substituir um embate federalista vertical entre União e municípios por outro horizontal, interregiões, intermunicípios e interestados.

Ainda segundo Arretche (2010, p.23), regras que vinculam as receitas dos governos subnacionais ao gasto em políticas específicas são um componente central das políticas federais de regulação das políticas descentralizadas. Estas limitam a autonomia decisória das unidades constituintes com relação à alocação de seus próprios recursos. Do atributo da relação central – local que afeta a autonomia decisória do nível de governo encarregado de sua execução, a autora define a política descentralizada regulada como “aquela nas quais a legislação e a supervisão federais limitam a autonomia decisória dos

¹⁷ Rede de serviços de saúde é a forma de organização das ações e serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde, em todos os níveis de complexidade, de um determinado território, de modo a permitir a articulação e a interconexão de todos os conhecimentos, saberes, tecnologias, profissionais e organizações ali existentes, para que o cidadão possa acessá-los, de acordo com suas necessidades de saúde, de forma racional, harmônica, sistêmica, regulada e conforme uma lógica técnico-sanitária(SANTOS. L, ANDRADE, L. O. M., 2001,p.1675)

¹⁸ O modelo de atenção definido na regulamentação do SUS preconiza uma contraposição ao modelo atual que é centrado na doença e em especial no atendimento à demanda espontânea e na agudização das condições crônicas. Aponta para a necessidade de uma organização que construa a intersetorialidade para a promoção da saúde, contemple a integralidade dos saberes com o fortalecimento do apoio matricial, considere as vulnerabilidades de grupos ou populações e suas necessidades, fortalecendo as ações sobre as condições crônicas.

governos subnacionais, estabelecendo patamares de gasto e modalidades de execução da política” (como gastar), caso em que se enquadra a política pública de saúde. É o emprego dos recursos institucionais da União para regular a execução descentralizada de uma dada política que a converte em regulada.

No exemplo da política descentralizada regulada, segundo Arretche (2010), as receitas dos governos municipais contam com transferências constitucionais sendo que, um dos componentes das receitas municipais, são as transferências condicionadas universais. Na saúde, estas se tornaram universais desde 1998, uma vez completado o longo processo de adesão voluntária ao SUS iniciado em 1990. Estas transferências estão vinculadas a ações de saúde, que variam desde o atendimento de serviços básicos até o atendimento hospitalar. São universais no sentido de que todos os municípios que cumpram os requisitos estabelecidos pelas NOB do MS estão intitulados a recebê-las. Também são universais porque aproximadamente 100% dos municípios brasileiros operam segundo as regras do SUS.

Wagner (2006) destaca que o desenho do sistema de saúde, ainda que a delegação de responsabilidades tenha sido maior que a de poder, ampliou a importância e as funções dos sistemas estaduais e municipais de saúde. Aponta ainda que o SUS estruturou-se de maneira bastante descentralizada, obrigando a União e os estados a considerarem o poder conquistado pelos municípios. O autor também destaca que, ao estabelecer que o município é a direção única do sistema local e que deve executar direta ou indiretamente a prestação de serviços, a capacidade dos municípios de intervir sobre a política pública de saúde em cenários institucionais está bastante ampliada. A maioria política de atores sociais depende da existência de direitos e de liberdade de expressão e organização, mas depende também do exercício da própria política. As diretrizes legais da descentralização criaram esse direito e abriram possibilidade para que uma miríade de novos sujeitos sociais interviesse na gestão e na política de saúde.

De acordo com o MS, o fortalecimento da descentralização exige a ênfase na importância dos espaços loco-regional e uma adequada definição das competências das três esferas de governo implicando em conformar uma rede solidária, por meio de

arranjos político-institucionais criativa e de relações contratuais sólidas, viabilizando o exercício conjunto de competências e de funções que exigem cooperação. Isso impõe a definição de mecanismos, nacionalmente pactuados, de modo a permitir que a gestão do SUS tenha flexibilidade e abra espaço à inovação e à sustentabilidade de projetos regionais. (MS, 2006)

Na mesma direção, Wagner (2006) aponta que, na descentralização pensada para o SUS, o pólo básico são os municípios e sua integração em um sistema único dar-se-ia com a garantia de um espaço de poder compartilhado, órgãos com poder para coordenar um sistema com pólos bastante autônomos e uma legislação comum a todos os entes federados. Em função disso, União e estados, por meio de ações de governo, deveriam coordenar e manter integrados sistemas municipais que formalmente gozam de importante grau de autonomia. Alerta que, a implantação do SUS não é um trabalho simples, depende de competência técnica e de grande habilidade política para compor interesses e distintas perspectivas culturais. Assim, o sucesso desta política depende não somente de políticas adequadas dos governos federal e estadual, mas também da iniciativa arrojada dos poderes locais.

A lógica de atuação autárquica dos municípios vai impor constrangimentos ao processo de regionalização da atenção. No Brasil, os processos de descentralização e regionalização foram implementados em diferentes graus, mas sempre com maior ênfase para a descentralização. (VIANA, et al, 2010)

Será discutido a seguir, o processo de regionalização da atenção à saúde no Brasil.

3.2 A Regionalização da Política de Saúde

A experiência internacional sugere que em grande número de países a descentralização da política de saúde articulou-se à regionalização através da organização de redes de serviços, associadas à criação e fortalecimento de autoridades sanitárias regionais, buscando alcançar maior grau de eficiência e efetividade dos sistemas de saúde, bem como buscar maior democratização e transparência dos processos decisórios na saúde (Ibid, 2010).

No caso brasileiro, a Constituição Federal e a Lei 8080/90 vinculam o território à diretriz da descentralização, por meio da regionalização das ações e serviços de saúde.

Estabelecida como princípio na Constituição de 1988, a regionalização da rede de serviços objetiva garantir o acesso do cidadão ao sistema de saúde e orientar os investimentos, tendo em vista as desigualdades regionais presentes na federação brasileira, de forma a otimizar os recursos e obter economias de escala e de escopo dos serviços. No estudo de Viana et al (2010) a regionalização é compreendida como

um processo político que envolve mudanças na distribuição do poder e os estabelecimento de um sistema de interrelações entre diferentes atores no espaço geográfico. Inclui ainda a criação de novos instrumentos de planejamento, integração, gestão, regulação e financiamento de uma rede de ações e serviços de saúde no território. Viana et al (2010, p. 2318)

De acordo com o MS, a regionalização estimula a criatividade e a busca conjunta dos melhores caminhos e das soluções mais adequadas a cada situação. A regionalização, prevista constitucionalmente, é uma estratégia eficaz na formação de sistemas de saúde eficientes e de relações intergovernamentais mais cooperativas. (MS, 2006).

A regionalização, mesmo como diretriz do SUS, só ganha destaque em 2001, com a edição da NOAS-SUS 01/01¹⁹, destacando que a regionalização deve orientar a descentralização das ações e serviços de saúde e os processos de negociação e pactuação entre os gestores. Em algumas unidades da federação foram identificados entraves na operacionalização de determinados itens da NOAS-SUS 01/01, decorrentes das dificuldades para estabelecer o comando único sobre os prestadores de serviços ao SUS e assegurar a totalidade da gestão municipal nas regiões assistenciais, bem como da fragilidade para explicitação dos mecanismos necessários à efetivação da gestão estadual para as referências intermunicipais.

Assim, foi editada a NOAS-SUS 01/02, assegurando a manutenção das diretrizes organizativas definidas pela NOAS-SUS 01/01, e procurando oferecer as alternativas

¹⁹ A partir da publicação da NOAS-SUS 01/01, o MS, o CONASS, e o CONASEMS, desencadearam diversas atividades de planejamento e de adequação de seus modelos assistenciais e de gestão aos preceitos estabelecidos, ponderando criticamente os avanços e os desafios que novas diretrizes organizativas trariam para sua realidade concreta

necessárias à superação das dificuldades e impasses oriundos da dinâmica concreta de sua implementação.

O tema da NOAS-SUS 01/02²⁰ “Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso”, já enfatiza que, naquele momento, o princípio da regionalização era uma estratégia que merecia reforço para que a descentralização efetivamente pudesse ocorrer de forma equânime.

A NOAS-SUS 01/02, define que

O processo de regionalização deverá contemplar uma lógica de planejamento integrado, compreendendo as noções de territorialidade, na identificação de prioridades de intervenção e de conformação de sistemas funcionais de saúde, não necessariamente restritos à abrangência municipal, mas respeitando seus limites como unidade indivisível, de forma a garantir o acesso dos cidadãos a todas as ações e serviços necessários para a resolução de seus problemas de saúde, otimizando os recursos disponíveis.

Como instrumento de ordenamento do processo de regionalização da assistência em cada estado, esta Norma instituiu o Plano Diretor de Regionalização (PDR)²¹, baseado nos objetivos de definição de prioridades de intervenção coerentes com as necessidades de saúde da população e garantia de acesso dos cidadãos a todos os níveis de atenção.

A ênfase foi dada à regionalização da assistência, percebida na dedicação de um capítulo só para a Regionalização, à instituição do PDR, bem como, na descrição detalhada do que compõe uma região de Saúde. No entanto, esta Norma não deu destaque ao papel das instâncias gestoras regional. Somente no Termo de compromisso para garantia de acesso é citado que poderá haver reunião de fórum regional preexistente- CIB regional para dirimir problemas de acesso assistencial.

²⁰ Nas considerações iniciais desta Norma está destacado o contínuo movimento de pactuação entre os três níveis de governo, a necessidade de dar continuidade ao processo de descentralização e organização do Sistema Único de Saúde – SUS que foi fortalecido com a implementação da Norma Operacional Básica –SUS 01/96 e o disposto no Artigo 198 da Constituição Federal de 1998, que estabelece que as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único.

²¹ O PDR fundamenta-se na conformação de sistemas funcionais e resolutivos de assistência à saúde, por meio da organização dos territórios estaduais em regiões/microrregiões e módulos assistenciais; da conformação de redes hierarquizadas de serviços; do estabelecimento de mecanismos e fluxos de referência e contra-referência intermunicipais, objetivando garantir a integralidade da assistência e o acesso da população aos serviços e ações de saúde de acordo com suas necessidades.

Mas, cabe apontar que a instância gestora estadual estava reconhecida na Norma, pois o funcionamento da CIB era um item de comprovação da organização estadual para pleitear uma determinada condição de gestão junto ao governo federal e cabia às CIBs, atestar as condições de gestão tanto do estado quanto dos municípios.

Este descompasso de quase dez anos entre a implementação da descentralização e a regionalização propiciou, com a ênfase na descentralização, uma maior expansão da cobertura dos serviços de saúde e participação dos municípios e estados no financiamento do SUS, mas não conseguiu resolver problemas afetos ao acesso e a cooperação para a provisão do bem público. (VIANA, et al, 2010).

Na perspectiva de superar as dificuldades vivenciadas até aquele momento, os gestores do SUS assumiram o compromisso público da construção do Pacto pela Saúde 2006²², com base nos princípios constitucionais do SUS, ênfase nas necessidades de saúde da população e que implica o exercício simultâneo de definição de prioridades articuladas e integradas nos três componentes: Pacto pela Vida²³, Pacto em Defesa do SUS²⁴ e Pacto de Gestão do SUS. O Pacto pela Saúde 2006 reforça a territorialização da saúde como base para organização dos sistemas, estruturando as regiões sanitárias e instituindo colegiados de gestão regional.

O Pacto de Gestão tem, como prioridade, a definição de forma inequívoca da responsabilidade sanitária de cada instância gestora do SUS: federal, estadual e municipal, superando o processo de habilitação. O Pacto de Gestão estabelece as responsabilidades

²² Portaria GM/MS nº 399 de 22 de fevereiro de 2006 que *Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS* e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Nas considerações iniciais da publicação do Pacto está destacado novamente o art. 198 da Constituição Federal de 1988, que estabelece as ações e serviços públicos que integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem o Sistema Único de Saúde - SUS; o art. 7º da Lei nº 8080/90 dos princípios e diretrizes do SUS de universalidade do acesso, integralidade da atenção e descentralização político-administrativa com direção única em cada esfera de governo; a necessidade de qualificar e implementar o processo de descentralização, organização e gestão do SUS à luz da evolução do processo de pactuação intergestores; e a necessidade do aprimoramento do processo de pactuação intergestores objetivando a qualificação, o aperfeiçoamento e a definição das responsabilidades sanitárias e de gestão entre os entes federados no âmbito do SUS.

²³ O Pacto pela Vida está constituído por um conjunto de compromissos sanitários, expressos em objetivos de processos e resultados e derivados da análise da situação de saúde do País e das prioridades definidas pelos governos federal, estaduais e municipais.

²⁴ O Pacto em Defesa do SUS envolve ações concretas e articuladas pelas três instâncias federativas no sentido de reforçar o SUS como política de Estado, mais do que política de governos; e de defender, vigorosamente, os princípios basilares dessa política pública, inscritos na Constituição Federal.

claras de cada ente federado de forma a diminuir as competências concorrentes e a tornar mais claro quem deve fazer o quê, contribuindo, assim, para o fortalecimento da gestão compartilhada e solidária do SUS.

No Pacto pela Saúde, nas premissas da descentralização com ênfase numa descentralização compartilhada, está destacado o papel do MS na proposição de políticas, participação no co-financiamento, cooperação técnica, avaliação, regulação, controle e fiscalização, além da mediação de conflitos; a descentralização dos processos administrativos relativos à gestão para as CIBs, que devem deliberar por consenso para a realização dos pactos intraestaduais e a definição de modelos organizacionais, a partir de diretrizes e normas pactuadas na CIT; e estabelece também o compromisso da CIT e do MS de promover e apoiar o processo de qualificação permanente para as CIBs;

Nas premissas da Regionalização, o Pacto pela Saúde ressalta que a Regionalização é uma diretriz do SUS e um eixo estruturante do Pacto de Gestão e deve orientar a descentralização das ações e serviços de saúde e os processos de negociação e pactuação entre os gestores. Define também os principais instrumentos de planejamento da Regionalização: o PDR, o Plano Diretor de Investimento (PDI) e a Programação Pactuada e Integrada da Atenção em Saúde (PPI) . O PDR expressa o desenho final do processo de identificação e reconhecimento das regiões de saúde, em suas diferentes formas, em cada estado e no Distrito Federal, objetivando a garantia do acesso, a promoção da equidade, a garantia da integralidade da atenção, a qualificação do processo de descentralização e a racionalização de gastos e otimização de recursos e para auxiliar na função de coordenação do processo de regionalização, o PDR contém os desenhos das redes regionalizadas de atenção à saúde, organizadas dentro dos territórios das regiões e macrorregiões de saúde, em articulação com o processo da Programação Pactuada Integrada²⁵.

O PDI deve expressar os recursos de investimentos para atender as necessidades pactuadas no processo de planejamento regional e estadual. No âmbito regional, deve

²⁵ Assim quando o serviço requerido para o atendimento da população estiver localizado em outro município, as negociações para tanto devem ser efetivadas exclusivamente entre os gestores municipais, mediada pelo estado, tendo como instrumento de garantia a PPI.

refletir as necessidades para se alcançar a suficiência na atenção básica e parte da média complexidade da assistência, conforme desenho regional e ,na macrorregião, no que se refere à alta complexidade. Deve contemplar também as necessidades da área da vigilância em saúde e ser desenvolvido de forma articulada com o processo da PPI e do PDR.

Cabe destacar dois objetivos da Regionalização, apresentados no Pacto, que referem-se à capacidade de gestão loco/regional:

-Garantir o direito à saúde, reduzir desigualdades sociais e territoriais e promover a equidade, ampliando a visão nacional dos problemas, associada à capacidade de diagnóstico e decisão loco-regional, que possibilite os meios adequados para a redução das desigualdades no acesso às ações e serviços de saúde existentes no país;

-Potencializar o processo de descentralização, fortalecendo estados e municípios para exercerem papel de gestores e para que as demandas dos diferentes interesses loco-regionais possam ser organizadas e expressadas na região;

O Pacto define que as regiões de saúde são recortes territoriais inseridos em um espaço geográfico contínuo, identificadas pelos gestores municipais e estaduais a partir de identidades culturais, econômicas e sociais, de redes de comunicação e infra-estrutura de transportes compartilhados do território. A organização da região de saúde deve favorecer a ação cooperativa e solidária entre os gestores para organizar a rede de ações e serviços de saúde a fim de assegurar o cumprimento dos princípios constitucionais de universalidade do acesso, equidade e integridade do cuidado.

Dentre as responsabilidades na regionalização, descritas no Pacto pela Saúde como obrigatória para os municípios, cabe destacar duas delas:

-contribuir para a constituição e fortalecimento do processo de regionalização solidária e cooperativa, assumindo os compromissos pactuados;

-participar dos colegiados de gestão regionais, cumprindo suas obrigações técnicas e financeiras.

Estas responsabilidades estão reforçadas no Termo de Compromisso de Gestão Municipal, descrito na Portaria 699/06.²⁶

²⁶ Portaria nº 699/GM de 30 de março de 2006 - Regulamenta as diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão. Até a edição do Decreto 7.508/11 este Termo era o documento de formalização das responsabilidades municipais na gestão da saúde.

Avançando no processo de regionalização e descentralização, com responsabilidades definidas entre os entes, o Decreto 7.508 de 2011²⁷ define instrumentos como o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP) e o Mapa da Saúde.

O Mapa da Saúde é a descrição geográfica da distribuição de recursos humanos e de ações e serviços de saúde ofertados pelo SUS e pela iniciativa privada, considerando-se a capacidade instalada existente, os investimentos e o desempenho aferido a partir dos indicadores de saúde do sistema. Já a Rede de Atenção à Saúde é um conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde.

O acordo de colaboração entre os entes federativos para a organização da rede interfederativa de atenção à saúde²⁸ será firmado por meio de COAP. O objeto do COAP é a organização e a integração das ações e dos serviços de saúde, sob a responsabilidade dos entes federativos em uma Região de Saúde, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência aos usuários. O COAP da Saúde definirá as responsabilidades individuais e solidárias dos entes federativos com relação às ações e serviços de saúde, os indicadores e as metas de saúde, os critérios de avaliação de desempenho, os recursos financeiros que serão disponibilizados, a forma de controle e fiscalização da sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde.

Reforçando o planejamento ascendente e regionalizado, a resolução nº2 da CIT de 29 de setembro de 2011, dispõe que o COAP deve consubstanciar os consensos dos entes federativos na CIT, CIB e Comissões Intergestores Regional (CIR) e ser resultado da

²⁷ 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.

²⁸ Na saúde, é fundamental que os serviços de uns se interconectem ou interajam com os dos outros, para compor uma rede de serviços que seja capaz de garantir ao cidadão de um ou de outro município a integralidade de sua saúde, uma vez que a maioria das municipalidades não é capaz de arcar sozinha com a assistência à saúde de seus habitantes. Por isso a necessidade de articulação entre os entes federativos para compor uma rede interfederativa, dotada de instrumentos jurídico-administrativos que lhes permitam, de maneira integrada e compartilhada, planejar e gerir serviços, transferir recursos e se referenciar uns aos outros de forma sistêmica, numa interdependência política, administrativa e financeira, sem hierarquia e sem perda de autonomia. (SANTOS. L, ANDRADE, L. O. M., 2001,p.1676)

integração dos planos de saúde dos entes signatários em consonância com o planejamento integrado.

A regionalização é considerada uma das responsabilidades da esfera estadual, a quem caberia seu planejamento e coordenação, tendo o acesso como um dos principais critérios para se estabelecer a distribuição geográfica das instituições de saúde dentro de um sistema regionalizado. (MENICUCCI, 2008).

A gestão da rede de serviços em contexto federativo, associado à descentralização e a regionalização, aponta a necessidade de combinar a autonomia dos entes federados, bem como a cooperação entre eles de forma a garantir os preceitos constitucionais de universalidade e integralidade da atenção compatibilizando a localização territorial das pessoas e da rede assistência sob a responsabilidade de mais de um gestor. (MENICUCCI, 2009).

O modelo do pacto federativo no Brasil coloca em evidência uma constante tensão entre autonomia municipal e interesse regional. A crescente interdependência de serviços faz com que não se possa pensar no cidadão como pertencente a um núcleo urbano tomado de forma isolada, mas sim como uma unidade de um complexo regional, que está muito além dos limites físicos e políticos de seu município de origem. A provisão de políticas públicas é marcada por um debate permanente entre interessados e provedores. Os municípios aparecem nos dois eixos, sendo, ao mesmo tempo, interessados na execução das políticas de interesse comum e responsáveis, consoante o que lhes é atribuído por determinação constitucional, em prover oferta de serviços à população. (CARNEIRO, BRASIL, 2001)

Wagner (2006) ressalta que a descentralização tende a produzir autonomia para os pólos, rompendo no limite o tênue liame que os mantêm unidos em uma rede de compromissos, responsabilidades e obediência hierárquica, sendo que a autonomia das partes tende a produzir um funcionamento autárquico, com predomínio de interesses particulares sobre o interesse geral. Destaca ainda que para a maioria dos municípios brasileiros é impossível compor, no próprio território, toda a complexa rede de serviços e prestações de saúde necessários para assegurar acesso à atenção conforme a necessidade

de cada caso, sendo assim fundamental garantir espaços de gestão regional que acompanhe a organização da rede assistencial na direção da regionalização solidária e cooperativa.

Nesta direção, a regionalização tem-se mostrado de difícil concretização. O aparato institucional do SUS foi bem sucedido no sentido de viabilizar a descentralização da assistência, mas não conseguiu efetivar a regionalização. Ao contrário, as regras da descentralização atuaram no sentido de dificultar a operacionalização da regionalização ao supervalorizar o papel do município como prestador dos serviços de saúde, ao lado de uma subvalorização do papel dos estados como instâncias de organização do processo de gestão, financiamento, fiscalização e controle. Particularmente contribuíram para esse efeito as regras para a transferência de recursos que inviabilizaram a concretização de uma rede de serviços integrada a partir da articulação dos sistemas municipais, ao propiciar uma relação direta entre a esfera federal e a municipal. (MENICUCCI, 2008).

Para Viana e Lima (2007), o movimento pela regionalização apresenta algumas tensões com a diretriz da descentralização, pois sistema e descentralização, mesmo sendo diretrizes operacionais do SUS, apresentam vários pontos de conflito e, às vezes, atuam em sentidos opostos. Wagner (2006) também aponta para este paradoxo. As autoras destacam que, a palavra sistema tem natureza complementar, de junção e de funcionamento harmônico, sendo que a regionalização pode ser instrumento para a junção das diversidades. Já a descentralização tem natureza finalística, não complementar, se formando pela redistribuição de recursos para um ente específico, com autonomia garantida. Por outro lado, o conceito de região de saúde tem a base na heterogeneidade, isto é, a capacidade de complementar para fazer valer a ideia de Redes Assistenciais hierarquizados e de diferentes complexidades.

Segundo Wagner (2006), no SUS, o equilíbrio entre a manutenção de um sistema descentralizado em que os municípios gozariam de importante grau de autonomia, mas que funcionaria integrado e com grau razoável de solidariedade e de co-responsabilidade pelos problemas, caberia, em primeira instância, à legislação que regula o sistema; em

segundo, às funções de coordenação exercidas pelo Ministério e Secretarias de Estado da Saúde; e, por fim, às CIBs e CIT.

Neste sentido, Viana e Lima (2007, p.4) destacam que, para que as diretrizes da Regionalização e da Descentralização se combinem, são necessários:

1-A constituição de um sólido pacto nacional; 2- O combate às desigualdades regionais; 3- A montagem de boas estruturas administrativas no plano subnacional; 4- A democratização dos governos locais e 5- a criação de um ambiente intergovernamental positivo (este último também destacado por Abrucio, 2006).

As autoras destacam ainda que a regionalização precisa estar respaldada por um arranjo institucional que possibilite a negociação política dos diversos atores que atuam no processo de regionalização, sendo as CIBs, instância de negociação governamental de apoio a este processo.

Para garantir os princípios da descentralização e regionalização da saúde, é fundamental desenvolver esta capacidade (técnica e administrativa) de gestão no âmbito regional, que devem ser desenvolvidas em um período longo de tempo, pois uma vez que estas capacidades estejam instaladas, estas tendem a fortalecer-se continuamente.(MENICUCCI, 2008)

Menicucci (2008) também já registra que as ações mais recentes voltadas para a organização regionalizada do setor saúde têm como um de seus objetivos, corrigir as distorções do municipalismo autárquico, substituindo a atitude de competição intermunicipal pela cooperação intermunicipal. A proposta de construção de um sistema regionalizado no âmbito da saúde em contexto federativo demanda a construção de arranjos cooperativos e de formas de coordenação. Também para a autora a regionalização é um processo que tem como objetivo solucionar o problema da ação coletiva na área da Saúde, criando mecanismos que desestimulem a concorrência predatória entre os municípios e que possibilitem e incentivem a solidariedade e a cooperação entre os entes federados em prol do interesse comum e de todos.

Menicucci (2009) aponta inovações institucionais com impactos positivos na gestão do SUS, com destaque para o esforço que tem sido desenvolvido no sentido de constituir uma institucionalidade complexa para lidar com as questões relativas às condições e

possibilidades de solução de dilemas federativos, em especial a construção de sistemas regionalizados que envolvem articulação e cooperação entre as instâncias governamentais.

Segundo o MS, um processo de regionalização qualificado requer governos locais valorizados que levem estados e municípios a assumirem, efetivamente, os papéis que lhes cabem na definição e execução das ações, em seus respectivos territórios. A proximidade, a identidade e a capacidade de governo das municipalidades são condições necessárias à coesão entre os agentes políticos e sociais de uma Região de Saúde.(MS, 2006)

A seguir veremos como se processam as relações intergovernamentais no SUS.

3.3 Relações intergovernamentais na política de saúde

O SUS é uma política cujo perfil incorpora uma proposta fortemente descentralizadora e, ao mesmo tempo, pressupõe um pacto federativo mais cooperativo, com relações intergovernamentais marcadas por incessantes conflitos e embates sobre recursos, centralização excessiva e fragmentação institucional. O SUS é extremamente complexo, envolve múltiplas variáveis e só se concretiza através do estabelecimento de relações interníveis de governo. (VIANA et al , 2002). Na implantação do sistema houve mudanças relacionadas à horizontalização das negociações e conflitos intergovernamentais em saúde. (VIANA e MACHADO, 2009).

A descentralização associada à diretriz da gestão única resulta em três arranjos formais para o sistema de saúde: os sistemas municipais, estaduais e o nacional. Já a integralidade e a hierarquização induzem à formação de outros subsistemas como consequência da negociação intergestores. Admitindo múltiplos atores, estes arranjos são fruto de acordos políticos e do desenvolvimento de instrumentos técnico-operacionais necessários à integração e manutenção da unicidade do sistema. (Ibid , 2002).

Arretche (2004) aponta que a concentração da autoridade política varia entre políticas particulares dependendo do modo como estão estruturadas as relações

intergovernamentais em cada área específica de intervenção governamental e que as garantias constitucionais do Estado Federativo permitem que os governos municipais e estaduais estabeleçam sua própria agenda na área da saúde.

Com relação à coordenação das relações intergovernamentais, cabe salientar que, a partir das determinações expressas na Constituição Federal e na Lei 8080/90 e Lei 8142/90, a implementação do SUS passou a ocorrer, principalmente, por meio de normas operacionais editadas pelo MS. Assiste-se a uma delegação de poder do Legislativo para o Executivo, mais especificamente para o MS, que passou a ser a principal arena para as decisões relativas à implementação do SUS. (FORTES, 2008)

Segundo Viana et al (2002), pode-se assegurar que a política de saúde, através de inúmeros instrumentos, procurou superar contradições e conflitos inerentes às relações intergovernamentais geradas em um quadro de federalismo competitivo. A política descentralizadora na área da saúde contou, no Brasil, com uma forte indução estratégica de centro, através da formulação e implementação de instrumentos reguladores próprios que não expressam meramente estratégias indutivas ou constrangedoras da descentralização; ao contrário, configuram outros espaços de negociação e de pactuação de interesses na área da saúde, originando novos ordenamentos, além da emergência e do fortalecimento de novos atores, através da incorporação de inúmeros centros de poder na arena decisória da política. É importante que as relações intergovernamentais sejam cooperativas e capazes de solucionar conflitos, pois o acesso aos serviços subordina-se a estes mesmos acordos, tendo em vista a desigualdade da sua distribuição no território nacional.

A principal arena de formulação da política nacional tem sido o próprio poder Executivo com a edição de portarias ministeriais (WAGNER, 2006), como o principal instrumento de coordenação das ações nacionais em saúde. A participação de estados e municípios no processo de formulação da política de saúde está institucionalizada por meio de comissões com representação dos mesmos. A institucionalização destes espaços de negociação suprimiu do MS a possibilidade de estabelecer unilateralmente as regras de funcionamento do SUS. Tais comissões funcionam como um mecanismo de contrapeso à

concentração de autoridade conferida ao Executivo federal e esta estrutura institucional para a coordenação das políticas nacionais pode ser utilizada para alcançar os objetivos desejáveis. (ARRETCHE, 2004)

Durante os anos 1990, foram criados diversos instrumentos e mecanismos voltados à descentralização das ações e serviços de saúde, estabelecendo estratégias importantes para a ampliação das relações intergovernamentais, determinantes na implementação do SUS. As pactuações das comissões intergestores têm-se traduzido em regulamentos que fortalecem o processo de descentralização e qualificam a gestão, definindo responsabilidades para estados e municípios. (MS, 2006).

Na área da saúde, o SUS articula as ações dos vários níveis de governo nas Comissões Intergovernamentais, sendo resultado de muitos anos de mobilização de diversos atores (COSTA,2007). É por meio dessa instância que ocorrem as pactuações entre estado e municípios, possibilitando que as esferas tenham autonomia de gestão, porém, zelando pela cooperação e parceria.

O reconhecimento das Comissões intergestores e das entidades representativas dos gestores estaduais e municipais de saúde somente foi incluído na Lei 8080/90, com artigos específicos sobre o tema, a partir da edição da Lei nº 12.466, de 2011, após anos de luta do movimento dos Secretários Estaduais e Municipais para está inclusão.

No art. 14-A da Lei 8080/90, a CIT e as CIBs são reconhecidas como foros de negociação e pactuação entre gestores, quanto aos aspectos operacionais do SUS e terão por objetivo:

I - decidir sobre os aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS, em conformidade com a definição da política consubstanciada em planos de saúde, aprovados pelos conselhos de saúde;

II - definir diretrizes, de âmbito nacional, regional e intermunicipal, a respeito da organização das redes de ações e serviços de saúde, principalmente no tocante à sua governança institucional e à integração das ações e serviços dos entes federados;

III - fixar diretrizes sobre as regiões de saúde, distrito sanitário, integração de territórios, referência e contrarreferência e demais aspectos vinculados à integração das ações e serviços de saúde entre os entes federados.

No Art. 14-B da referida lei, o CONASS e o CONASEMS são reconhecidos como entidades representativas dos entes estaduais e municipais para tratar de matérias referentes à saúde e declarados de utilidade pública e de relevante função social.

Este mesmo artigo reconhece os COSEMS como entidades que representam os entes municipais, no âmbito estadual, para tratar de matérias referentes à saúde, desde que vinculados institucionalmente ao CONASEMS, na forma que dispuserem seus estatutos.

O arranjo institucional proposto para o SUS é ousado no que concerne à tentativa de concretizar o acordo entre as diferentes esferas gestoras do sistema. Tal arranjo permite que vários atores sociais participem do processo decisório sobre a política de saúde. Este arranjo, no âmbito dos gestores públicos, refere-se às Comissões Intergestores, que foram criadas na área da saúde, face à necessidade de conciliar as características do sistema federativo brasileiro e as diretrizes do SUS (VIANA e LIMA 2007).

As Comissões Intergestoras são instrumentos importantes para a construção da intergestão e essenciais à formação dos sistemas intermunicipais, instituindo-se como foros permanentes de negociação, planejamento e decisão intergovernamental. Além disso, ao se adequar as normas nacionais às condições específicas de cada estado, preserva a autonomia dos demais entes governamentais no processo de descentralização. (VIANA et al 2002).

As CIBs foram instituídas nos estados brasileiros, entre os anos de 1993/94 atendendo a Norma do MS de 1993²⁹ que as estabelecem como instâncias privilegiadas de negociação e decisão quanto aos aspectos operacionais do SUS. As CIBs discutem questões relacionadas aos desdobramentos de políticas nacionais nos sistemas estaduais de saúde, assuntos afetos a agendas e políticas definidas no âmbito de cada estado, temas relacionados à regionalização e hierarquização da assistência, a organização de políticas de promoção e prevenção. As discussões, cada vez mais frequentes, sobre os elementos próprios, constitutivos dos sistemas estaduais e locais de saúde, fazem com que as CIBs se

²⁹ Norma Operacional Básica – SUS de 1993- NOB-SUS/93- estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde e será detalhada neste trabalho no capítulo que aborda o aparato institucional que deu suporte à descentralização da gestão de saúde no País.

estabeleçam também como espaços de formulação da política estadual e planejamento de ações.(VIANA e LIMA 2007)

Segundo Viana e Lima (2007) foi atribuído às CIBs também o papel de propor ações reguladoras das relações estado/municípios e município/município na implementação do SUS. As autoras destacam ainda o trabalho de LIMA (2001) que aponta que as CIBs são uma inovação gerencial pois baseiam-se na criação de um centro de negociação, planejamento e decisão intergovernamental paritário e permanente para os aspectos operacionais da descentralização bem como trazem a possibilidade de construção de parcerias para a estruturação dos sistemas estaduais, regionais, municipais, referentes aos aspectos regulatórios, financeiros e administrativos destes sistemas.

As CIBs, arranjos relativamente descentralizantes, mais ou menos organizativos para os sistemas, refletem não só a capacidade gestora, o grau de qualificação gerencial das SES e SMS e as diferentes condições de gestão assumidas por estados e municípios, como também o grau de amadurecimento das discussões e as particularidades locais e regionais do relacionamento entre as instâncias de governo (VIANA et al ,2002).

Segundo Wagner (2006), o exercício cotidiano do poder não é equivalente ou isonômico nesses espaços. O MS e as Secretarias de Estado tendem a influenciar e mesmo a conduzir a construção de agendas e a tomada de decisão segundo sua perspectiva própria. Nenhum órgão colegiado, ainda que seu regulamento seja democrático, elimina a diferença de poder acumulado pelos distintos atores sociais: a capacidade de produzir argumentos, de eleger temas prioritários e de influenciar na tomada de decisões reflete o contexto anterior.

As CIBs se reúnem mensalmente e são formadas paritariamente por dirigentes da Secretaria Estadual de Saúde - SES e do COSEMS. A definição dos representantes no âmbito das CIBs segue critérios variados definidos nos respectivos conselhos de secretários municipais de saúde, e não guardam, necessariamente, proporcionalidade com o tamanho da população e o papel do município na rede de serviços. (Ibid 2007).

As reuniões da CIB oportunizam momentos de debate e interação entre as equipes municipais e destas com a estadual. Visando estimular o debate e a negociação entre as

partes, o processo decisório nas CIBs se dá por consenso. A participação nas reuniões é aberta a todos os secretários municipais e às equipes técnicas das secretarias, embora o poder de decisão seja dado aos membros formais da Comissão. As CIBs vêm se tornando, para os municípios, a garantia de informação e atualização dos instrumentos técnico-operativos da política de saúde, de implementação dos avanços na descentralização do sistema de saúde e de fiscalização das ações do estado na defesa de seus interesses. (VIANA e LIMA 2007). Ainda segundo as autoras, dispositivos e fluxos mais ou menos formalizados e inovações organizacionais (ex: constituição de CIB regionais, microrregionais, secretaria executiva, Câmara Técnica) diferenciam o processo decisório e as relações intergovernamentais das CIBs.

Mas, segundo Viana, et.al (2010), no espaço regional, os modos de coordenação e condução da política da rede regionalizada do SUS não foram tratados a contento na Norma que resgata a importância da Regionalização em 2001, sendo uma questão de grande complexidade que se configura diferentemente no território por fatores de ordem histórica, social e político-institucional.

Somente com o Pacto pela Saúde (2006) foi dada a ênfase necessária ao mecanismo de gestão regional bipartite. O Pacto pela Saúde define e financia a implantação de mecanismos de Gestão Regional para qualificar o processo de regionalização da assistência à saúde, buscando a garantia e o aprimoramento dos princípios do SUS. Os gestores municipais de saúde da região deverão constituir um espaço permanente de pactuação e co-gestão solidária e cooperativa através de um Colegiado de Gestão Regional (CGR), que contará também com representantes da gestão estadual, sendo as suas decisões sempre por consenso, pressupondo o envolvimento e comprometimento do conjunto de gestores com os compromissos pactuados. A denominação e o funcionamento do Colegiado devem ser acordados na CIB.

Segundo o MS, a regionalização exige dos gestores esforços permanentes – políticos e técnicos – de planejamento, articulação e pactuação. Para isso, é necessário que seja constituído um espaço de co-gestão que se efetive por meio do CGR, arranjo institucional que propicia um novo significado às relações entre os gestores da Saúde,

permitindo que desenvolvam, de forma solidária e cooperativa, as funções relativas a planejamento, programação, orçamento, coordenação, execução e avaliação das ações, das estratégias e dos serviços regionais. (MS, 2006). O CGR fortalece a capacidade governativa entre os entes federados e se constitui num espaço de decisão através da identificação, definição de prioridades e de pactuação de soluções para a organização de uma rede regional de ações e serviços de atenção à saúde. É o guardião da Regionalização. Deve ter como farol o interesse público orientado pelas necessidades da população e não pela oferta de serviços de determinado território.

Para Viana et. al (2010), os CGR podem ser considerados uma inovação da política de saúde ao criar um canal permanente de negociação e de decisão intergovernamental, com regras definidas e funcionamento estável, preenchendo um vazio de governança regional. Podem ser um instrumento poderoso para a constituição de objetivos compartilhados. E aí o CGR tem papel fundamental, reportando a Menicucci (2007), quando destaca que não há uma relação direta entre o conteúdo das decisões que configuram uma determinada política pública e os resultados da implementação que podem ser diferentes da concepção original. O sucesso está associado à capacidade de obtenção de convergência entre os agentes implementadores em torno de objetivos da política.

Segundo Viana e Lima (2007), são cada vez mais proeminentes as contradições geradas entre processo de descentralização voltado para os municípios e a necessidade de integração das ações e serviços situados em distintos espaços geográficos e territórios político-administrativos garantindo a racionalidade sistêmica do SUS. Por outro lado, a divisão de funções e a formalização de compromissos entre as esferas de governo são fundamentais para dar materialidade ao processo de planejamento, organização e gestão dos sistemas regionais de saúde. São justamente essas contradições que provocam mudanças no papel das CIBs, tornando-as cada vez mais importantes para a coordenação e cooperação intergovernamental e indução da regionalização em saúde.

Ainda, segundo Viana e Lima (2007), as CIBs, no espaço regional de atuação, fornecem as condições necessárias para o levantamento de problemas e diagnóstico das

necessidades de saúde loco-regionais; a articulação e formulação de diretrizes estratégicas para o combate dos problemas identificados; e, a divisão de responsabilidades e formalização de compromissos entre os governos envolvidos no processo de regionalização da saúde. Destacam ainda que, o *modus operandi* cooperativo nas relações intergovernamentais é fundamental para a otimização do uso de recursos comuns; o auxílio aos governos menos capacitados para realizarem determinadas atribuições e melhor integrarem o conjunto de políticas compartilhadas evitando assim, o jogo de empurra entre os entes; o combate a comportamentos predatórios; e, por fim, a distribuição de informações sobre fórmulas administrativas bem-sucedidas.

Nesta direção, o MS aponta que o avanço da regionalização depende da construção de desenhos regionais que respeitem as realidades locais, estabelecendo os CGR como espaços ativos de co-gestão e estimulando estados e municípios a potencializar seus trabalhos, em uma dinâmica de regionalização viva. (MS, 2006)

Wagner (2006) destaca que a descentralização modificou as relações de poder do sistema público de saúde do Brasil, trazendo os municípios para o cenário onde se tomam decisões, passando a vivenciar uma experiência inédita de gestão compartilhada entre entes federados. Não há tradição no país de negociação sistemática entre União, estados e municípios, tampouco há tradição quanto ao funcionamento de órgãos colegiados permanentes e com poder deliberativo, inclusive sobre a alocação de recursos financeiros, conforme é o caso das Comissões Intergestoras. Aponta ainda que, como consequência, obrigou secretários estaduais e municipais a se organizarem em Associações, que necessitam de um funcionamento dinâmico e complexo para construir consensos ou tomar decisões que serão, posteriormente, apresentadas nas comissões e conselhos.

A descentralização na saúde trouxe à arena política um conjunto de atores que hoje atuam reduzindo o poder de comando anteriormente exercido integralmente pelo executivo federal. A articulação de gestão que tem base no território municipal, e se ordena também no espaço regional, ganha legitimidade para pactuação a nível estadual e federal. Reforçando esta ideia, Menicucci (2007) aponta que o SUS, de fato, se

institucionaliza e se torna uma realidade, contando inclusive com o apoio de novos atores constituídos a partir dele.

Para corroborar com a importância de funcionamento dos espaços intergestores regionais, destacamos, dentre os resultados do estudo de Menicucci (2008, p.31,32) dois em especial:

- o arranjo institucional desenhado para a regionalização favorece a cooperação ao especificar as atribuições de cada nível de governo; definir as relações intergovernamentais; e criar instrumentos de gestão capazes de garantir a coordenação por parte do nível estadual de governo e constituir arenas federativas para pactuação, com efeitos também de redução da assimetria informacional entre os atores. mas é menos capaz de impor alguma forma de coerção no caso de deserção, ou seja, ausência de cooperação ou não cumprimento dos pactos.
- a definição de fóruns de negociação regionais (comissões intergestores micro e macrorregionais) favorece a cooperação ao propiciar a interação repetida e continuada entre todos os municípios integrantes de uma região. Isso favorece o desenvolvimento de confiança entre os pares – substrato importante para ações cooperativas -; diminui a assimetria informacional entre municípios, e entre esse e o estado; permite a vocalização de interesses, particularmente dos municípios menores que se fortalecem no processo enquanto detentores de recursos financeiros a serem captados pelos municípios com capacidade de prestação de serviços; induz a maior responsabilização dos gestores municipais ao tornar transparentes os problemas locais e regionais, bem como o descumprimento dos acordos e a deficiência da assistência;

Segundo Viana e Machado (2009), a política de saúde registrou nos últimos vinte anos mudanças em cinco atributos importantes para a caracterização do federalismo. Por meio das comissões intergovernamentais na saúde – configuram-se os arranjos institucionais e regras para decisões nacionais com vistas a incorporar interesses territoriais; por meio da ampliação dos atores envolvidos na implementação da política, tais como os gestores locais – configura-se o conjunto de atores de base territorial; por meio das leis da saúde, normas operacionais e portarias do SUS – configura-se os arranjos legais para definir responsabilidades entre os níveis de governo; por meio dos mecanismos de financiamento, tipos e volumes de transferências federais, mudanças dos entes federados na participação do financiamento da saúde – configura-se os arranjos de transferências fiscais intergovernamentais e por fim as relações entre gestores do SUS e governantes – configura-se como os arranjos informais entre governos, verticais e horizontais.

Para Costa (2007), o SUS é um exemplo bem sucedido de cooperação intergovernamental. Nesta direção, a importância das Comissões Intergestores também é destacada por Abrucio (2006), que aponta que a área da saúde se tornou mais responsável no plano subnacional por meio da criação de instituições incumbidas de coordenar e disciplinar os entes federativos.

Avançando no processo de gestão regional o Decreto 7508/11, cria a CIR, no âmbito regional, vinculada à Secretaria Estadual de Saúde para efeitos administrativos e operacionais, devendo observar as diretrizes da CIB. A resolução nº1 da CIT de 29 de setembro de 2011 definiu as diretrizes para a instituição de Regiões de Saúde no âmbito do SUS, à luz do Decreto 7508/11, e dentre estas está a obrigação dos estados em constituir a CIR com as competências³⁰ definidas.

Segundo Menicucci (2009), o arranjo institucional para a construção de uma rede regionalizada tem avançando no sentido de resolver os problemas de coordenação e favorecer a superação dos problemas da ação coletiva de forma a produzir uma relação cooperativa entre os entes federados, buscando otimizar a utilização da rede de serviços e ampliar o acesso de forma mais igualitária.

Ainda segundo a autora, para perceber como a cooperação é ou não produzida é necessário compreender os seguintes aspectos no processo de interação estratégica entre os atores (MENICUCCI, 2008, p.5):

o contexto da ação; as identidades sociais dos atores que interagem; o processo de formação e transformação das preferências, interesses e objetivos desses atores, no curso de sua interação; e a informação disponível no curso das interações. Isso porque o grau de

³⁰ I - pactuar sobre:a) rol de ações e serviços que serão ofertados na respectiva Região de Saúde, com base na Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES); b) elenco de medicamentos que serão ofertados na respectiva Região de Saúde, com base na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME); c) critérios de acessibilidade e escala para a conformação dos serviços; d) planejamento regional de acordo com a definição da política de saúde de cada ente federativo, consubstanciada em seus Planos de Saúde, aprovados pelos respectivos Conselhos de Saúde; e) diretrizes regionais a respeito da organização das redes de atenção à saúde, de acordo com a Portaria, principalmente no tocante à gestão institucional e à integração das ações e serviços dos entes federativos na Região de Saúde; f) responsabilidades individuais e solidárias de cada ente federativo na Região de Saúde, a serem incluídas no COAP, definidas a partir da Rede de Atenção à Saúde, de acordo com o seu porte demográfico e seu desenvolvimento econômico-financeiro;g) diretrizes complementares às nacionais e estaduais para o fortalecimento da cogestão regional;II - monitorar e avaliar a execução do COAP e em particular o acesso às ações e aos serviços de saúde;III - incentivar a participação da comunidadeIV - elaborar seu regimento interno; e V - criar câmaras técnicas permanentes para assessoramento, apoio e análise técnica dos temas da pauta da CIR

racionalidade da ação dependeria da capacidade dos atores de reunir, avaliar e processar o mais eficientemente possível as informações relevantes.

A implementação da política de saúde demanda a integração de ações dos diversos níveis de governo; em grande medida, essa discussão remete ao problema teórico clássico sobre a possibilidade de ação coletiva ou de cooperação entre os entes autônomos. Mecanismos de parceria aprovados pelos entes federativos, como regras legais que obriguem os atores a compartilhar decisões e tarefas, respeito mútuo e a negociação no plano intergovernamental, são essenciais para o equilíbrio das formas de cooperação e competição. (MENICUCCI, 2008)

A autora destaca, como descrito anteriormente neste trabalho, que em situações em que o jogo se repete ou quando os indivíduos têm a possibilidade suficientemente grande de se encontrar, é possível a cooperação, pois quando se joga repetidamente, a participação de um depende do que façam os demais. Os membros de um grupo podem aprender a colaborar, desde que todos cooperem, ou seja, em situação em que se siga uma estratégia condicionalmente cooperativa, baseada na reciprocidade. A cooperação recíproca pode ser coletivamente estável, pois é capaz de defender o grupo de estratégias menos cooperativas.

Segue ressaltando que a criação de “arenas federativas” do SUS, assim podendo ser consideradas as instâncias de pactuação de âmbito micro e macro regional com a participação de todos os municípios, pode ser um mecanismo para forçar os atores a compartilhar decisões e tarefas e ainda favorecer uma conduta baseada na negociação. Decorre daí, um potencial para a geração de um equilíbrio entre cooperação e competição entre os municípios. Além disso, a criação dessas instâncias, ao propiciar um jogo que se repete regularmente, permitindo que os gestores municipais se encontrem de forma frequente e programada, possibilita aumentar a informação disponível para os participantes e permite-lhes agir estrategicamente, favorecendo a cooperação.

É neste contexto que atua o Projeto Apoiador proposto pelo COSEMS/MG e objeto de análise deste trabalho, daí a importância de percorrer ao longo deste capítulo o processo de implementação do SUS no contexto federativo brasileiro, destacando

aspectos da descentralização, regionalização, com ênfase nas relações intergovernamentais e as atribuições gestoras definidas para a esfera municipal, com especial destaque para sua atuação regional.

4 A GESTÃO DO SUS/ MG

O estado de Minas Gerais, conta com uma população de 19.728.701 habitantes (IBGE-2011), dispersa em 853 municípios.

Todos os municípios mineiros assumiram e tem responsabilidades na gestão do sistema de saúde, e destes, 76³¹ assumiram também a responsabilidade pela gestão dos prestadores de serviço do SUS de seu território.

A organização e o funcionamento do SUS em Minas Gerais estão balizados pelos seguintes princípios e diretrizes constitucionais³²:

- *saúde como direito de todos e dever do Estado;*
- *acesso igualitário às ações e aos serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde;*
- *direção única em cada esfera de governo;*
- *integralidade da assistência, que assegure serviços preventivos e curativos e, nesses últimos, o acesso a todos os níveis de assistência e tipos de procedimentos;*
- *descentralização, reconhecendo a natureza local da maioria dos serviços de saúde e atribuindo, explicitamente, ao município a competência para a prestação de serviços de saúde com o apoio técnico e financeiro da União e do Estado;*
- *participação da comunidade, por meio dos conselhos nacional, estaduais e municipais de saúde, nos quais metade de seus membros represente os usuários do SUS, e a outra metade, os provedores, públicos e privados.*

A SES/MG e o COSEMS/MG são as instituições responsáveis pela gestão compartilhada do SUS representadas nas CIBs, e nas próximas seções vamos conhecer um pouco sobre a organização das mesmas.

4.1 A Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais – SES/MG

A estrutura atual da SES/MG é regida pelas Leis Delegadas n° 179³³ e 180³⁴, ambas de 2011.

De acordo com o Decreto 45.812/11³⁵ a SES/MG tem por finalidade formular, regular e fomentar as políticas de saúde pública no estado de Minas Gerais, atuando em cooperação com os demais entes federados na prevenção, promoção, preservação e

³¹ Até a data de 01/02/12 de acordo com o MS no Sistema de Controle de Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade - SISMAC. Acesso em 08/03/2012.

³² De acordo com o Plano Estadual de Saúde 2008/2011.

³³ Lei Delegada 179 de 1° de janeiro de 2011 que dispõe sobre a organização básica e a estrutura da Administração Pública do Poder Executivo do estado de Minas Gerais

³⁴ Lei Delegada 180, de 20 de janeiro de 2011 que dispõe sobre a estrutura orgânica da Administração Pública do Poder Executivo do estado de Minas Gerais

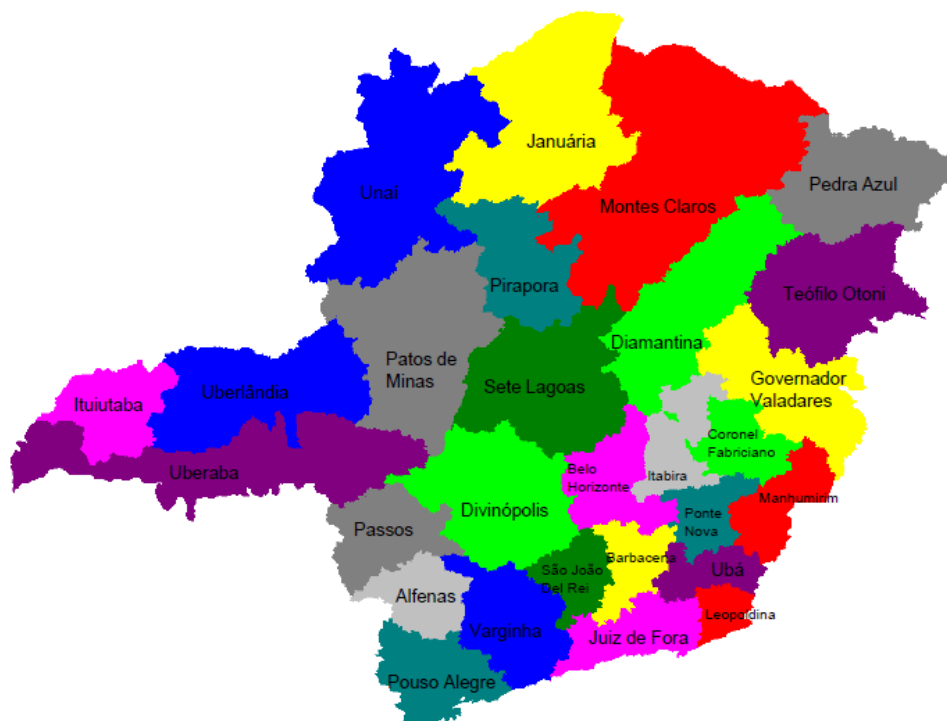
³⁵ Decreto n° 45.812, de 14 de dezembro de 2011 que dispõe sobre a organização da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais.

recuperação da saúde da população. Na estrutura orgânica definida neste decreto e regulamentada pela Lei delegada 180/11, cabe destacar a criação da Subsecretaria de Gestão Regional, e a definição de até 18 Superintendências Regionais de Saúde (SRS) e até 11 Gerências Regionais de Saúde (GRS), conforme Figura 1.

A Subsecretaria de Gestão Regional, atuando de forma integrada com as demais unidades administrativas da SES-MG, tem por finalidade promover as ações de gestão regionalizada do SUS. Destacamos as competências:

- ...III - coordenar, apoiar a elaboração e monitorar os instrumentos de planejamento e gestão vigentes no SUS, em âmbito regional;*
- IV - consolidar e analisar as informações em saúde para subsidiar a elaboração dos planos e programas em âmbito estadual, macrorregional, microrregional e municipal;*
- ...VI - prestar apoio técnico e administrativo para a descentralização das ações bipartites do SUS no Estado; e*
- VII - gerenciar o desenvolvimento das Secretarias Executivas das Comissões Intergestoras Bipartites macro e microrregionais.*

Figura 1
MAPA DAS SUPERINTENDÊNCIAS E GERÊNCIAS REGIONAIS DE SAÚDE DO ESTADO DE MINAS GERAIS



Fonte: SES/MG

As SRS têm por finalidade apoiar, implementar e monitorar as políticas e ações de saúde, fortalecendo a governança regional do Sistema Estadual de Saúde. Em suas áreas de abrangência, destacamos as competências:

I - coordenar, implementar, monitorar e avaliar as redes e ações de saúde, em todos os níveis de atenção, no âmbito regional;
...IV - auxiliar os municípios na criação de uma identidade macro e microrregional, fortalecendo o sistema de governança e promovendo o alinhamento tático da gestão regional;

As SRS são identificadas pela macrorregião de sua localização e do município sede³⁶ e terão suas áreas de abrangência estabelecidas por Resolução do Secretário de Estado de Saúde.

As GRS³⁷ têm por finalidade contribuir para uma melhor governança regionalizada do Sistema Estadual de Saúde, apoiando as SRS às quais são vinculadas em suas competências. As GRS têm suas competências e respectivas áreas de abrangência estabelecidas por Resolução do Secretário de Estado de Saúde.

Ainda na estrutura da SES/MG foram instituídos os Núcleos de Gestão Microrregional pela Ordem de Serviço nº 389/10,³⁸ buscando fortalecer a gestão do território sanitário microrregional. Estes núcleos são destinados a apoiar o planejamento, gestão, monitoramento e avaliação das políticas públicas no território microrregional, com vistas a aproximar as GRS das SMS, assim como promover a integração e articular as ações dos núcleos das GRS.

Os servidores estaduais que compõem os Núcleos de Gestão Microrregional desempenharão as funções de referências técnicas das microrregiões adscritas às GRS e da Secretaria Executiva das CIBs Macro e Micro.

³⁶ Estão localizadas nos municípios de Belo Horizonte; Sete Lagoas; Barbacena; Diamantina; Coronel Fabriciano; Governador Valadares; Ponte Nova; Teófilo Otoni; Patos de Minas; Montes Claros; Divinópolis; Juiz de Fora; Alfenas; Passos; Pouso Alegre; Varginha; Uberlândia e Uberaba. As SRS sediadas em Barbacena, Belo Horizonte, Juiz de Fora, Montes Claros, Patos de Minas, Ponte Nova, Teófilo Otoni, e Uberlândia tem GRS vinculadas às suas estruturas.

³⁷ Estão localizadas nos municípios de Itabira, São João Del Rey, Manhumirim, Pedra Azul, Unaí, Januária, Pirapora, Leopoldina, Ubá, Ituiutaba

³⁸ A ordem de Serviço, nº 389 de 12 de fevereiro de 2010, dispõe sobre os Núcleo de Gestão Microrregional no âmbito da Secretariade Estado de Saúde de Minas Gerais/SES-MG.

4.2 O Colegiado de Secretários Municipais de Saúde – COSEMS/MG

O COSEMS/MG é uma entidade colegiada, sem fins lucrativos, com autonomia administrativa, financeira e patrimonial organizada a finalidade de ser o elo entre os Secretários Municipais de Saúde de Minas Gerais e a esfera estadual e federal. Seu primeiro estatuto data de abril de 1991, mas antes mesmo de sua institucionalização, vários sanitaristas mineiros já se agrupavam em torno de questões da gestão da saúde pública a partir da ótica municipal. Em 2009, tem seu estatuto revisado e aprovado por mais de 600 gestores trazendo novamente a legalidade institucional do Colegiado (JUNQUEIRA e MOTTA, 2010)

A Missão do COSEMS/MG é trabalhar pela autonomia dos municípios, congregando os gestores municipais de saúde atuando como órgão permanente de intercâmbio de experiências e informações para seus membros por meio da participação efetiva na formulação das políticas públicas de saúde no estado de Minas Gerais buscando a melhoria da saúde da população mineira.

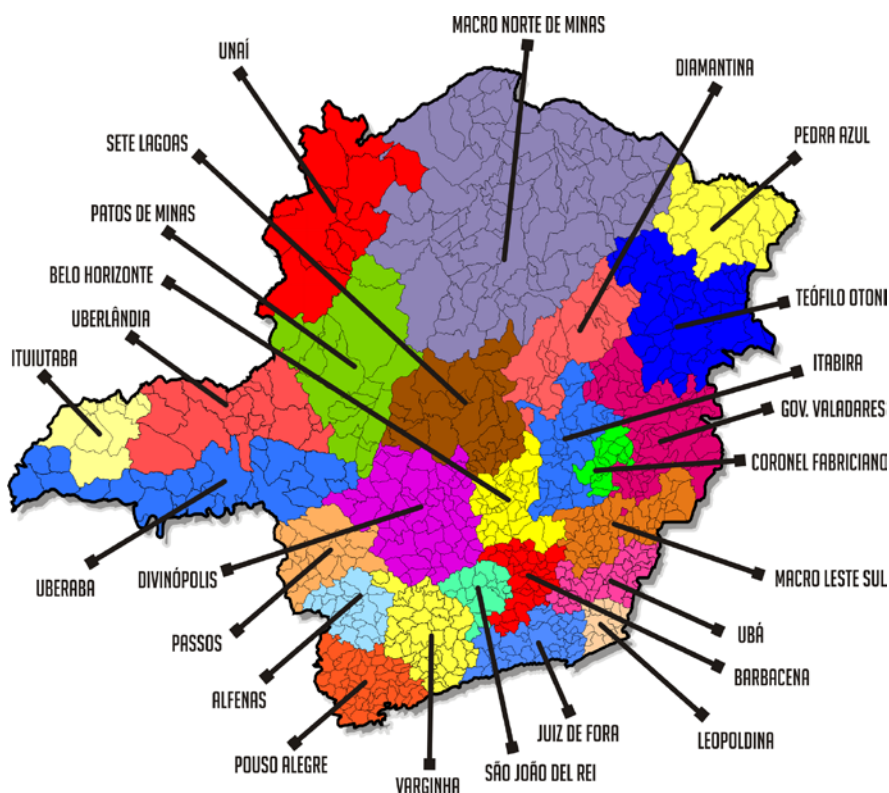
Já o Negócio do COSEMS/MG é prestar apoio e subsídio para os processos de tomada de decisão da instituição e de todos os gestores municipais de saúde de Minas Gerais, nos espaços decisórios do SUS, buscando a otimização dos recursos disponíveis e a disseminação da informação.

A entidade é constituída por instâncias deliberativas e executoras como a Diretoria Executiva, o Conselho Fiscal, o Conselho de Representantes Regionais e a Assembleia Geral. O COSEMS/MG engloba ainda 25 COSEMS Regionais, conforme Figura 2, que agrupam as 28 regiões administrativas de saúde do estado. Até 2003, a área de abrangência do COSEMS Regional e da representação regional administrativa da SES/MG era a mesma. A partir de 2003, o COSEMS Regional Norte engloba a representação regional da SES/MG de Montes Claros, Januária e Pirapora e o COSEMS Leste do Sul engloba as representações regionais da SES/MG de Ponte Nova e Manhumirim.

A busca de uma ação contextualizada com as políticas públicas e descentralizada para as instâncias regionais de sua representação sempre esteve presente na atuação do

COSEMS/MG, conforme relatos de ex-presidentes e presidentes regionais reunidos na revista comemorativa dos 20 anos de organização da entidade. (COSEMS, 2011).

Figura 2
MAPA DA DIVISÃO DO COSEMS/MG POR REGIONAL



Fonte: COSEMS/MG

Para o alcance das responsabilidades atribuídas ao COSEMS/MG definidas em sua Visão e Negócio, a representação do COSEMS/MG no espaço estadual e regional se reúne mensalmente, em fóruns específicos de gestores, buscando espelhar à realidade estadual e regional a ótica municipal da implementação de políticas públicas de saúde.

Os presidentes regionais do COSEMS são a representação institucional no espaço descentralizado e têm, como principal função, manter a mobilização de sua área de abrangência, para que, a partir da ótica dos municípios, o COSEMS Estadual possa discutir e pactuar políticas públicas de saúde no nível estadual e nacional.

A representação nacional dos secretários municipais de saúde cabe ao CONASEMS, no qual o COSEMS é integrante enquanto representação da gestão municipal de saúde dos municípios mineiros. Dentre as deliberações que nortearão a atuação do CONASEMS, COSEMS e das Secretarias Municipais de Saúde do Brasil registradas na Carta de Gramado³⁹, consta:

Fortalecer os COSEMS, visando à qualificação da sua atuação política nos espaços de pactuação, e estabelecer linhas de financiamento que possibilitem o adequado desempenho de suas atribuições;

A atuação do COSEMS/MG está refletida nos depoimentos do presidente do CONASEMS e do Secretário de Estado da Saúde de Minas Gerais. O presidente do CONASEMS, Dr. Antônio Carlos Figueiredo Nardi, relata que o “COSEMS/MG tem contribuído efetivamente para o fortalecimento do CONASEMS, na medida em que cumpre o seu papel de defender a causa dos municípios mineiros e não mede esforços para participar ativamente dos espaços de pactuação no âmbito nacional, estadual e regional, além da presença fundamental nas CIBs”.(COSEMS, 2011).

Já no depoimento do Secretário de Estado da Saúde de Minas Gerais , Dr. Antônio Jorge de Souza Marques, este destaca que o COSEMS/MG “é um grande ator na construção do SUS em Minas Gerais, cujo principal papel é a mobilização dos municípios num estado com a dimensão territorial da França e que o Colegiado vem se apresentando como um forte elo de consenso em torno das prioridades para a implantação de políticas públicas devendo a comunicação ser eficaz e tempestiva”. (COSEMS, 2011)

A seguir vamos conhecer o processo da regionalização da política de saúde em Minas Gerais.

4.3 Regionalização da Saúde em Minas Gerais

A regionalização da saúde já vinha sendo discutida desde 1999 em Minas Gerais e constava como uma das propostas do Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado

³⁹ Documento final do XXVI Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde realizado no período de 25 a 28 de maio de 2010, na cidade de Gramado.

(PMDI) . Com a publicação da NOAS que atribuiu às secretarias estaduais de saúde a responsabilidade pela coordenação e pactuação, com vistas à organização de redes de assistência resolutivas, foi desenhado o primeiro PDR de Minas Gerais (PDR/MG).

O PDR visa organizar e implementar o modelo de serviços assistenciais dentro dos princípios preconizados pelo SUS, em cumprimento às exigências da NOAS e ao Pacto pela Saúde. O objetivo do PDR é garantir o acesso dos cidadãos a todos os níveis, a partir do atendimento o mais próximo possível de sua moradia, conforme sejam as ações e os serviços necessários à solução de seus problemas de saúde, em qualquer nível de atenção. O usuário do sistema deve encontrar serviços de atenção primária em seu município e de atenção secundária dentro da microrregião a que pertence, tendo que recorrer aos polos macrorregionais apenas para procedimentos de alta complexidade.

Elaborado no ano de 2001⁴⁰, o PDR passou por ajustes em 2003, visando se adequar aos princípios de economia de escala, escopo, acessibilidade viária e geográfica. Para realizar essa estruturação, o PDR dividiu o estado em 13 macrorregiões sanitárias e 75 microrregiões sanitárias. Vigente até dezembro de 2011, conforme Figura 3, contava com o mesmo número de macrorregiões e 76 microrregiões. Sua última revisão, em novembro/11, manteve o mesmo número de macrorregiões e passou para 77⁴¹ microrregiões, com vigência a partir de janeiro de 2012.

Segundo Menicucci (2008), desde a redefinição das microrregiões, as negociações foram marcadas por disputas que acabaram se refletindo na própria configuração de algumas microrregiões. O foco das disputas foi tanto de natureza política, expressando conflitos regionais na disputa por recursos uma vez que a definição dos municípios polos das micro e macrorregiões implica na canalização de investimentos para esses municípios como forma de ampliar sua capacidade de atendimento para uma população referenciada. Conflitos na formulação do PDR para a definição de competências e

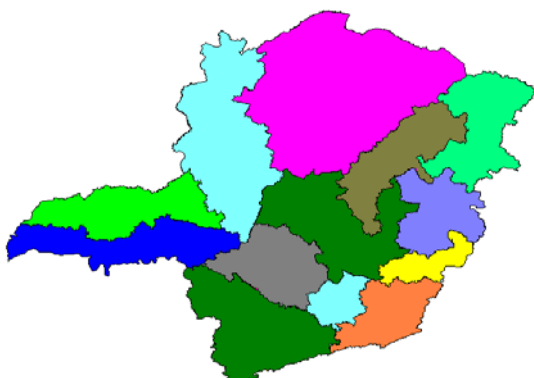
⁴⁰ Nos termos da regionalização proposta, o estado foi dividido em sete macrorregiões, 95 microrregiões e 21 regiões assistenciais

⁴¹ Deliberação CIB-SUS/MG nº 978, de 16 de novembro de 2011. que aprova o ajuste do plano diretor de regionalização /PDR-MG 2011 e diretrizes para o ajuste em 2013

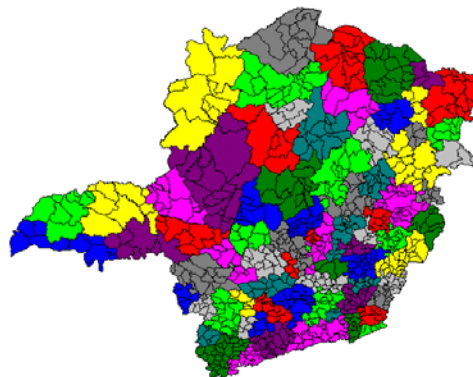
identificação dos fluxos, expressam a resistência de alguns municípios em mudar fluxos de atendimento e estimulou uma forte disputa entre municípios para ser sede de micro.

Figura 3
MAPAS DAS MACRO E MICRORREGIÕES ASSISTENCIAIS DE MINAS GERAIS

Macrorregiões de Minas Gerais



Microrregiões de Minas Gerais



Fonte: COSEMS/MG

Com a edição do Decreto 7508/11, o estado deverá fazer nova análise de suas regiões de saúde, atendendo ao artigo 5º do Decreto que dispõe: que a região de saúde para ser instituída deverá conter no mínimo ações e serviços de atenção primária, urgência e emergência, atenção psicossocial, vigilância em saúde e atenção ambulatorial especializada e hospitalar.

Na próxima seção vamos abordar a gestão compartilhada no SUS/MG.

4.4 Gestão compartilhada no SUS/MG

Seguindo o arranjo nacional, a gestão compartilhada no SUS/MG está organizada, no espaço Estadual e Regional. No espaço estadual está instituída a CIB e, no espaço regional, estão instituídas as CIBs Macro e CIBs Micro.

A CIB de Minas Gerais, criada pela Resolução SES/MG nº637 de 25 de junho de 1993⁴², é uma instância colegiada com a finalidade de negociar e decidir quanto aos aspectos operacionais do SUS/MG, funcionando em duas instâncias: estadual e regional. Sua composição e regimento interno estão definidos na Deliberação CIB-MG n.º 007, de 01 de março de 1999. A CIB estadual é composta paritariamente por 14 membros, divididos entre a SES e o COSEMS/MG, sendo que um dos representantes dos municípios é o secretário de saúde da capital.

Como processo de preparação e amadurecimento das pactuações da CIB estadual, acontece mensalmente as reuniões de Câmara Técnica, também de composição paritária SES e COSEMS/MG. Em alguns assuntos podem se formar Comissões Temáticas para aprofundamento de temas, mas garantido sempre a composição paritária. Cabe destacar o posicionamento dos gestores municipais nestes fóruns, refletindo a visão municipal, possibilitada pela experiência da gestão local e regional. (JUNQUEIRA e MOTTA, 2010)

Nas reuniões mensais do COSEMS/MG, que precedem no turno da manhã a CIB estadual, são apresentadas à plenária de gestores municipais as propostas de pactuação que serão discutidas à tarde, a partir de relatório técnico que sintetiza as discussões das Comissões temáticas e da Câmara Técnica. A partir do debate do plenário, são definidos os itens que merecerão encaminhamentos e posicionamento dos representantes do COSEMS/MG durante a CIB estadual. (JUNQUEIRA e MOTTA, 2010).

As primeiras Comissões Intergestores Bipartite no espaço regional de Minas Gerais (CIB-R/MG) foram instituídas em 1993 pela Resolução SES/MG nº637 de 25 de junho de 1993. As CIBs-R/MG se organizavam no espaço administrativo regional de atuação das Gerências Regionais da SES/MG e dos COSEMS Regionais, com a composição total de seis membros de composição paritária COSEMS Regional e representação regional da SES/MG. O COSEMS Regional indicava, ao Diretor Regional respectivo, os membros da CIB-R/MG.

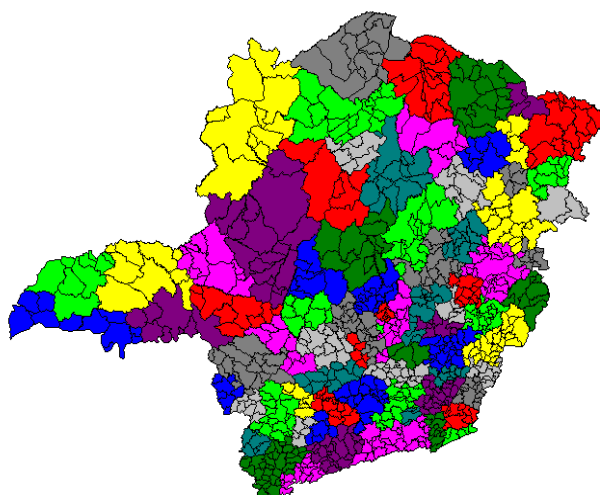
⁴² Atendendo a Portaria nº 545, de 20 de maio de 1993 que estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica – SUS 01/93.

A organização da CIB-R/MG foi alterada pela Deliberação CIB-MG n.º 007, de 01 de março de 1999, fixando que um dos representantes do COSEMS deveria ser o presidente regional do COSEMS.

Ficava instituído então os espaços de pactuação intergestores, na mesma área da abrangência das GRS e, por conseguinte, na mesma área de atuação do COSEMS Regional com a representação do presidente do COSEMS assegurada nestes espaços de negociação e pactuação regional.

Seguindo o PDR vigente que dividiu o estado em macro e microrregiões assistenciais, é publicada a Deliberação CIB-SUS/MG nº095 de 17/05/04, que institui as CIBs Macro e CIBs Micro, conforme Figura 4, e estabelece o regimento interno das mesmas, definindo competências, normas, procedimentos de funcionamento. Define também o processo decisório, composição e processo de reconhecimento das mesmas. Nestes espaços a SES/MG está representada pelas SRS ou GRS e os municípios de acordo com sua região assistencial de saúde.

Figura 4
MAPA DAS COMISSÕES INTERGESTORES MICRORREGIONAIS

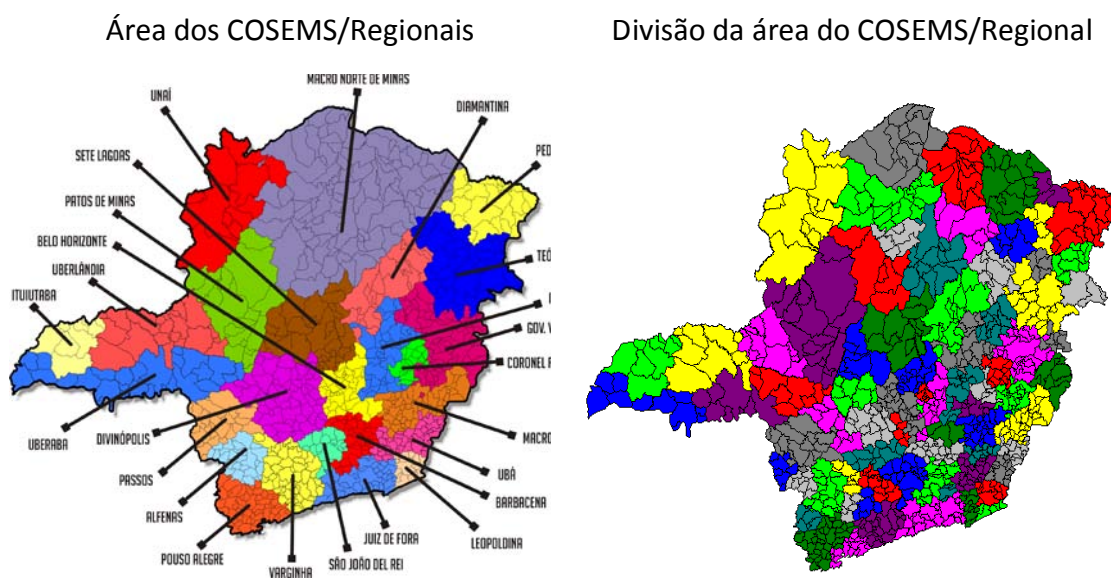


Fonte SES/MG

O SUS/MG conta 76 CIBs Micro e 13 CIBs Macro⁴³, com composição que contempla a participação de todos os gestores municipais nas reuniões de CIB Micro e da representação de todas as microrregiões na CIB Macro. Assim, todos os gestores municipais têm a responsabilidade de participar das instâncias regionais de gestão de acordo com sua localização geográfica assistencial.

O COSEMS/MG, que antes contava com representação de seu presidente regional em todos os espaços de pactuação integrestores regional, deixa de contar com esta representação, pois um só COSEMS Regional estava diluído em um número maior de CIBs micro que estivessem em seu território, conforme Figura 5. Acontece então a fragmentação do COSEMS Regional. Como consequência, provoca a atomização dos municípios em diversas microrregiões e não mais no entorno dos COSEMS Regional, dificultando a representação regional e estadual do COSEMS/MG.

Figura 5
MAPA DA DIVISÃO DO COSEMS REGIONAL



Fonte: COSEMS/MG

Se, por um lado, houve o ganho da representação municipal com a garantia participação de 100% dos municípios mineiros nas instâncias de gestão regional do SUS/MG, por outro lado os COSEMS regionais sofreram uma pulverização dos municípios

⁴³ Vigente até 31/12/11.

que o compõem, pois as reuniões dos secretários de saúde dos COSEMS Regionais precediam as reuniões de CIBs-R/MG. Como cada gestor de determinado COSEMS Regional pertence a CIBs Micro diferentes, o momento de reunião presencial dos gestores estava prejudicado, pois não era mais uma CIB Regional com o mesmo espaço de atuação do COSEMS Regional, e sim várias CIBs Micro dentro do espaço de atuação de um só COSEMS Regional.

A Deliberação CIB-SUS/MG nº 377/07⁴⁴ definiu que as CIBs Micro e as CIBs Macro, criadas pela Deliberação CIB-SUS/MG nº 095 de 17 de maio de 2004, são os CGR de Minas Gerais, e as atribuições das CIBs Micro/Macro poderão ser revistas visando adequá-las ao que estabelece a Portaria⁴⁵ que criou os CGR.

Em pesquisa realizada em duas macrorregiões de Minas Gerais, Menicucci (2008) aponta que as comissões intergestores regionais são reconhecidas como importante espaço para troca de informações e de experiências, favorecendo, dessa forma, a cooperação entre os gestores. Ainda que a maioria das questões não seja de fato resolvida nas reuniões, elas vêm-se legitimando na medida em que necessariamente são discutidas nesse fórum, propiciando o seu encaminhamento. Aponta ainda que a CIB regional tem contribuído para o diálogo entre municípios e para troca de experiências, sendo reconhecido como o órgão mais importante na gestão regional de saúde. Além disso, tem inovado ao ser um espaço para vocalização das reivindicações de municípios pequenos, tradicionalmente excluídos dos processos deliberativos. Ao propiciar o debate sobre os problemas regionais, as reuniões dos fóruns regionais contribuem para ampliar a credibilidade das micros.

A autora também destaca que, em uma das regiões analisadas, a CIB regional tem forçado um movimento favorável à cooperação que já tem colocado em cheque a atuação das prefeituras e das Gerências regionais, demandando perfis de gestores mais técnicos e comprometidos com a saúde.

⁴⁴ A Deliberação CIB-SUS/MG nº 377, de 20 de setembro de 2007 aprova o Termo de Compromisso de Gestão - TCG do estado de Minas Gerais e dos municípios que menciona

⁴⁵ Portaria GM/MS nº 399 de 22 de fevereiro de 2006 que Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto

Com a edição do Decreto 7.508/11, a CIB estadual deverá pactuar a constituição das CIR como foro interfederativo regional de negociação e pactuação de matérias relacionadas à organização e ao funcionamento das ações e serviços de saúde integrados em rede de atenção à saúde, composta por todos os gestores municipais de saúde que compõem a região e a representação estadual no espaço regional. (CIT, 2011)⁴⁶

A dimensão do estado de Minas Gerais impõe iniciativas de processamento, análise e mecanismos de disseminação de informação junto às instâncias gestoras regionais, respaldando os gestores municipais para o fortalecimento de ações realizadas no território micro ou macrorregional, impondo ao COSEMS/MG e à SES o desenvolvimento de estratégias de fortalecimento das CIBs Micro. O Pacto pela Saúde (2006) define que a CIT e o MS promoverão e apoiarão processo de qualificação permanente para as CIBs. No SUS/MG este direcionamento de fortalecer os espaços regionais é verificado pela decisão do MS em financiar o funcionamento dos CGR, pela SES/MG em organizar estruturas microrregional e, finalmente, pelo COSEMS/MG realizando estratégias de fortalecimento regional se inserindo aqui, o Projeto Apoiador objeto deste estudo.

Este capítulo percorreu o processo de gestão do SUS em Minas Gerais, destacando a organização da SES/MG e do COSEMS/MG e tratando especialmente do processo de regionalização e gestão compartilhada do SUS/MG. Aproximando-nos do objeto de análise deste trabalho, no próximo capítulo, será descrito o Projeto Apoiador do COSEMS/MG.

⁴⁶ Comissão Intergestores Tripartite. Resolução nº1 de 29 de setembro de 2011. que estabelece diretrizes gerais para a instituição de Regiões de Saúde na âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), nos termos do Decreto 7.508 de 28 de junho de 2011.

5 O PROJETO APOIADOR

O processo de regionalização da atenção à saúde em Minas Gerais impôs uma nova proposta de atuação do COSEMS/MG frente à gestão regional de saúde. As atuais 25 representações regionais do COSEMS/MG não contavam com apoio suficiente para acompanhar as decisões emanadas das 76 microrregiões de saúde, levar propostas à CIB Estadual e, tão pouco, capilarizar as decisões da CIB Estadual para estas instâncias de Gestão.

Em Julho de 2008, o COSEMS/MG apresentou proposta de financiamento ao MS para implantar um Projeto de Apoio aos Espaços Regionais, mas não conseguiu o convênio com a União. O COSEMS/MG propôs este projeto de apoio no mesmo território das 28 instâncias Regionais de Saúde da SES/MG (SRS ou GRS), buscando reordenar a atuação do Colegiado em todo estado de Minas Gerais frente aos desafios de implementação da gestão regional do Pacto pela Saúde.

Durante o Encontro Estadual de Saúde de Minas Gerais, realizado entre os dias 16 e 18 de Março de 2009, que contou com a presença de mais de 2.800 participantes entre gestores e técnicos municipais e estaduais, o COSEMS/MG aplicou 509 questionários aleatoriamente entre os presentes para entender e avaliar o funcionamento dos CGR/CIB Microrregional no estado. Os resultados encontrados apontaram ao COSEMS/MG a necessidade de apoio institucional aos processos decisórios e de mobilização regional dos gestores municipais na CIB Micro.

Buscando enfrentar os problemas advindos da assimetria de informação, fragmentação institucional do COSEMS e fortalecimento da capacidade técnica, a partir de maio de 2009 o COSEMS/MG utiliza recursos de incentivo dos CGR⁴⁷ para garantir o Projeto Apoiador COSEMS, por meio de formalização anual de convênio de repasse dos recursos financeiros entre a SES e COSEMS/MG.

⁴⁷ A portaria nº 204/GM de 29 de janeiro de 2007 que regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle, define o valor de R\$20.000,00 (vinte mil reais)/ano para cada CGR reconhecido pela Comissão Intergestora Tripartite. Este recurso é transferido anualmente pelo Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Estadual de Saúde.

O COSEMS/MG tem estimulado sua representação nos espaços regionais que se dá pelo fortalecimento dos COSEMS regionais com o Projeto Apoiador. Este Projeto procura subsidiar tecnicamente as decisões dos gestores municipais de saúde nos espaços regionais, fortalecendo a representação dos secretários municipais de saúde em todas as instâncias e de fóruns como o COSEMS Regional e CIBs Micro e Macro.

O Projeto Apoiador do COSEMS/MG busca enfrentar alguns problemas em relação à comunicação e integração dos gestores estaduais e municipais no espaço regional tais como:

- Superar a organização engessada/normativa das CIBs Micro (espaços sala de aula);
- Assimetria de informações do COSEMS/MG e da SES/MG no espaço regional;
- Assimetria de informações entre municípios de uma mesma região e entre municípios de diversas regiões do estado de Minas Gerais
- Falta de rotina regular de reuniões das Câmaras Técnicas Temáticas SES/COSEMS nos espaços regionais;
- Área de atuação do COSEMS Regional englobando várias microrregiões dificultando a aglutinação dos gestores no COSEMS Regional

Desde sua proposição, os principais objetivos do Projeto são:

- resgatar a aglutinação dos gestores nos COSEMS Regionais que estavam fragmentados em diversas CIBs Micro;
- subsidiar tecnicamente os gestores municipais de saúde nas 76 CIBs Micro;
- apoiar a qualificação do funcionamento destas CIBs Micro;
- apoiar, acompanhar e monitorar o processo de implantação e sustentabilidade do Pacto pela Saúde no estado;
- disseminar informação de interesse para a gestão municipal de saúde;
- buscar a qualificação da informação para a gestão regional, pois a informação qualificada e com interface amigável para o gestor municipal é fundamental para o monitoramento e a tomada de decisão no espaço Regional, bem como para estimular sua participação.

O Projeto teve início em 26 de maio de 2009, contando com 22 apoiadores descentralizados responsáveis por, no mínimo, dois e, no máximo seis CIB Micro, e dois apoiadores centralizados responsáveis pela coordenação e assessoramento técnico para atuação dos apoiadores descentralizados. Todos os apoiadores descentralizados estão referenciados a presidentes regionais do COSEMS e gestores municipais de determinado território, subsidiando-os nas ações regionais.

As principais atividades dos apoiadores descentralizados são:

- participar de todas as reuniões de CIB Micro e Macro de seu território.
- participar das reuniões mensais do COSEMS Regional.
- participar da reunião da CIB Macro.
- disseminar informações em meio magnético para os municípios do território.
- manter atualizado o banco de dados de cadastro dos gestores do espaço regional.
- participar, quando convocados, das reuniões da CIB e do COSEMS Estadual
- multiplicar a capacitação temática recebida no espaço regional.
- realizar estudos de interesse regional.

Estas atividades dos apoiadores têm o âmbito de atuação regional, que tem aplicação regional e municipal, mas não é atribuição do apoiador o apoio dentro do território municipal. Todos têm orientação de não se manifestar nas reuniões de CIB Micro, cabendo ao presidente regional solicitar sua manifestação.

A vocalização dos gestores é o que se busca nestas reuniões, mas o subsídio técnico é dado pelos apoiadores. Os apoiadores participam ativamente das reuniões de COSEMS Regional e dão subsídios técnicos nestas ocasiões

Estes apoiadores são contratados como prestadores de serviço⁴⁸ e contam com apoio financeiro para realizar despesas com deslocamento, alimentação e hospedagem, quando da realização das atividades requeridas.

Depois de contratados, os apoiadores passaram por capacitação específica ofertada pelo nível central do COSEMS/MG e, antes de iniciarem sua atuação no espaço

⁴⁸ Foram selecionados por empresa terceirizada de recrutamento de pessoal, atendendo aos requisitos de: não possuir vínculo público; ter experiência na área de saúde; ter disponibilidade para viajar pelo menos uma semana por mês e possuir capacidade de liderança, dinamismo e organização.

regional, foram formalmente apresentados em reunião de COSEMS Regional e Estadual, bem como à direção da SRS/GRS específica pela presidência do COSEMS Regional.

Esta apresentação consiste em marcar um horário com a direção da SRS/GRS para explicitar os objetivos do Projeto. Para uniformizar esta informação, foi elaborada uma carta de apresentação assinada pela presidência do COSEMS/MG e pela coordenação das SRS/GRS no nível central da SES/MG. Não obstante o apoio institucional da SES/MG na pessoa do seu Secretário Adjunto⁴⁹, no momento de implantação do Projeto, a área responsável pela coordenação das GRS centralizada no nível estadual desconhecia o alcance da nova proposta. Para que esta carta seguisse assinada pelo COSEMS/MG e pela SES/MG foi necessário o convencimento da coordenação da representação regional da SES, que foi conduzida pelo presidente do COSEMS pessoalmente, de que o Projeto contribuiria com a gestão do SUS/MG no espaço regional.

Ainda para reforçar os objetivos da atuação do apoiador e buscar a parceria da SES/MG ao longo do Projeto, o presidente do COSEMS/MG se reuniu por três vezes com todos os Diretores das SRS/GRS.

Já nas reuniões do COSEMS Regional a apresentação do apoiador foi conduzida pelos presidentes regionais, descrevendo sua atuação no espaço de gestão regional, como se daria o apoio nas reuniões de COSEMS e CIB Micro e CIB Macro.

Desde o início do Projeto, um apoiador foi substituído por motivo de doença; dois outros saíram com menos de dois meses de atuação no início do Projeto por questões particulares e outros dois saíram ao final de 2011 por falta de perfil para atuar na atividade a pedido dos presidentes regionais.

Para subsidiar as atividades dos apoiadores descentralizados, as áreas técnica e de informática do COSEMS/MG desenvolveram um sistema de registro e comunicação digital, estruturado em relatórios que são validados *on line* pelos presidentes regionais:

- Temáticos – preenchidos em todas as reuniões de que participam.
- Mensais – preenchidos com a síntese da atuação mensal.

⁴⁹ Dr. Antônio Jorge de Souza Marques, então Secretário Adjunto de Estado da Saúde, é Secretário de Estado da Saúde desde janeiro de 2011.

- De pactuações nas CIBs Micro e CIBs Macro – relatam as pactuações que vão para a CIB estadual.

O sistema de comunicação do Projeto atua em três níveis, por meio de endereços eletrônicos previamente cadastrados: entre os apoiadores e seu território; dos apoiadores com o seu presidente; e ainda com o nível central do COSEMS.

Outra potente ferramenta de comunicação é o Fórum dos Apoiadores que, por sistema virtual, garante a comunicação ágil entre os apoiadores e a coordenação, possibilitando a troca de experiências entre os territórios, bem como o rápido acesso às ações desencadeadas em cada espaço regional, subsidiando o encaminhamento de soluções pactuadas pela SES e pelo COSEMS em todo o estado de Minas Gerais.

Com um ano de implantação do Projeto, foi realizada uma oficina de trabalho específica, contando com a participação da Diretoria do COSEMS/MG, presidentes regionais do COSEMS, apoiadores descentralizados e equipe do nível central do COSEMS que identificaram como principais avanços do Projeto (JUNQUEIRA e MOTTA, 2010):

- o apoiador fortalece o COSEMS Regional, como facilitador e suporte para atingir os objetivos da atuação regional;
- o apoiador dá condições técnicas aos gestores municipais de participação das reuniões de gestão;
- a atuação do apoiador encoraja os gestores a ser candidato a presidente regional, pois auxilia o presidente nas funções técnico/administrativas que anteriormente eram exercidas pelo mesmo;
- melhoria do fluxo de informações com maiores questionamentos por parte dos gestores;
- melhoria na parte de contribuição financeira para COSEMS;
- viabilizam a integração dos municípios da regional, com aumento do quorum de gestores reuniões;
- disseminação rápida das informações resultando em um poder mais embasado do COSEMS;
- COSEMS mais presente, ativo nos seus fóruns de discussão e mais propositivo;
- apoiador como interlocutor com as GRS e secretários;
- socialização do conhecimento, tirando os técnicos das GRS da “Zona de Conforto”, possibilitando maior participação efetiva das GRS com maior diálogo;
- fortalecimento da consolidação da relação bipartite regional;
- o presidente regional tem tempo disponível para assumir o papel articulador político e apoiador se além ao apoio técnico;
- fortalece a descentralização da área técnica do COSEMS;
- implantação do fórum de discussão dos apoiadores garantindo as informações com maior rapidez;
- fortalecimento dos COSEMS Regionais;
- fortalece a integração SES/COSEMS;
- fortalecimento da capacidade de resposta aos projetos propostos para os espaços regionais;

- aumento de informações aos municípios de menor porte;
- maior mobilização regional;
- presença institucional do COSEMS em todas as reuniões do CGR

Esta mesma oficina de trabalho delineou indicativos de ajuste para a garantia da continuidade do Projeto, revelada pelas ações propostas quanto à garantia da permanência dos apoiadores na estrutura organizativa do COSEMS/MG, propondo discussão da política de contratação, remuneração e estrutura de apoio ao desenvolvimento das atividades inerentes aos apoiadores.(JUNQUEIRA e MOTTA, 2010).

Os presidentes do CONASEMS e do COSEMS/MG destacam que, devido à dimensão do estado de Minas Gerais, a busca de soluções compartilhadas no âmbito das regiões contribui com a criatividade e a solidariedade entre municípios de um mesmo território, portanto a mobilização dos gestores para a troca de experiências e acima de tudo, acabar com o isolamento do gestor municipal por meio de organização de espaços coletivos regionais que possibilitem a capilarização de informação é uma das propostas fortalecidas com o Projeto Apoiador (COSEMS,2011).

A descrição do Projeto Apoiador, tratada neste capítulo, resgata o histórico da iniciativa do COSEMS/MG que é o objeto de análise deste estudo, passando agora para as proposições analíticas que se colocam em tela.

6 PROPOSIÇÕES ANALÍTICAS

A revisão da literatura e da gestão do SUS em Minas Gerais, realizada nos tópicos anteriores permitirá identificar se o Projeto Apoiador, descrito na seção anterior, contribuiu no espaço de gestão regional do SUS/MG no período analisado.

O caminho percorrido até aqui permitiu que, à luz do Federalismo, num processo de descentralização de uma política social, pudéssemos perceber que da coexistência em um mesmo território de distintos níveis de governo deveríamos traçar especial olhar sobre as relações federativas que se dão neste espaço e as possibilidades reais de cooperação para a ação coletiva.

Neste cenário, contextualizado para a gestão regional de saúde no Brasil e especialmente no estado de Minas Gerais, foram elaboradas perguntas afetas a informação e participação como contribuição do Projeto Apoiador desenvolvido pelo COSEMS/MG.

Afeta a temática relacionada à informação, buscaremos aferir se o Projeto dissemina e contextualiza a informação para os gestores no território regional, diminuindo assim a assimetria informacional entre os entes gestores (no mesmo nível e interníveis); se melhora a capacidade administrativa da gestão municipal por trabalhar com informações contextualizadas, portanto, relevantes para a gestão, e se instrumentaliza o gestor municipal em seu posicionamento nas reuniões regionais, rebaixando os custos de transação propiciando a cooperação.

Quanto à temática ligada à participação, buscaremos aferir se o Projeto estimula a participação dos gestores municipais no espaço regional tanto nas CIBs Micro, quanto no COSEMS Regional. O estímulo a esta participação possibilitará a melhor cooperação entre gestores nestes espaços decisórios que, por participarem repetidamente destes fóruns, poderão desenvolver ações mais cooperativas; possibilitará a aglutinação dos gestores municipais para a que atuação do COSEMS Regional tenha reflexo na região, no estado e nacionalmente em suas instâncias de representação.

Para tanto, foi realizada pesquisa descritiva quantitativa com método de procedimento estatístico e técnica de documentação direta com a aplicação de questionários padronizados com alternativas de respostas pré-fixadas aplicados em gestores municipais e profissionais das SRS e GRS que atuam nas CIBs Micro do estado de Minas Gerais.

Para a análise e interpretação dos dados, serão utilizadas tabelas e estatísticas à luz da bibliografia consultada, que compõe o referencial teórico.

A avaliação permitirá a disseminação dos pontos a serem reforçados pelas ações públicas e aquelas em que é necessária uma mudança de rumos, contribuindo ainda para o reforço da cultura de avaliação pelos demais entes gestores do sistema de saúde e possibilitando aprendizado institucional. Buscará também propiciar a melhora da performance das estratégias e pode apontar para possíveis revisões no desenho e na elaboração de proposições de médio e longo prazo nas ações de fortalecimento da gestão intergovernamental.

6.1 A pesquisa e seus resultados

Durante o Seminário “As responsabilidades Municipais e Regionais à luz do pacto pela Saúde”, que aconteceu em Belo Horizonte no período de 28 a 30 de junho de 2011, que contou com a presença de aproximadamente 200 pessoas, que atuam nas CIBs Micro, foi aplicado um questionário estruturado com respostas fechadas e campo final de observações, destacado no Anexo I, para subsidiar a análise de eixos que podem contribuir no espaço de gestão regional a partir da implantação do Projeto Apoiador.

A partir da percepção dos respondentes, os eixos analisados neste trabalho são: Informação e Participação. Além destes eixos, quanto ao perfil do entrevistado, o questionário apura o tempo de atuação na gestão de saúde e ao conhecimento e percepção da atuação do apoiador e também será analisado.

Descartando as respostas nulas ou em branco, foram analisados 159 questionários, sendo 93 respondidos por gestores municipais e 66 respondidos por profissionais da SES/MG que atuam nas CIBs Micro. Com a resposta ao questionário, este grupo de

peças representou 22 das 28 SRS/GRS do estado e 50 das 76 Microrregiões de Saúde , portanto das 76 CIBs Micro existentes à época.

Antes do início das análises, cabe realizar algumas considerações sobre o posicionamento, refletido nas opções fechadas e abertas, pela percepção da gestão estadual que atua no espaço regional.

Em todos os itens analisados esta percepção está muito distante da percepção da gestão municipal. Alguns aspectos podem justificar esta percepção diferenciada, não sendo objeto, neste momento, a avaliação se os mesmos efetivamente podem ter contribuído para a percepção da gestão estadual no espaço regional.

O primeiro aspecto refere-se à estratégia de apresentação dos apoiadores à representação regional da SES/MG. A carta de apresentação assinada pelo COSEMS/MG e SES/MG foi importante para apresentar este novo ator no espaço de atuação regional, mas parece que, para a gestão estadual, no espaço regional, a sua atuação não restou clara, gerando assim uma assimetria de informação importante para profissionais que atuam no mesmo território de gestão regional.

Ligada ao primeiro aspecto, merece destaque que, não obstante o apoio institucional da SES/MG na pessoa do seu Secretário Adjunto, no momento de implantação do Projeto, a área responsável pela coordenação das GRS centralizada no nível estadual, desconhecia o alcance da nova proposta, sendo necessário o convencimento da coordenação da representação regional da SES pelo próprio presidente do COSEMS/MG para que esta carta seguisse assinada pelo COSEMS/MG e pela SES/MG.

Um terceiro aspecto pode estar relacionado com uma situação destacada por Wagner (2006), que aponta que nenhum órgão colegiado, ainda que seu regulamento seja democrático, elimina a diferença de poder acumulado pelos distintos atores sociais: a capacidade de produzir argumentos, de eleger temas prioritários e de influenciar na tomada de decisões reflete o contexto anterior. Assim, a gestão estadual no espaço regional pode estar tendo dificuldade em reconhecer a nova característica de participação dos gestores municipais no espaço de gestão regional do SUS.

Outro aspecto, relacionado ao anterior, refere-se ao da SRS/GRS ser a única instituição com capacidade técnica institucional no espaço regional, até a chegada dos apoiadores, podendo interpretar a proposta como competição e não por cooperação no processo de negociação de assunção de responsabilidades gestoras.

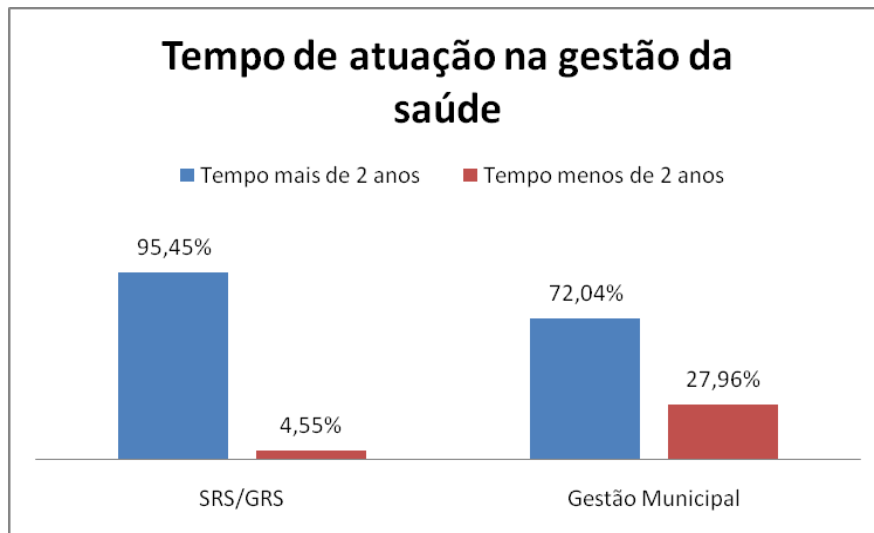
Um último aspecto refere-se à forma de atuação regional. Os apoiadores atuam de forma contributiva/colaborativa com a Instituição COSEMS, já os técnicos das SRS/GRS atuam de forma executiva com a Instituição SES/MG. Isto tem um impacto muito importante na implementação das políticas públicas normatizadas pelo MS e SES/MG pois, enquanto os últimos precisam de autorização normativa de como agir e quando agir, os primeiros disseminam as informações e, a partir do retorno dos municípios, modelam e modulam a ação com o apoio do nível central do COSEMS/MG que tem estrutura menor e mais flexível.

Faremos agora a análise dos dados encontrados que se referem ao perfil do entrevistado.

6.1.1 Perfil do Entrevistado

O perfil do entrevistado, quando analisado o tempo de atuação na gestão de saúde, confirma a necessidade de apoio técnico pela rotatividade dos gestores municipais, pois apenas 4,5% da representação estadual atuam na gestão de saúde há menos de 2 anos, enquanto que, na gestão municipal, 28% dos gestores atuam a menos de 2 anos, situação retratada no gráfico 01 que se segue.

Gráfico 01



Fonte: Questionário. Elaboração própria

Observações feitas por respondentes da gestão municipal e estadual reforçam os dados encontrados.

Observações feitas por respondentes da gestão municipal

- Não foi possível opinar sobre a maior parte das questões porque estou na gestão municipal há apenas 4 meses
- Por motivo de mudança de gestor, mesmo antes já conhecia o trabalho e apoio que o COSEMS oferecia para o município. Hoje como gestora, ainda com um prazo pequeno de responsabilidade municipal, posso notar o comprometimento e participação do projeto apoiador.

Observações feitas por respondentes da gestão estadual

- O apoiador veio facilitar o entendimento de muitos gestores, principalmente os que iniciaram nesta gestão

A rotatividade de gestores municipais impõe estratégia para fortalecer a capacidade técnica e administrativa da gestão municipal das políticas públicas, considerando as competências descritas em toda a legislação do SUS atinente a este assunto, bem como os destaques trazidos por alguns autores.

Arretche (2000) destaca que o escopo da descentralização depende diretamente da continuidade no tempo da implementação de estratégias de indução destinadas a compensar obstáculos derivados da (in)capacidade administrativa dos governos locais. Também destaca que a existência de políticas descentralizadas de saúde supõe a institucionalização de capacidade técnica para garantir uma relativa continuidade no fluxo

de oferta de um dado bem ou serviço e também verificando se um dado nível de governo está organizacionalmente capacitado para o desempenho de uma dada tarefa de gestão.

Souza (2000) destaca que fator importante para a descentralização de responsabilidades é a análise das fortes desigualdades regionais, as quais estão associadas diferentes capacidades administrativas.

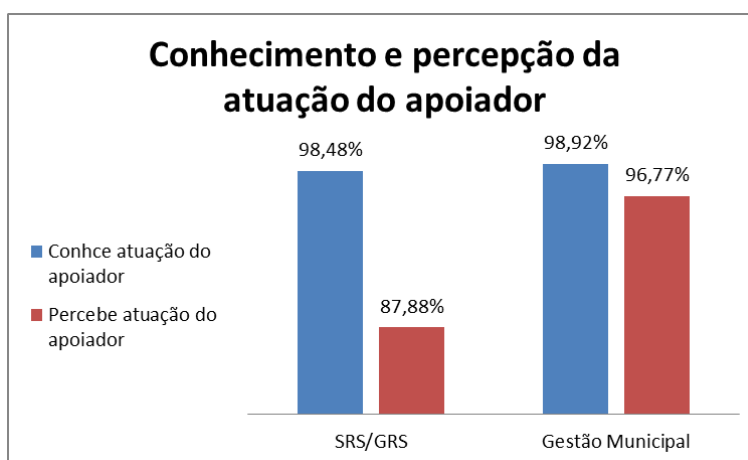
Segundo Viana et al (2002), as análises recentes sobre o processo de descentralização a partir de exemplos setoriais indicam que não há avaliações das diferentes capacidades financeira e administrativa dos municípios para suportar e absorver novas atribuições gestoras.

Na mesma direção afeta à capacidade institucional, Arretche(2000), destaca que, como o Brasil é dotado de uma maioria de municípios de pequeno porte e historicamente dependentes da capacitação institucional dos governos estaduais e federal para a prestação de serviços sociais, o processo de descentralização do Sistema de Proteção Social depende da ação política deliberada dos níveis mais abrangentes de governo.

Para Souza (2005), uma das dificuldades para a implementação do federalismo cooperativo está nas diferentes capacidades dos governos subnacionais de implementarem políticas públicas, dadas as enormes desigualdades financeiras, técnicas e de gestão existentes.

O gráfico 02 reflete se os respondentes conhecem e percebem a atuação do apoiador no espaço regional.

Gráfico 02



Fonte: Questionário. Elaboração própria

Analisando o gráfico acima, é possível verificar que tanto os gestores quanto os profissionais que atuam na SRS/GRS do estado conhecem os apoiadores que atuam em seu território. A distância entre conhecer e perceber os apoiadores para os profissionais das SRS/GRS chega a 10,6% e, já para os gestores municipais, chega a apenas 2,15%.

Observações da gestão municipal registradas no campo aberto sobre o apoiador:

- É necessário que o apoiador tenha PERFIL. Acho que seria interessante pensar num processo “SELETIVO” para verificar o nível de conhecimento sobre “GESTÃO” do SUS e o nível de INTERESSE.
- Necessita de uma pessoa com maior poder de articulação.
- A nossa apoiadora é muito eficiente, atenta aos nossos compromissos.
- O apoiador precisa ter um conhecimento mais apurado sobre as políticas de saúde no âmbito nacional e estadual.
- Gostaria de parabenizar o projeto Apoiador do COSEMS/MG e de agradecer ... nosso apoiador em nossa região. Sua competência muito tem contribuído para fortalecer a gestão nos municípios. Fica clara as mudanças positivas que nos trouxe.
- A nova apoiadora começou a desenvolver um trabalho recente e tem demonstrado grande interesse em colaborar melhor com nossos trabalhos.
- Nosso elemento se apresenta de forma ainda um pouco tímida. Quando demandado está pronto a buscar as soluções, porém em casos espontâneos não se apresenta.

Observações da gestão estadual registradas no campo aberto:

- Nossa apoiadora é muito prestativa, mas por ter iniciado sua vida pública só agora, não tem experiência suficiente para apoiar “tecnicamente” os municípios.Não se manifesta na CIB, mas soube que nas reuniões do COSEMS tem ajudado muito.
- Não foi possível constatar a presença do apoiador nos itens marcados como não.

Quanto à percepção da atuação do apoiador, podemos resgatar a estratégia de apresentação dos apoiadores à representação regional da SES/MG. A carta de apresentação assinada pelo COSEMS/MG e SES/MG foi importante para apresentar este novo ator no espaço de atuação regional, mas parece que para a gestão estadual no espaço regional sua atuação não restou clara. Como a estratégia de apresentação do apoiador nas reuniões do COSEMS Regional foi conduzida pelos presidentes regionais, descrevendo sua atuação no espaço de gestão regional e como se daria o apoio nas reuniões de COSEMS e CIB Micro e CIB Macro, a percepção da atuação do apoiador é mais destacada pela gestão municipal.

A análise deste item aponta que a rotatividade de gestores municipais impõe ao Colegiado de sua representação o desenvolvimento permanentemente de estratégias de impacto municipal e regional para fortalecer a capacidade técnica e administrativa da

gestão municipal das políticas públicas. Como o COSEMS/MG tem no Projeto Apoiador este objetivo, podemos aferir que este Projeto vem ao encontro às necessidades de apoio à gestão municipal.

Faremos agora a análise por eixo: Informação e Participação.

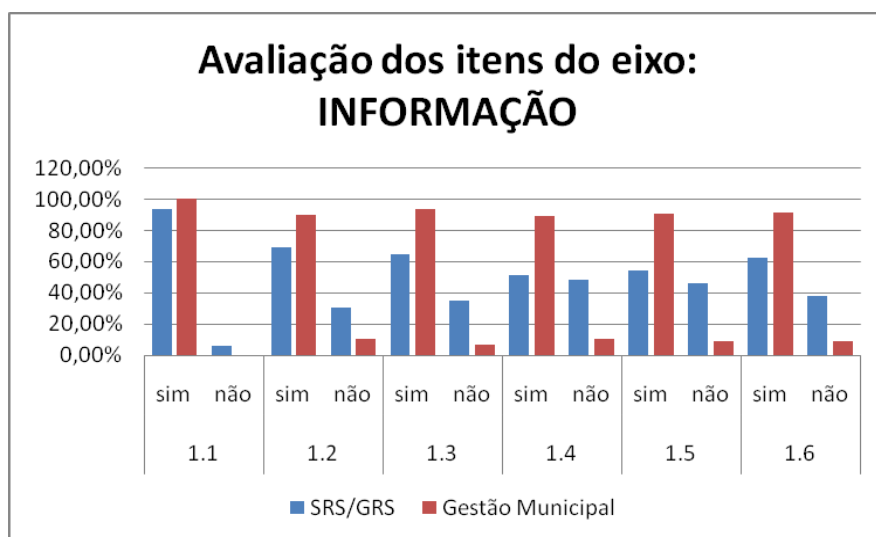
6.1.2 Eixo Informação

No eixo informação foi realizada, com opção de resposta sim ou não, a seguinte pergunta: Na sua percepção, com a atuação do apoiador COSEMS, a informação de interesse da gestão municipal está:

- 1.1 - chegando com mais agilidade aos gestores municipais.
- 1.2 - chegando com mais qualidade para os gestores municipais.
- 1.3 - chegando com mais clareza para os gestores municipais.
- 1.4 - chegando aos gestores municipais contextualizada com as especificidades da região.
- 1.5 - facilitando a argumentação dos gestores municipais nas discussões da CIB Micro
- 1.6 - favorecendo a argumentação do COSEMS Estadual na CIB Estadual.

O resultado de todas estas perguntas do Eixo Informação está refletido no gráfico 03.

Gráfico 03



Fonte: Questionário. Elaboração própria

Destaque especial, neste gráfico, o fato de 100% dos gestores municipais avaliarem que a informação está chegando com mais agilidade aos gestores municipais. Este também foi o item melhor avaliado, com 93,85%, pela representação estadual no espaço regional.

É possível verificar que, em todos os itens, a opinião dos gestores municipais está avaliada positivamente maior ou igual a 89,4% e na visão da gestão estadual maior ou igual a 51,6%.

O item que mereceu a melhor avaliação positiva da gestão municipal após o já destacado item da chegada da informação com mais agilidade, foi o de número 1.3, que se refere à chegada da informação com mais clareza para os gestores municipais. Já pela gestão estadual no espaço regional o item 1.2, que se refere a informação chegando com mais qualidade para os gestores municipais, foi o que teve a melhor avaliação após o item 1.1.

O item que mereceu a pior avaliação pela gestão municipal e também para a gestão estadual no espaço regional, foi o item 1.4, que se refere à informação chegando aos gestores municipais contextualizada com as especificidades da região.

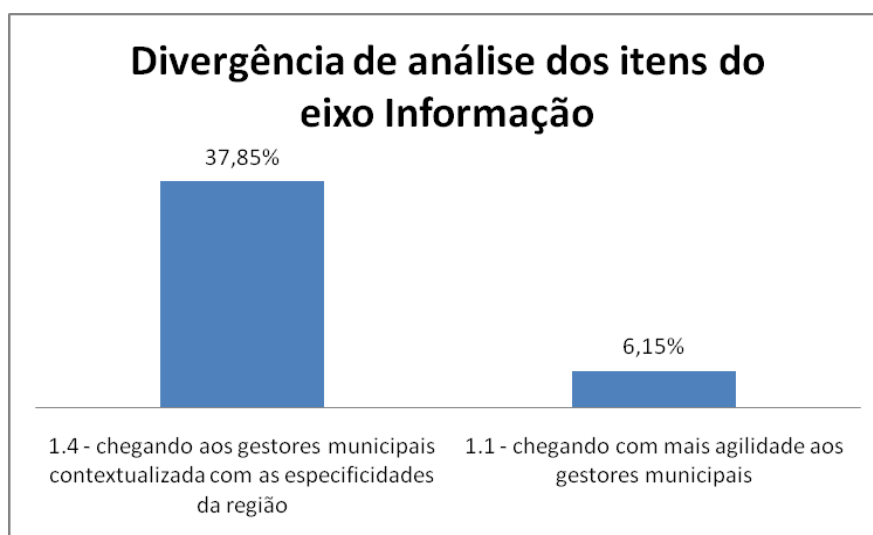
Cabe destacar que, a pior avaliação alcançou 89,4%, que apesar de ser o item pior avaliado, alcança alta aprovação da gestão municipal para contextualizar a informação ao território. A contextualização da informação é ponto importante para a tomada de decisão e este aspecto é apontado por Menicucci (2008) que destaca que, para perceber como a cooperação é ou não produzida, um dos aspectos que deve ser observado no processo de interação estratégica entre os atores é o contexto da ação.

Na mesma direção, como destaca Elster (1994), as oportunidades são objetivas e externas aos agentes. Atuam coercitivamente sobre os mesmos, restringindo o conjunto das ações exequíveis, portanto, passíveis de serem avaliadas e implementadas numa dada situação concreta. Assim a ideia de racionalidade se refere ao comportamento do agente em um ambiente, assumindo uma configuração contextual. Ações vistas como opção racional num dado contexto podem deixar de ser a escolha mais adequada ou sequer estarem abertas à avaliação do agente num ambiente distinto.

A avaliação do contexto também é destacada por Reis (1988) que aponta que a ação racional deve ser vista como ação informada, no sentido de o agente buscar um diagnóstico lúcido da situação, o que supõe capacidade de percepção e interpretação das oportunidades associadas às circunstâncias onde a atuação é desenvolvida. O acesso, controle e processamento de informações instrumentalizam a escolha da alternativa de conduta que o agente considera mais eficaz dentre o espectro de opções compatíveis com seus propósitos e recursos e factíveis com as restrições do contexto.

Os itens que obtiveram maior e menor divergência % nas respostas estão no gráfico 04.

Gráfico 04



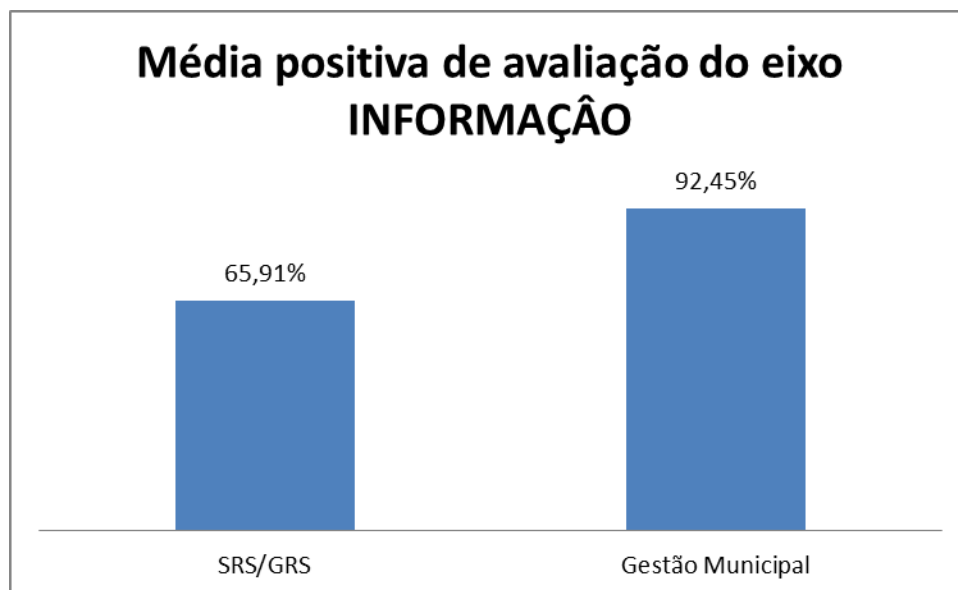
Fonte: Questionário. Elaboração própria

A maior divergência % nas respostas entre os respondentes da gestão estadual e municipal está no item 1.4, pois é possível verificar que a opinião da gestão municipal supera em 37,85% a ótica estadual no espaço regional, que entende que a partir da atuação do apoiador a informação está chegando aos gestores municipais contextualizada com as especificidades da região.

Já a maior convergência % nas respostas está no item já destacado anteriormente referindo-se que a informação está chegando com mais agilidade para a gestão municipal.

A avaliação média positiva de todos os itens do Eixo Informação, do questionário está no gráfico 05.

Gráfico 05



Fonte: Questionário. Elaboração própria

Analisando o gráfico acima é possível verificar que a avaliação média positiva da gestão municipal, no eixo informação, é 26,5% superior a visão da representação estadual no espaço regional, que alcança 92,45% do total de respondentes da gestão municipal e 65,91% de respondentes da gestão estadual.

Alguns relatos na parte aberta do questionário corroboram os números encontrados:

Observações registradas pela gestão municipal:

- Gostaria de registrar uma fala de uma técnica da gestão municipal do pólo macrorregional. “Eu nunca deixo de abrir um e-mail do apoiador, posso deixar qualquer um, mas do apoiador jamais, pois sei que é informação/orientação segura, oportuna, necessária e importante para a gestão para o município.
- Facilita o acesso a informação.
- Resposta em tempo hábil quando solicitado, mas nem sempre esclarecedora.
- Implantação do Fórum + incentivo a divulgação de nossas ações no site do COSEMS+ distribuição da minuta no início das reuniões COSEMS + envio de mensagens pelo celular + responde aos e-mails enviados + divulga ações positivas dos municípios + envio e-mail de assuntos pertinentes à saúde coletiva “notícias”.
- Gostaria de parabenizar o projeto Apoiador do COSEMS/MG e de agradecer ... as informações,de nosso apoiador em nossa região. ... Por meio de suas informações (via e-mail, correio, celular,

Fórum, nas reuniões de CIB e do COSEMS Regional) fica perceptível diversas contribuições. Fica clara as mudanças positivas que nos trouxe.

Observações registradas pela gestão estadual:

- Os apoiadores que atuam na macro Norte são proativos e demonstram bastantes competência, além de levar informações aos municípios de forma mais rápida.
- Nossa apoiadora é muito prestativa...No item informação de resoluções, portarias e outros, ela tem contribuído muito com os municípios. O que sei é apenas repasse destas informações.
- A nossa maior percepção do apoiador acontece no encaminhamento aos municípios das portarias, deliberações, e outros instrumentos normativos.
- Considero que o Projeto Apoiador é extremamente importante para a articulação microrregional e CIB, porém atualmente o nosso apoiador não corresponde ao perfil esperado e parece não ter o entusiasmo e dedicação necessários a essa função.
- O Projeto Apoiador COSEMS considero ser muito bom, mas deveria ter um profissional com perfil mais pró ativo e que já possua conhecimento mais aprofundado na área de atuação junto aos gestores;
- A pessoa que ocupa a função é excelente, dá abertura para todos os assuntos, demonstra interesse, é receptivo, extremamente educado.
- As informações não chegam de forma clara.
- O projeto já apresentou avanços, mas sua atuação ainda pode melhorar. Em alguns aspectos importantes, como é o caso da clareza e qualidade das informações, muitas vezes as ações tornam-se ineficazes com a forma atual do Projeto.
- Acredito que o apoiador atua na divulgação aos gestores de informações importantes.

O reconhecimento da importância da informação para a gestão da área da saúde também é destacada por alguns autores e para o cumprimento da Missão e do Negócio do COSEMS/MG.

Atende a Missão do COSEMS/MG atuando como órgão permanente de informações para seus membros.

Atende ao Negócio do COSEMS/MG de apoio e subsídio para os processos de tomada de decisão da instituição e de todos os gestores municipais de saúde de Minas Gerais, nos espaços decisórios do SUS, buscando a disseminação da informação.

Os presidentes do CONASEMS e do COSEMS/MG destacam que, a capilarização de informação para acabar com o isolamento do gestor municipal por meio de organização de espaços coletivos regionais que possibilitem é uma das propostas fortalecidas com o Projeto Apoiador (COSEMS, 2011). Nesta direção o Secretário de Estado da Saúde de Minas Gerais, Dr. Antônio Jorge de Souza Marques, destaca que o Colegiado vem se apresentando como um forte elo de consenso em torno das prioridades para a

implantação de políticas públicas devendo a comunicação ser eficaz e tempestiva. (COSEMS, 2011)

Menicucci (2008) destaca que para perceber como a cooperação é ou não produzida, é necessário compreender como a informação está disponível no processo de interação estratégica entre os atores. Isso porque o grau de racionalidade da ação dependeria da capacidade dos atores de reunir, avaliar e processar o mais eficientemente possível as informações relevantes.

Cabe aqui novamente cabe destacar Reis (1988), não com ênfase no contexto, mas na importância da informação. O autor destaca que a ação racional deve ser vista, como ação informada, no sentido de o agente buscar um diagnóstico lúcido da situação, o que supõe capacidade de percepção e interpretação das oportunidades associadas às circunstâncias onde a atuação é desenvolvida.

O acesso, controle e processamento de informações instrumentalizam a escolha da alternativa de conduta que o agente considera mais eficaz dentre o espectro de opções compatíveis com seus propósitos e recursos e factíveis com as restrições do contexto. Carneiro (2000) também concluiu que se ação racional é ação informada, torna-se possível argumentar, que quanto mais informado e, conseqüentemente, quanto mais lúcido for o diagnóstico da situação que conforma o quadro de referência da ação, maior o grau de racionalidade envolvido no comportamento do ator. Com informação disseminada com agilidade, qualificada e contextualizada, esta passa a ser um recurso importante para a ação da gestão municipal.

Ainda reportando a Reis (1988) a questão de selecionar dentre as alternativas de conduta ao alcance do indivíduo aquela que se configura como a mais indicada vai ser resolvida analiticamente através do recurso à ideia de eficiência. Pois o autor destaca que o modelo analítico da escolha racional inclui a preocupação com a eficiência pois, ao articular os recursos disponíveis com o intuito de alcançar os objetivos a que se propõe, o agente procura a melhor forma possível para sua realização. A orientação no sentido da eficiência constitui, como afirma o autor, elemento indispensável para a caracterização da ação como racional.

A análise deste item, considerando a importância da informação para os gestores no espaço regional, como acima destacado pela literatura e percebido pelos gestores, pode apontar que neste eixo houve contribuição do Projeto no espaço de gestão regional, bem como para a atuação dos gestores municipais no espaço estadual de gestão do SUS. A diminuição da assimetria informacional entre os entes gestores pode ser aferida como resultado alcançado pelo Projeto, na medida em que 100% dos entrevistados da gestão municipal afirmam que em sua percepção, a informação está chegando com agilidade.

A disseminação, qualificação e contextualização da informação, rebaixam os custos de transação para a ação coletiva no espaço regional de gestão, propiciando aos gestores municipais de saúde uma postura de cooperação e de racionalidade nos espaços regionais com posicionamento eficiente a frente da gestão, destacando assim a contribuição do Projeto Apoiador.

6.1.3 Eixo Participação

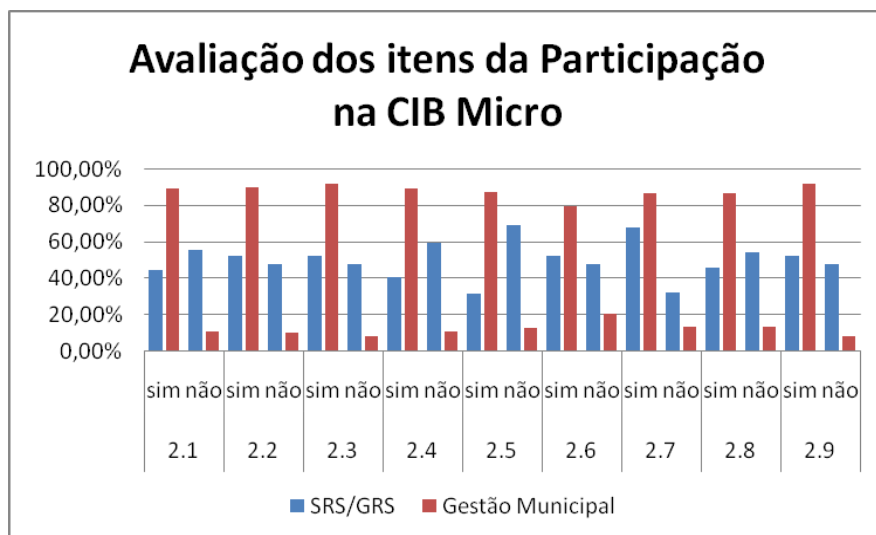
A análise da participação foi dividida em dois espaços: participação na CIB Micro e participação no COSEMS Regional.

No eixo participação da CIB Micro foi realizada , com opção de resposta sim ou não, a seguinte pergunta: Na sua percepção, a partir da atuação do apoiador COSEMS, a participação da gestão municipal na CIB Micro está:

- 2.1 - mais segura na argumentação.
- 2.2 - refletindo o olhar municipal sobre os temas tratados.
- 2.3 - favorecendo a inserção de itens de pauta de interesse regional.
- 2.4- estimulando a presença de maior número de municípios frequentes.
- 2.5 – estimulando a vocalização dos gestores presentes nas discussões.
- 2.6 – favorecendo a formalização de compromissos intergovernamentais voltados para a solução de problemas loco-regionais.
- 2.7-fortalecendo a gestão bipartite (SES/COSEMS) das políticas públicas regionais.
- 2.8-contribuindo para a regularidade mensal das reuniões da CIB Micro.
- 2.9– contribuindo para o entendimento do papel do gestor municipal na reunião.

O resultado de todas estas perguntas do Eixo Participação na CIB Micro está refletido no gráfico 06.

Gráfico 06



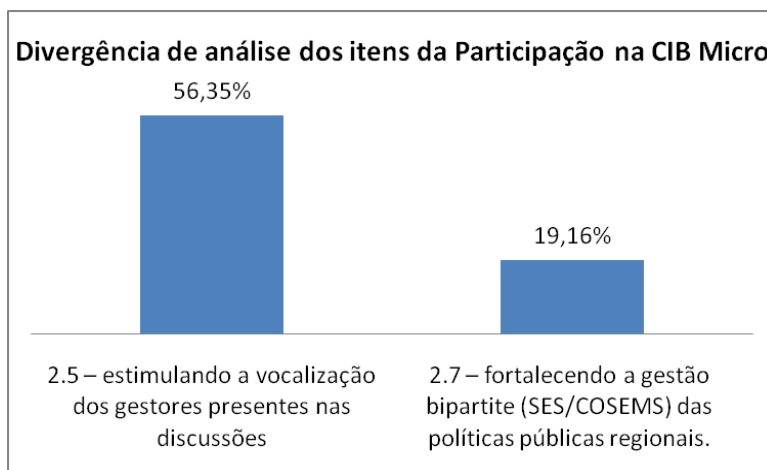
Fonte: Questionário. Elaboração própria

É possível verificar que em todos os itens a opinião dos gestores municipais está avaliada positivamente maior ou igual a 80% e, na visão da gestão estadual, maior ou igual a 30%. O item que mereceu a pior avaliação positiva pela gestão municipal foi o de número 2.6, que se refere à contribuição do apoiador favorecendo a formalização de compromissos intergovernamentais voltados para a solução de problemas loco-regionais. Já pela gestão estadual no espaço regional o item 2.5 foi o pior avaliado, que se refere à atuação do apoiador para estimular a vocalização dos gestores presentes nas discussões.

O item que mereceu a melhor avaliação positiva da gestão municipal foi o de número 2.9, que se refere à contribuição do apoiador para o entendimento do papel do gestor municipal na reunião. Já pela gestão estadual no espaço regional o item 2.7, que se refere à atuação do apoiador para fortalecer a gestão bipartite das políticas públicas regionais, foi o que teve a melhor avaliação.

Os itens que obtiveram maior e menor divergência % nas respostas estão no gráfico 07.

Gráfico 07



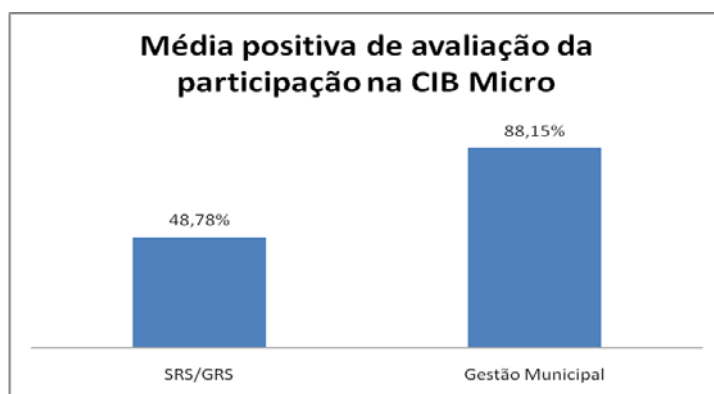
Fonte: Questionário. Elaboração própria

A maior divergência % nas respostas entre os respondentes da gestão estadual e municipal está no item 2.5 pois é possível verificar que a opinião da gestão municipal supera em 56,35% a ótica estadual no espaço regional, que entende que a partir da atuação do apoiador a vocalização dos gestores está mais estimulada.

Já a maior convergência % nas respostas está no item que identifica um maior fortalecimento da gestão bipartite das políticas públicas regionais.

A avaliação média de todos os itens do Eixo Participação, do questionário é apresentado no gráfico 08.

Gráfico 08



Fonte: Questionário. Elaboração própria

Analisando o gráfico 8 é possível verificar que a avaliação média positiva da gestão municipal é quase 40% superior a visão da representação estadual no espaço regional, que alcança 88,15% do total de respondentes da gestão municipal e 48,78% de respondentes da gestão estadual.

Cabe destacar os itens 2.4 e 2.8 que demonstram que, para mais de 80% da gestão municipal, o projeto está estimulando a presença mais frequente de gestores municipais e a regularidade das reuniões da CIB micro. Este fato favorece a cooperação segundo Menicucci (2008), que aponta que em situações em que o jogo se repete ou quando os indivíduos têm a possibilidade suficientemente grande de se encontrar, é possível a cooperação, pois quando se joga repetidamente, a participação de um depende do que façam os demais. Os membros de um grupo podem aprender a colaborar, desde que todos cooperem, ou seja, em situação em que se siga uma estratégia condicionalmente cooperativa, baseada na reciprocidade. Ainda segundo a autora as comissões intergestores micro e macrorregionais favorecem a cooperação ao propiciar a interação repetida e continuada entre todos os municípios integrantes de uma região.

Nesta direção, também Carneiro (2000), aponta que repetição reflete na interdependência das decisões, e o comportamento do ator adquire configuração de ação estratégica: o processo decisório deve levar em consideração também os interesses e a conduta dos demais atores. As decisões são feitas em função de um conjunto de oportunidades e constrangimentos que expressam as opções abertas ao indivíduo, que por sua vez, é constrangido, e mesmo modelado, pelo conjunto de oportunidades dos outros na sociedade.

Como destacado no item anterior, afeto ao eixo informação, o fato do Projeto contribuir com o acesso e processamento de informações contextualizadas, portanto relevantes para a gestão municipal, reforça o estímulo à participação, por rebaixar os custos de transação inerentes ao processo de cooperação para a ação coletiva.

Diversos autores e dispositivos legais destacam a importância deste espaço de gestão que se configura no SUS e a consequente participação da gestão municipal neste espaço.

Viana et al (2010) destacam que a regionalização envolve mudanças na distribuição do poder e a necessidade de estabelecimento de um sistema de inter-relações entre diferentes atores no espaço geográfico, incluindo a criação de novos instrumentos de integração e gestão de uma rede de ações e serviços de saúde no território. Destacam ainda que a regionalização precisa estar respaldada por um arranjo institucional que possibilite a negociação política dos diversos atores que atuam no processo de regionalização, sendo as CIBs implantadas em 1993, instância de negociação governamental de apoio a este processo. As CIBs também podem favorecer a relação intergovernamental positiva destacada por Abrucio (2006) e Viana e Lima (2007), necessária para o fortalecimento da descentralização de políticas públicas.

Na lei 8080 e nos demais dispositivos normativos, é destacada a competência da direção municipal do SUS de participar do planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do SUS, em articulação com sua direção estadual. Destacada novamente no Pacto pela Saúde, dentre as responsabilidades na regionalização, descritas como obrigatória para os municípios, está a atribuição de participar dos colegiados de gestão regionais, cumprindo suas obrigações técnicas e financeiras.

A importância da atuação da Comissão Intergestora Regional e conseqüentemente do estímulo à participação dos gestores municipais na CIB Micro é também reforçada por Menicucci (2008), que ressalta que a criação de “arenas federativas” do SUS, assim podendo ser consideradas as instâncias de pactuação de âmbito micro e macro regional, com a participação de todos os municípios, pode ser um mecanismo para forçar os atores a compartilhar decisões e tarefas e ainda favorecer uma conduta baseada na negociação.

Para Arretche (2004), tais comissões funcionam como um mecanismo de contrapeso à concentração de autoridade conferida ao Executivo federal e esta estrutura institucional para a coordenação das políticas nacionais pode ser utilizada para alcançar os objetivos desejáveis.

Segundo Abrucio (2005), a descentralização requer um projeto nacional e a construção de novas capacidades do próprio governo federal, que deve estar pronto para

o exercício do papel de coordenador. A coordenação federativa consiste nas maneiras de integração, compartilhamento e decisão presentes nas federações que se expressam entre outras formas em fóruns e mecanismos políticos de negociação intergovernamental.

Papel também reconhecido das CIBs é destacado para fortalecer a descentralização, pois a descentralização em sistemas federativos tem peculiaridades que não podem ser desconsideradas. Segundo Almeida (2001) deve ser analisado *o caráter* necessariamente negociado e demorado do processo de transferência de responsabilidades. Aponta ainda outros fatores importantes para a descentralização de responsabilidades destacados por Abrucio e Costa (1998), com ênfase na formação de instâncias intergovernamentais de planejamento, coordenação e avaliação, as quais conforme o escopo da política, poderiam tanto integrar horizontalmente governos da mesma esfera, quanto verticalmente governos de esferas distintas.

Abrucio (2007) aponta que a gestão pública brasileira depende, acima de tudo, de construir coalizões. O autor segue apontando que um dos eixos estratégicos para a modernização do Estado diante dos desafios do século XXI é a efetividade e destaca que, no campo da coordenação, a efetividade das políticas públicas depende muito do entrosamento entre os níveis de governo, uma vez que os entes locais executam as ações, mas precisam de colaboração horizontal e vertical para ter sucesso e, na maioria das vezes, há poucos incentivos institucionais a seu favor. Aponta ainda que nas áreas em que as relações intergovernamentais são mais azeitadas, as políticas geralmente são mais bem sucedidas destacando como exemplo de sucesso a área da saúde.

Wagner (2006) reforça que a descentralização modificou as relações de poder do sistema público de saúde do Brasil, trazendo os municípios para o cenário onde se tomam decisões, passando a vivenciar uma experiência inédita de gestão compartilhada entre entes federados. Não há tradição no país de negociação sistemática entre União, estados e municípios, tampouco há tradição quanto ao funcionamento de órgãos colegiados permanentes e com poder deliberativo, inclusive sobre a alocação de recursos financeiros, conforme é o caso das Comissões Intergestoras.

Segundo Viana e Lima (2007), as CIBs vêm se tornando para os municípios a garantia de informação e atualização dos instrumentos técnico-operativos da política de saúde, de implementação dos avanços na descentralização do sistema de saúde e de fiscalização das ações do estado na defesa de seus interesses, portanto o maior estímulo a participação destas instâncias é contribuição inegável do Projeto.

Abrucio (2005,2006) também já apontava que a descentralização exige a construção de capacidade político-institucionais em todos os entes. Todas as esferas de governo devem desenvolver instrumentos e uma cultura política vinculada às relações intergovernamentais, onde todos os entes subnacionais têm seu papel. Segundo o autor as relações intergovernamentais referem-se à coordenação federativa e devem ser capazes de manter o controle mútuo e a negociação como bases da Federação, vinculadas a um equilíbrio entre competição e cooperação. A cooperação se estabelece por mecanismos de parceria aprovados pelos envolvidos e é fundamental para otimizar a utilização de recursos comuns; para auxiliar governos menos capacitados para a realização de determinadas tarefas; para evitar o jogo de empurra entre os entes; no combate a comportamentos financeiros predatórios e na disseminação de informações sobre fórmulas administrativas bem-sucedidas.

A probabilidade de êxito na obtenção de resultados cooperativos guarda relação com a capacidade de as instituições sob as quais os indivíduos interagem rebaixarem os custos de transação e as incertezas quanto ao que esperar no tocante às condutas a serem adotadas pelas partes relevantes à negociação. A esse respeito, cabe destacar, como mencionado anteriormente, que a cooperação tende a ser favorecida em transações que se reiteram no tempo, as quais provêm informações sobre os comportamentos pretéritos das partes implicadas no acordo, permitindo, em particular, a construção de reputações quanto à confiabilidade na observância dos compromissos acordados. Por sua vez, a estabilidade dos arranjos negociados guarda relação com sua eficiência no cumprimento das funções para as quais foram criados, que gera efeitos de *feedback* no sentido de reforçar a disposição a cooperar dos indivíduos, para além,

inclusive, do acordo originalmente celebrado, com a inclusão de novos temas na agenda.(CARNEIRO, BRASIL 2011)

Ainda segundo Menicucci (2008), mecanismos de parceria aprovados pelos entes federativos, como regras legais que obriguem os atores a compartilhar decisões e tarefas, respeito mútuo e a negociação no plano intergovernamental, são essenciais para o equilíbrio das formas de cooperação e competição.

Os aspectos acima destacados à luz da literatura percorrida neste trabalho sobre a importância do funcionamento adequado da CIB Micro como mecanismo de coordenação e cooperação pretendeu reforçar que esta instância é fundamental para a implementação do SUS. Logo, o melhor funcionamento da CIB Micro colabora para um melhor funcionamento do SUS. Reconhecido o papel desta instância podemos analisar que o estímulo propiciado pelo Projeto Apoiador a participação efetiva dos gestores municipais na CIB Micro têm direta ligação com a melhoria da capacidade de governo no espaço regional.

A contribuição do Projeto Apoiador para a participação da gestão municipal na CIB Micro foi avaliada positivamente por 88,15% dos respondentes municipais, espelhando o reconhecimento da gestão municipal sobre esta contribuição efetiva a partir da implantação do Projeto, qualificando a participação dos gestores e estimulando sua participação.

Interessante destacar que a melhoria da participação dos gestores municipais nesta instância da pactuação, CIB Micro, era um dos propósitos iniciais do Projeto, que na visão dos gestores municipais foi amplamente alcançado. Com a avaliação positiva deste item, podemos inferir que o Projeto contribui para a qualificação da negociação dos gestores municipais, fortalecendo as CIBs como instância em que acontecem as relações intergovernamentais “mais azeitadas”⁵⁰ para a implementação do SUS em Minas Gerais.

Antes de concluir a análise deste eixo, cabe aqui trazer a contribuição de Wagner (2006) que aponta que nenhum órgão colegiado, ainda que seu regulamento seja democrático, elimina a diferença de poder acumulado pelos distintos atores sociais: a

⁵⁰ Utilizando a expressão de ABRUCIO (2007)

capacidade de produzir argumentos, de eleger temas prioritários e de influenciar na tomada de decisões reflete o contexto anterior. Assim a avaliação negativa da gestão estadual no espaço regional pode estar refletindo a dificuldade em reconhecer a nova característica de participação dos gestores municipais que, na ótica municipal, está mais segura na argumentação, está refletindo o olhar municipal sobre os temas tratados, está favorecendo a inserção de itens de pauta de interesse regional, está estimulando a vocalização dos gestores presentes nas discussões, está favorecendo a formalização de compromissos intergovernamentais voltados para a solução de problemas loco-regionais e está fortalecendo a gestão bipartite (SES/COSEMS) das políticas públicas regionais.

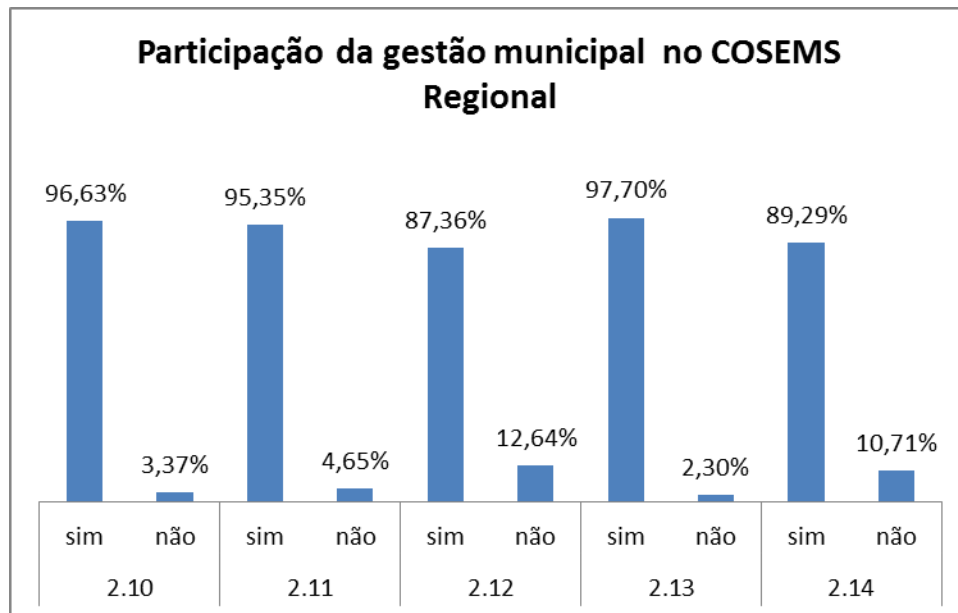
No eixo participação do COSEMS Regional, os respondentes estaduais que atuam no espaço regional foram dispensados de responder a estes itens, por não integrarem a composição da reunião do COSEMS Regional. Já os gestores municipais, com opção de resposta sim ou não, responderam a seguinte pergunta:

Na sua percepção, com a atuação do apoiador COSEMS, a participação da gestão municipal nas reuniões de COSEMS Regional está:

- 2.10 - mais propositiva.
- 2.11 – mais contextualizada com as especificidades da região.
- 2.12 – contando com maior número de municípios frequentes.
- 2.13 – fortalecendo o COSEMS Regional.
- 2.14 – contextualizando as regiões na argumentação do COSEMS Estadual.

O resultado de todas estas perguntas do Eixo Participação no COSEMS Regional está refletido no gráfico 09 que se segue.

Gráfico 09



Fonte: Questionário. Elaboração própria

Analisando o gráfico acima, podemos verificar que 97,70% dos gestores municipais apontam que a partir da atuação do apoiador houve um fortalecimento do COSEMS Regional. O item pior avaliado pelos gestores, mas mesmo assim com patamar muito positivo de avaliação em 87,36% refere-se ao aumento da frequência dos participantes na reunião do COSEMS Regional.

A literatura e as diretrizes de mobilização dos Secretários Municipais de Saúde corroboram com os dados encontrados.

Na revista do COSEMS, 2011, os presidentes do CONASEMS e do COSEMS/MG destacam que, devido à dimensão do estado de Minas Gerais, a busca de soluções compartilhadas no âmbito das regiões contribui com a criatividade e a solidariedade entre municípios de um mesmo território, portanto a mobilização dos gestores para a troca de experiências e acima de tudo, acabar com o isolamento do gestor municipal por meio de organização de espaços coletivos regionais que possibilitem a capilarização de informação é uma das propostas fortalecidas com o Projeto Apoiador. Também em seu depoimento, o Secretário de Estado da Saúde de Minas Gerais destaca que o COSEMS/MG tem papel fundamental na mobilização dos municípios (COSEMS, 2011)

A Carta de Gramado, em sua décima quinta diretriz, aponta que o CONASEMS tem a orientação emanada do encontro Nacional de Secretários Municipais de Saúde em 2010 de fortalecer os COSEMS, visando à qualificação da sua atuação política nos espaços de pactuação, e estabelecer linhas de financiamento que possibilitem o adequado desempenho de suas atribuições. Na mesma direção podemos apreender que, ao COSEMS Estadual, cabe fortalecer a sua representação regional. Este fortalecimento está refletido no alto grau de avaliação positiva afeto a participação da gestão municipal no COSEMS Regional incentivada pelo Projeto Apoiador.

Menicucci (2008) destaca que o grau de racionalidade da ação depende da capacidade dos atores de reunir, avaliar e processar o mais eficientemente possível as informações relevantes.

Wagner (2006) destaca que a descentralização modificou as relações de poder do sistema público de saúde do Brasil, trazendo os municípios para o cenário onde se tomam decisões. O autor também destaca que ao estabelecer que o município é a direção única do sistema local e que, deve executar direta ou indiretamente a prestação de serviços, a capacidade dos municípios de intervir sobre a política pública de saúde em cenários institucionais está bastante ampliada. Aponta ainda que, como consequência, obrigou secretários de estaduais e municipais a se organizarem em Associações, que necessitam de um funcionamento dinâmico e complexo para construir consensos ou tomar decisões que serão, posteriormente, apresentadas nas comissões e conselhos. No caso em tela, a organização do COSEMS Regional, que depois refletirá no COSEMS Estadual e por conseguinte no CONASEMS. Este fortalecimento permite um posicionamento de acordo com os interesses e realidades locais no espaço de gestão regional, estadual e nacional.

Cabe destacar a contribuição de Arretche (1996) quando aponta que é no plano dos municípios que ocorre hoje um expressivo processo de inovação política (as chamadas “novidades vindas de baixo”) bem como Abrucio (2006) que destaca a importância da disseminação de informações sobre fórmulas administrativas bem-sucedidas . A reunião de COSEMS Regional permite a troca de experiência entre os gestores, bem como que a

organização institucional do COSEMS Estadual possa disseminar e viabilizar estas “novidades vindas de baixo”.

Arretche (1996) ainda alerta que, com relação aos programas sociais, a inexistência de um programa nacional implica também que, dado que não há formalmente um novo arranjo, não é de todo descartável que uma eventual re-centralização possa ocorrer, se os fatores (ou parte deles) que geram a crise das capacidades estatais do governo federal se alterarem e se as equipes governamentais tiverem tal orientação e competência política para realizá-la. Cabe aqui alertar para a importância do fortalecimento institucional do COSEMS para refletir e acompanhar as demandas de implementação do SUS junto ao CONASEMS e na CIT.

Destacamos a contribuição ao fortalecimento do COSEMS Regional utilizando as definições de Carneiro, Brasil (2011) a luz do neoinstitucionalismo da escolha racional. Este tem uma concepção geral de instituição entendida como “regras do jogo e adere a uma perspectiva analítica que enfatiza a orientação no sentido do cálculo estratégico concernente à seleção da alternativa de conduta que expressa o melhor resultado. Nesta perspectiva, as instituições fornecem informações acerca dos demais atores envolvidos na interação e seus repertórios de estratégias, permitindo a avaliação dos produtos resultantes da combinação das escolhas que fazem ou podem fazer. Assim à luz desta contribuição podemos verificar que, a regularidade e presença de maior número de gestores municipais nas reuniões de COSEMS Regional conferem maior probabilidade de conhecimento e fortalecimento da ação dos gestores municipais no espaço regional e por conseguinte na instituição estadual que os representa.

É possível verificar que a avaliação média positiva dos itens que avaliam a participação na reunião do COSEMS Regional é de 93,26%, apontando que também neste aspecto, os gestores municipais reconhecem que a partir da atuação dos apoiadores COSEMS houve contribuição na mobilização dos gestores para a troca de experiências, que esta estratégia desenvolvida pelo COSEMS/MG fortalece a sua representação regional, que depois refletirá no COSEMS Estadual e por conseguinte no CONASEMS. Este

fortalecimento permite um posicionamento de acordo com os interesses e realidades locais no espaço de gestão regional, estadual e nacional.

Cabe destacar aqui que um dos objetivos iniciais do Projeto era exatamente aglutinar os municípios novamente em seus COSEMS Regionais e com isto fortalecer a atuação do COSEMS Estadual. Com os números apresentados, o Projeto Apoiador se confirma como uma estratégia de aglutinação dos COSEMS Regional que foram fragmentados em diversas CIBs Micro dentro de seu território de abrangência desde 2004. Importante lembrar que a fragmentação do COSEMS Regional em várias CIBs Micro impacta diretamente da presença do gestor na reunião de COSEMS Regional, pois o encontro presencial dos gestores está disperso nas reuniões de CIB Micro que acontecem em vários pontos do território de um mesmo COSEMS Regional. Esta reunião presencial impacta no grau de racionalidade da ação que depende da capacidade dos atores de reunir, avaliar e processar o mais eficientemente possível as informações relevantes. No projeto, a comunicação do COSEMS Regional é sempre por meio virtual, mas tem poder limitado para estimular a presença física dos gestores à reunião regional do COSEMS.

Na percepção municipal, no eixo participação, analisando tanto a participação na CIB Micro e COSEMS Regional a avaliação alcança 89,97%, avaliação muito positiva quanto à contribuição do Projeto Apoiador para a participação do gestor municipal nas instâncias de gestão regional.

Destacamos agora algumas observações descritas no campo aberto do questionário, afetas ao eixo participação que ilustram os números e argumentação encontrada na literatura acima descrita:

Observações registradas pela gestão municipal:

- O Projeto Apoiador é uma experiência exitosa e fortaleceu as ações do nosso COSEMS
- As reuniões do COSEMS Regional está sendo mais esclarecedora e apoiadora do que as CIBs Micro.
- Na minha percepção, o projeto apoiador é interessante e necessário. É a presença do COSEMS “mais próximo”. É uma assessoria. Temos que avançar.
- + presente 100% às reuniões.
- Poderia ser feito por técnicos (SES/COSEMS) central, um diagnóstico de funcionamento das CIBs Regionais (CGR), pois às vezes não conseguimos nem falar nas reuniões, por diversos fatores, sentimos que os assuntos de difícil entendimento são direcionados nas reuniões, para discutir nas reuniões de COSEMS regional e não na CIB. (são assim colocados pelos técnicos e diretor da GRS).

- ...atualmente e principalmente por parte da SRS há uma concorrência com o apoiador, pois a SRS parece que não entende o papel de elo deste com os municípios e em virtude disto há falhas na comunicação, ao mesmo tempo o apoiador não deixa de ser um grande colaborador.
- É sem dúvidas uma das melhores ações desenvolvidas com finalidade de fazer política pública de saúde de forma regionalizada.

Alguns relatos da gestão municipal refletem a necessidade de rever a forma de contratação e de ampliar o escopo de atuação do apoiador para além das atividades de cunho regional, passando a atuar em ações de atuação dentro do território municipal.

- O Projeto é inovador e imprescindível hoje. Auxilia, colabora e “apóia” as ações municipais. Acredito que tem e pode avançar ainda mais nas questões regionais.
- Considero o projeto apoiador do COSEMS de extrema importância para o município, mas há a necessidade que ele se torne mais dinâmico, participativo e efetivo na colaboração para esclarecimentos nas ações de gestão em saúde dos municípios.
- Talvez eu não considere o papel do apoiador tão bom, tão atuante, por falta de uma busca ativa maior ainda, mas destaco que nas poucas vezes que o procurei, ele foi muito importante. A pergunta é, devo ir mais a ele ou ele deve aparecer mais?
- Sugiro que o projeto apoiador, evolua no sentido de alcançar o município dentro de suas fronteiras, com contatos mais frequentes e próximos.
- O Projeto Apoiador é Fantástico, porém acredito que poderá melhorar um pouco mais a partir da forma de contratação do mesmo. Entendo que seleção pública ou concurso, bem como o regime ao qual o apoiador deverá ser lotado, se celetista ou estatutário, visando minimizar os riscos de passivo trabalhista ao COSEMS/MG.

Observações registradas pela gestão estadual:

- Nossa apoiadora Não se manifesta na CIB, mas soube que nas reuniões do COSEMS tem ajudado muito.
- Gostaria que o apoiador tivesse uma vivência mais articulada com os técnicos das SRS e GRS para contextualizar melhor com os municípios e seus gestores, fazendo com que as reuniões de CIB tivesse uma comunicação e conseqüente discussão mais afinada e coesa, e percebo que o papel do apoiador é também articular com os municípios este fortalecimento.
- Seria interessante o apoiador trabalhar “mais perto” da Superintendência –talvez fosse possível até reservar um “lugar” na regional para ele trabalhar – para que as ações fossem mais integradas.
- O apoiador, no olhar da regional tem participado somente das reuniões de CIB Micro. Por estar sediado em Patos de Minas, chega no início da reunião e retorna ao final.
- A participação do apoiador nas reuniões de CIB é importante e válida, entretanto, observo que alguns gestores tem “passado” suas responsabilidades para o COSEMS, deixando de participar ativamente das reuniões de CIB como espaço para negociação e busca da qualidade em saúde na microrregião. Outro ponto importante são as reuniões de COSEMS Regional, é importante que definam melhor o foco, pois em alguns momentos é uma antecipação ou repetição dos assuntos discutidos na CIB micro. É importante somarmos esforços SES/COSEMS pois temos os mesmos objetivos.
- Não se percebe mudança nas atitudes e comportamentos dos gestores nas reuniões de CIB microrregional.
- O apoiador é de suma importância na parceria com a SRS, fortalecendo as micros.
- Eu acho que para nós que somos da gestão estadual, não ficou muito claro esse projeto “Apoiador do COSEMS”. Não ficou claro qual é o papel do apoiador do COSEMS. Tem coisas que precisam de uma boa discussão mais ampliada estado x COSEMS.
- Quando ocorre uma competição com os técnicos das SRS e GRS, ele ocorre, a meu ver, de forma positiva, pois provoca mudanças nos processos de trabalho dos técnicos regionais. Quanto à gestão

microrregional, eles tem um papel de provocadores para contribuir e fortalecer a gestão na micro, contudo, a atuação dentro de um processo pro ativo deve partir dos gestores. Estes, estão num momento incipiente.

- Necessitamos melhor entender qual o verdadeiro papel do apoiador para entendermos sua atuação.
- Seria de bom tom que o COSEMS esclarecesse qual o real papel do apoiador, pois se é proposta de suporte às regiões municipais, deveriam ser mais atuantes nas CIBs, dar mais suporte aos municípios, e não só ficar participando das reuniões das CIBs (apenas presencial) e mandando e-mails de resoluções, portarias, etc...para os municípios.
- É difícil opinar nas questões acima, porque não tenho conhecimento sobre a função do apoiador.
- Não tenho conhecimento o bastante do projeto apoiador, porém não vejo avanço na nossa região com este projeto, acho que precisa melhorar.
- Precisamos aprofundar mais o entendimento do Projeto Apoiador.

Ao analisarmos os resultados aferidos nos eixos informação e participação, especialmente na percepção da gestão municipal, foco especial da atuação do Projeto Apoiador, podemos verificar que a informação está mais contextualizada, permitindo o rebaixamento dos custos de transação, estimulando uma ação mais negociada e cooperativa nos espaços regionais de gestão. O maior comprometimento na participação das CIBs Micro e COSEMS Regional sinaliza importante contribuição do Projeto Apoiador para a mobilização e aglutinação regional dos gestores municipais, contribuindo para a implementação da política pública de saúde no espaço regional, estadual e nacional.

7 CONCLUSÕES

A governabilidade desejada para o setor Saúde se expressa por meio de sua capacidade de ampliar o acesso da população às ações e serviços assistenciais e, também, às estratégias de prevenção e promoção da saúde. A provisão de políticas públicas é marcada por um debate permanente entre interessados e provedores. Os municípios aparecem nos dois eixos, sendo, ao mesmo tempo, interessados na execução das políticas de interesse comum e responsáveis, consoante o que lhes é atribuído por determinação constitucional, em prover oferta de serviços à população.

A descentralização modificou as relações de poder do sistema público de saúde do Brasil, trazendo os municípios para o cenário onde se tomam decisões. Os gestores municipais de saúde precisam de reforço vertical e horizontal para desenvolver as capacidades técnico/administrativas requeridas para a efetivação da gestão do sistema público de saúde no âmbito municipal e regional.

Os resultados obtidos com a aplicação do instrumento de pesquisa reforçam este argumento. Quando analisado o tempo de atuação do gestor na gestão de saúde, fica confirmada a necessidade de apoio técnico pela rotatividade dos gestores municipais. A rotatividade de gestores municipais aponta ao COSEMS/MG que realmente mantenha estratégias como esta do Projeto Apoiador, para fortalecer a capacidade gestora municipal das políticas públicas, considerando as competências descritas em toda a legislação do SUS atinente a este assunto, bem como os destaques trazidos por alguns autores.

Destaque especial ao resultado da pesquisa de que de 100% dos gestores municipais avaliaram que a informação está chegando com mais agilidade aos gestores municipais e este também foi o item melhor avaliado, com 93,85%, pela representação estadual no espaço regional. Considerando também que este era um dos principais objetivos do Projeto, levar este recurso para subsidiar a ação informada dos gestores e

rebaixar os custos de transação para propiciar a ação coletiva na gestão regional, o êxito nesta atividade está constatado pelos resultados.

O Projeto rebaixou os custos de transação, com a obtenção e processamento da informação, propiciando maior cooperação no processo de ação coletiva e participação da gestão municipal na CIB Micro, instância responsável pela relação intergovernamental no SUS. A cooperação também é reforçada nas CIBs Micro com maior participação de gestores a partir da implantação do Projeto, propiciando que os mesmos participando repetidamente da reunião, possam cooperar e não competir para a construção da política coletiva de saúde, pois percebem o posicionamento e encaminhamento dos demais gestores envolvidos na gestão microrregional.

A atuação dos apoiadores, segundo os resultados aferidos, propicia efetivamente a disseminação da informação elemento importante na teoria da escolha racional, crucial para rebaixar os custos de transação e na atuação dos gestores nos jogos repetidos na CIB Micro, propiciando uma contribuição efetiva para cooperação intergovernamental horizontal e vertical na implementação da política pública de saúde em Minas Gerais.

O Projeto contribuiu para mobilizar o COSEMS Regional. Este fortalecimento está refletivo no alto grau de avaliação positiva afeto à participação da gestão municipal no COSEMS Regional incentivada pelo Projeto Apoiador. A Carta de Gramado em sua décima quinta diretriz aponta que o CONASEMS tem a orientação emanada do encontro nacional de Secretários Municipais de Saúde em 2010 de fortalecer os COSEMS, visando à qualificação da sua atuação política nos espaços de pactuação, e estabelecer linhas de financiamento que possibilitem o adequado desempenho de suas atribuições. Na mesma direção podemos apreender que ao COSEMS Estadual, cabe fortalecer a sua representação regional. A organização do COSEMS Regional, que depois refletirá no COSEMS Estadual e por conseguinte no CONASEMS permite um posicionamento de acordo com os interesses e realidades locais no espaço de gestão regional, estadual e nacional.

Os resultados obtidos apontam que o Projeto, que tem como principal foco a gestão municipal, promove a disseminação e contextualização de informações; fortalece a

atuação regional do COSEMS; fortalece a capacidade político institucional dos municípios e dos COSEMS Regionais nas relações intergovernamentais que precisam de cooperação e coordenação em nosso Estado Federativo; aglutina gestores no COSEMS Regional e possibilita a contextualização da discussão estadual do COSEMS com a SES, estabelecendo assim, um círculo virtuoso de participação nas instâncias gestoras do SUS.

O projeto Apoiador não teve como atribuição inicial o apoio local e sim o apoio às ações de gestão com a amplitude regional, mas analisando a contribuição da literatura sobre a importância de estabelecer capacidades técnico/administrativas no âmbito do município, torna-se necessário rever esta orientação inicial.

É possível verificar que, em todos os itens, a opinião dos gestores municipais está avaliada positivamente e persiste um olhar muito mais negativo/pessimista da gestão estadual nos reflexos da atuação do apoiador. É necessário aprofundar a análise desta percepção, que não foi tratada como objeto deste trabalho.

Com a edição do Decreto 7.508/11 a CIB Estadual deverá pactuar a constituição das CIR como foro interfederativo regional de negociação e pactuação, momento oportuno para implementar novas ações a luz dos resultados aqui obtidos, tais como: promover o envolvimento dos parceiros regionais com uma apresentação clara dos resultados e propostas do Projeto; definir nova redação ao regimento das CIBs Micro/CIR; reagrupar os gestores municipais de um dado COSEMS Regional; realizar capacitações temáticas junto aos apoiadores para que os mesmos possam auxiliar o aprimoramento das áreas técnico/administrativas dentro do território municipal; garantir a institucionalização da ação de apoiador regional com contratação formal dos apoiadores pelo COSEMS.

A implantação do SUS não é um trabalho simples, depende de competência técnica e de grande habilidade política para compor interesses e distintas perspectivas culturais. Assim, o sucesso desta política depende não somente de políticas adequadas dos governos federal e estaduais, mas também da iniciativa arrojada das diversas instituições de representação da gestão. A disseminação de iniciativas exitosas pode buscar financiamento apropriado para a perenização das ações desenvolvidas que buscam

qualificar permanentemente as decisões das Comissões Intergestores que se organizam no espaço regional de gestão do SUS.

A gestão pública de saúde depende, não só de ideias e análises, mas acima de tudo de construir coalizões e a partir dos resultados encontrados será possível fortalecer esta coalização para a implantação do SUS em Minas Gerais de forma descentralizada e regionalizada.

8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRUCIO, F. L. *A coordenação federativa no Brasil: a experiência do período FHC e os desafios do governo Lula*. Rev. Sociol.Polit. 2005; 24: p.41-67.

_____. *Para além da descentralização: os desafios da coordenação federativa no Brasil*. In: FLEURY, Sônia (org). Democracia, descentralização e desenvolvimento: Brasil & Espanha. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2006, p.77-126.

_____. *Trajatória recente da gestão pública brasileira: um balanço crítico e a renovação da agenda de reformas*. RAP. Revista Brasileira de Administração Pública, v.1,2007, p.67-86.

ALMEIDA, M.H.T. *Federalismo e Políticas Sociais*. Revista Brasileira de Ciências Sociais, 28 (10), junho: 88-108, 1995

_____. *Federalismo, Democracia e Governo no Brasil: Ideias, Hipóteses e Evidências*. In: Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais. Nº51. 2001.

_____. *Recentralizando a Federação?* Rev. Sociol. Polit.no.24,Curitiba.2005.

ARRETCHE, M . *Mitos da descentralização – Mais democracia e eficiência nas políticas públicas?* RBCS, Revista Brasileira de Ciências Sociais, Ano 11, n.31,junho 1996.

_____. *Estado Federativo e políticas sociais: determinantes da descentralização*. Rio de Janeiro: Revan; São Paulo: Fapesp,2000, p.21-74

_____. *Relações federativas nas políticas sociais*. Educ. Soc., Campinas, v.23,n.80, setembro.2002.p.25-48. Disponível em <http://www.cedes.unicamp.br>

_____. *Federalismo, relações intergovernamentais e políticas sociais no Brasil*. Rio de Janeiro. 2004. Disponível prector.org.br/assets/pdfs/EPP1-MartaArretche.pdf. Acesso em 28/12/11

_____. *Federalismo*. In: AVRITZER, Leonardo; ANASTASIA, Fátima. (org.). Reforma política no Brasil. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2006.

_____. *Federalismo e igualdade territorial: uma contradição em termos?*. Encontro Anual da ANPOCS. 2010

BERAMENDI, P. *Federalism*.In: Boix, Carles; Stokes, Susan C. The Oxford Handbook os comparative politics. New York: Oxford University Press, 2009,p.752-779”

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*, de 5 de outubro de 1988. Artigos 6º, 24,30,194, 195, 196, 197,198,199 e 200. Disponível em ://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. Acesso em 28/12/2011.

_____. *Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm acesso em 28/12/2011

_____. *Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990*. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em ://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8142.htm acesso em 28/12/2011

_____. *Lei nº 12.466, de 24 de agosto de 2011*- acrescenta arts. 14-a e 14-b à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”, para dispor sobre as comissões intergestores do Sistema Único de Saúde (SUS), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e suas respectivas composições, e dar outras providências. Disponível em ://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ Ato2011-2014/2011/Lei/L12466.htm acesso em 20/10/11

_____. *Decreto nº 7.508, de 28 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. Disponível em ://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm acesso em 20/10/11

_____. Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. *Resolução nº 258, de 07 de janeiro de 1991 que aprova a Norma Operacional Básica/SUS nº 01/91*. Disponível em <://siops.datasus.gov.br/legislacao.php?esc=4> acesso em 30/12/2011.

_____. Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. *Resolução nº 273, de 17 de julho de 1991 que reedita com alterações a Norma Operacional Básica/SUS nº 01/91*. Disponível em <://siops.datasus.gov.br/legislacao.php?esc=4> acesso em 30/12/2011.

_____. Ministério da Saúde Secretaria Nacional de Assistência à Saúde/ MS. *Norma Operacional Básica 1992 editada pela Portaria nº. 234 de 07/02/92; normatiza a*

organização e operacionalização da assistência à saúde no SUS para o ano de 1992. Disponível em <://siops.datasus.gov.br/legislacao.php?esc=4> acesso em 30/12/2011.

_____. _____. Portaria nº 545, de 20 de maio de 1993. *Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica – SUS 01/93.* Disponível em <://siops.datasus.gov.br/legislacao.php?esc=4> acesso em 30/12/2011

_____. _____. *Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde - SUS (NOB - SUS 1996)* (Publicada no D.O.U.de 6/11/1996) disponível em <://siops.datasus.gov.br/legislacao.php?esc=4> acesso em 30/12/2011

_____. _____. Portaria GM/MS nº 399 de 22 de fevereiro de 2006 que *Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto.* Disponível em <://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>. Acesso em 29/12/2011

_____. _____. Portaria GM/MS nº 699 de 30 de março de 2006 que *Regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida e de Gestão.* Acesso em 11/07/2010. Disponível em <://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-699.htm> Acesso em 29/12/2011

_____. _____. Portaria nº 204/GM de 29 de janeiro de 2007 que *regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle.* Disponível em <://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2007/GM/GM-204.htm>. Acesso em 29/12/2011

_____. _____. Portaria MS/GM n.º 095, de 26 de janeiro de 2001 e regulamentação complementar. *Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/2001*

_____. _____. Portaria MS/GM n.º 373, de 27 de fevereiro de 2002 e regulamentação complementar. *Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/20202. Regionalização da Assistência à Saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso.*

_____. _____. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que *estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).*

_____. _____. *Regionalização solidária e cooperativa: orientações para sua implementação no SUS*. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Gestão Descentralizada. Série Pactos pela Saúde 2006, v. 03 – Brasília:2006.

_____. _____. *Colegiado de gestão regional na região de saúde intraestadual : orientações para organização e funcionamento*. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Gestão Descentralizada. Série Pactos pela Saúde 2006, v. 10 – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. _____. Comissão Intergestores Tripartite. Resolução nº1 de 29 de setembro de 2011. *Estabelece diretrizes gerais para a instituição de Regiões de Saúde na âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), nos termos do Decreto 7.508 de 28 de junho de 2011*.

_____. _____. Comissão Intergestores Tripartite. Resolução nº2 de 29 de setembro de 2011. *Dispõe sobre as normas gerais e fluxos do Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP) no âmbito do Sistema Único de Saúde*.

CAFFARATE, V.M. *Federalismo: uma análise sobre sua temática atual*. Jus Navigandi, Teresina, ano 7, n. 59, 1 out. 2002

CARNEIRO, R. *Estado, mercado e o desenvolvimento do setor elétrico brasileiro*. Tese apresentada ao Doutorado em Ciências Humanas – Sociologia e Política, da Universidade Federal de Minas Gerais. 2000

_____; LONGOBUCCO, B; BRASIL, F.D. *Desafios da ação coletiva e relações intergovernamentais: uma análise do novo arranjo institucional de gestão da região metropolitana de Belo Horizonte*. 34º Encontro anual da ANPOCS. Caxambu - 25 a 29 de outubro de 2010.

_____; BRASIL, F.D. *Desafios da governança metropolitana: considerações a partir do modelo institucional de gestão da Região Metropolitana de Belo Horizonte (RMBH)*. FJP. 2011

CONASEMS. *Carta de Gramado*. XXVI Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde e VII Congresso Brasileiro de Cultura de Paz e Não-Violência. Gramado. 25 a 28 de maio de 2010

COSEMS/MG. *Em defesa dos interesses da saúde pública dos municípios*: in Revista Comemorativa dos 20 anos do COSEMS/MG. 2011.

_____. *Estatuto do Colegiado dos Secretários Municipais de Saúde de Minas Gerais*.2009. Disponível em:

[://www.cosemsg.org.br/cosems/index.php?option=com_jdownloads&Itemid=10&task=viewcategory&catid=20](http://www.cosemsg.org.br/cosems/index.php?option=com_jdownloads&Itemid=10&task=viewcategory&catid=20). Acesso em 30/01/12.

COSTA, J. M. A, CUNHA, M. C, ARAÚJO, R. B. M., *Federalismo cooperativo brasileiro: implicações na gestão da educação municipal* . in: *Jornal de Políticas Educacionais*. N° 8. Julho–dezembro.2011.pp. 14–23.

COSTA, V. *Federalismo*. In: AVELAR, Lúcia e CINTRA, Antônio Octávio (Orgs.). *Sistema político Brasileiro* . Rio de Janeiro: Konrad-Adenauer- Stiftung.São Paulo: Ed. Unesp, 2007.

DRAIBE, S. *A política social no período FHC e o sistema de proteção social*. *Tempo Social – USP*. Novembro. 2003.

ELSTER, J. *Peças e engrenagens das ciências sociais*. Rio de Janeiro: Relume- Dumará, 1994.

EPSTEIN, David; O’HALLORAN, Sharyn (2009), *Delegating Powers: a transaction cost politics approach to policy making under separate powers*, Cambridge, Cambridge University Press.

FALLETI, T. *Efeitos da descentralização nas relações intergovernamentais: o Brasil em perspectiva comparada*. *Sociologias* n°16. Porto Alegre. Julho/Dezembro. 2006.

FORTES, F.B.C.T.P. *Inovação institucional no contexto do federalismo brasileiro pós-1988: a Emenda constitucional n.29 de 2000 e os governos estaduais* . Tese apresentada ao Doutorado em Ciência Política – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas. Universidade Federal de Minas Gerais. – Belo Horizonte, 2008

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. *Censo 2011*. Disponível em [://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2011/default.shtm](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2011/default.shtm). Acesso em 20 de fevereiro de 2012

JUNQUEIRA, M; MOTTA, P. “*A atuação conjunta SES/COSEMS no fortalecimento da regionalização em Minas Gerais: a ação do COSEMS/MG*” In: *Divulgação em Saúde para Debate*. Rio de Janeiro. CEBES, N.46, pag 60-68. Maio-2010.

MENICUCCI, T.M.G. *Relações intergovernamentais e cooperação: a experiência da regionalização na assistência à saúde*. VI Congresso da Associação Brasileira de Ciência Política (ABCP).Campinas, julho de 2008

_____. *A implementação da Reforma Sanitária: a formação de uma política*. In: HOCHMAN, Gilberto, ARRETCHE, Marta e MARQUES, Eduardo (orgs.). *Políticas Públicas no Brasil*. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz, 2007

_____. *O Sistema Único de Saúde, 20 anos: balanço e perspectivas*. Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, UFMG. Belo Horizonte, Brasil. 2009.

MERCURO, N., MEDEMA, S. G. *Economics and the law: from posner to postmodernism*. Princeton: Princeton University Press, 1997.

MINAS GERAIS. Lei Delegada 179 de 1º de janeiro de 2011 que *dispõe sobre a organização básica e a estrutura da Administração Pública do Poder Executivo do Estado* disponível em [://www.casacivil.mg.gov.br/conteudo/31/Legisla%C3%A7%C3%A3o.aspx](http://www.casacivil.mg.gov.br/conteudo/31/Legisla%C3%A7%C3%A3o.aspx). Acesso em 29/12/2011.

_____. Lei Delegada 180, de 20 de janeiro de 2011 que *Dispõe sobre a estrutura orgânica da Administração Pública do Poder Executivo do estado de Minas Gerais e dá outras providências*. Minas Gerais Diário do Executivo - 21/01/2011 Pág. 1 Col. 1.

_____. Decreto nº 45.812, de 14 de dezembro de 2011 que *dispõe sobre a organização da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais*. Disponível em [://hera.almg.gov.br/cgi-bin/nph-brs?d=NJMG&u=http://www.almg.gov.br/njmg/chama_pesquisa.asp&SECT7=LINKON&p=1&r=1&l=1&f=G&s1=decreto+45812+2011.norm](http://hera.almg.gov.br/cgi-bin/nph-brs?d=NJMG&u=http://www.almg.gov.br/njmg/chama_pesquisa.asp&SECT7=LINKON&p=1&r=1&l=1&f=G&s1=decreto+45812+2011.norm). Acesso em 20/02/2011

_____. Secretaria de Estado da Saúde. *Ordem de serviço nº389 de 12 de fevereiro de 2010 que dispõe sobre os Núcleos de Gestão Microrregional no âmbito da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais/SES/MG*. Disponível em: [://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/ordens-de-servicos/2010/ordem%20de%servico_389.pdf](http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/ordens-de-servicos/2010/ordem%20de%servico_389.pdf) Acesso em 29/12/2011

_____. _____. Deliberação CIB-MG n.º 007, de 01 de março de 1999. *Regimento Interno da Comissão Intergestores Bipartite do estado de Minas Gerais. 1999*. Disponível em [://www.saude.mg.gov.br/institucional/cib/cib/regimento-interno](http://www.saude.mg.gov.br/institucional/cib/cib/regimento-interno) Acesso em 29/12/2011

_____. _____. Deliberação CIB-SUS/MG nº 377, de 20 de setembro de 2007. *aprova o Termo de Compromisso de Gestão - TCG do estado de Minas Gerais e dos municípios que menciona*.

_____. _____. Deliberação CIB-SUS-MG Nº 095 de 17 de maio de 2004. *Cria, no âmbito da Comissão Intergestores Bipartite do Sistema Único de Saúde do Estado de Minas Gerais - CIB/SUS-MG, as Comissões Intergestores Bipartites Macrorregionais e Microrregionais e dá outras providências*.

_____. _____. Deliberação CIB-SUS/MG nº 978, de 16 de novembro de 2011. *que aprova o ajuste do plano diretor de regionalização /PDR-MG 2011 e diretrizes para o ajuste em 2013.*

_____. _____. *Plano Estadual de Saúde de Minas Gerais.*2008/2011.

_____. _____. Resolução SES n.º 637, de 25 de junho de 1993. *Cria a Comissão Intergestores Bipartite de que trata a Portaria 545, de 20 de maio de 1993, do Ministério da Saúde.* Disponível em [://www.saude.mg.gov.br/institucional/cib/atos-de-organizacao/atos-de-organizacao/resolucao-ses-no-637-de-25-de-junho-de-1993-publicada-no-mg-de-26-06-00](http://www.saude.mg.gov.br/institucional/cib/atos-de-organizacao/atos-de-organizacao/resolucao-ses-no-637-de-25-de-junho-de-1993-publicada-no-mg-de-26-06-00) Acesso em 29/12/2011

_____. _____. Resolução SES nº 050, de 01 de março de 1999. *Extingue as Comissões Intergestores Bipartites Microrregionais* de que trataram as Resoluções SES n.º 657, de 24/04/97, e n.º 804, de 16/10/97. Disponível em [://www.saude.mg.gov.br/institucional/cib/atos-de-organizacao/atos-de-organizacao/resolucao-ses-no-050-de-01-de-marco-de-1999](http://www.saude.mg.gov.br/institucional/cib/atos-de-organizacao/atos-de-organizacao/resolucao-ses-no-050-de-01-de-marco-de-1999) Acesso em 29/12/2011

OLIVEIRA, F. *Teorias da Federação e do Federalismo Fiscal: o caso brasileiro.* Texto para discussão nº 43. EG/FJP. 2007

OLSON, M. *A Lógica da Ação Coletiva.* São Paulo: EDUSP, 1999

REIS, F. W. *Identidade, política e a teoria da escolha racional.* Revista Brasileira de Ciências Sociais, n. 6, v. 3, p. 26-38, 1988

SANTOS, L; ANDRADE, L. O. M. *Redes interfederativas de saúde: um desafio para o SUS nos seus vinte anos.* Ciênc. saúde coletiva [online]. 2011, vol.16, n.3, pp. 1671-1680.

SOUZA, C. *Governos e sociedades locais em contextos de desigualdades e descentralização.* Ciência e Saúde Coletiva, 7 (3): 431-442. 2002

_____. *Federalismo, Desenho Constitucional e Instituições Federativas no Brasil pós-1988.* Rev. Sociol. Polit.no.24, Curitiba.2005

VIANA, A.L, LIMA L.D, OLIVEIRA R.G. *Descentralização e federalismo: a política de saúde em um novo contexto – lições do caso brasileiro.* Ciênc. Saúde coletiva. 2002

_____, LIMA L.D. *Avaliação Nacional das Comissões Intergestores Bipartite – As CIBs e os Modelos de indução da regionalização no SUS.* 2007

_____, MACHADO, C.V. *Descentralização e coordenação federativa: a experiência brasileira na saúde*. Ciênc. Saúde coletiva vol 14. Rio de Janeiro. Maio/junho.2009

_____, LIMA L.D, FERREIRA, M.P. *Condicionantes estruturais da regionalização na saúde: tipologia dos Colegiados de Gestão Regional*. Ciênc. Saúde coletiva vol 15. 2010

WAGNER, G. *Efeitos paradoxais da descentralização no Sistema Único de saúde do Brasil*. In: FLEURY, Sônia(org.). *Democracia, descentralização e desenvolvimento: Brasil e Espanha*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2006, p.417-442.

Site:

[.saude.mg.gov.br](http://saude.mg.gov.br)

[.cosemsg.org.br](http://cosemsg.org.br)

[.saude.gov.br](http://saude.gov.br)

9 ANEXOS

9.1 Anexo 1 – O questionário

QUESTIONÁRIO

A contribuição do Projeto Apoiador do COSEMS/MG no espaço de gestão regional de saúde do estado de Minas Gerais no período de 2009 a 2011

Prezado(a) Senhor(a), o Colegiado dos Secretários Municipais de Saúde Minas Gerais – COSEMS/MG, implantou em Maio de 2009 o “Projeto Apoiador COSEMS”. Este projeto está implantado em todas as microrregiões do nosso estado. Este questionário buscará subsídios para registrar e avaliar esta iniciativa do COSEMS/MG, bem como fornecer elementos para uma prestação de contas à sociedade e ao próprio Governo do que vem sendo feito pelos entes e órgãos governamentais no espaço de gestão regional de saúde. A avaliação permite a disseminação dos pontos a serem reforçados e aquelas em que é necessária uma mudança de rumos, contribuindo ainda para o reforço da cultura de avaliação e possibilitando aprendizado institucional.

Solicitamos para tanto o preenchimento das opções abaixo listadas, assegurando que a individualização/identificação do respondente não é necessária.

QUANTO AO PERFIL DO ENTREVISTADO:

- () Você é gestor(a) municipal de saúde na microrregião de _____.
- () Você é da Superintendência/Gerência Regional de Saúde de _____.
- () Você é do nível central da SES/MG

QUANTO AO TEMPO DE ATUAÇÃO

- () Você atua na gestão da saúde pública há **mais** de 02(dois) anos.
- () Você atua na gestão da saúde pública há **menos** de 02 (dois) anos

QUANTO AO APOIADOR

- a) Você conhece, mesmo que não pessoalmente, o(a) apoiador(a) de seu território? () Sim () Não
- b) Você percebe a atuação do(a) apoiador(a) no seu território? () Sim () Não

Caso a resposta seja negativa nos dois itens, agradecemos sua participação, não sendo necessário prosseguir no preenchimento

1. QUANTO A INFORMAÇÃO A PARTIR DA IMPLANTAÇÃO DO PROJETO APOIADOR

Na sua percepção, com a atuação do apoiador COSEMS, a **informação de interesse** da gestão municipal está:

- 1.1 - chegando com mais agilidade aos gestores municipais. () Sim () Não
- 1.2 - chegando com mais qualidade para os gestores municipais. () Sim () Não
- 1.3 - chegando com mais clareza para os gestores municipais. () Sim () Não
- 1.4 - chegando aos gestores municipais contextualizada com as especificidades da região. () Sim () Não
- 1.5 - facilitando a argumentação dos gestores municipais nas discussões da CIB Micro. () Sim () Não
- 1.6 - favorecendo a argumentação do COSEMS Estadual na CIB Estadual. () Sim () Não

2. QUANTO A PARTICIPAÇÃO A PARTIR DA IMPLANTAÇÃO DO PROJETO APOIADOR

Na sua percepção, com a atuação do apoiador COSEMS, a **participação** da gestão municipal na **CIB Micro** está:

- 2.1 - mais segura na argumentação. () Sim () Não
- 2.2 - refletindo o olhar municipal sobre os temas tratados. () Sim () Não
- 2.3 - favorecendo a inserção de itens de pauta de interesse regional. () Sim () Não
- 2.4 – estimulando a presença de maior número de municípios frequentes. () Sim () Não
- 2.5 – estimulando a vocalização dos gestores presentes nas discussões. () Sim () Não
- 2.6 – favorecendo a formalização de compromissos intergovernamentais voltados para a solução de problemas loco-regionais. () Sim () Não

- 2.7 – fortalecendo a gestão bipartite (SES/COSEMS) das políticas públicas regionais. () Sim () Não
2.8 – contribuindo para a regularidade mensal das reuniões da CIB Micro. () Sim () Não
2.9 – contribuindo para o entendimento do papel do gestor municipal na reunião. () Sim () Não

Na sua percepção, com a atuação do apoiador COSEMS, a **participação** da gestão municipal nas **reuniões de COSEMS Regional** está:

- 2.10 - mais propositiva. () Sim () Não () Não se aplica, sou da gestão estadual
2.11 – mais contextualizada com as especificidades da região. () Sim () Não () Não se aplica, sou da gestão estadual
2.12 – contando com maior número de municípios frequentes. () Sim () Não () Não se aplica, sou da gestão estadual.
2.13 – fortalecendo o COSEMS Regional. () Sim () Não () Não se aplica, sou da gestão estadual.
2.14 – contextualizando as regiões na argumentação do COSEMS Estadual. () Sim () Não () Não se aplica, sou da gestão estadual.

Fique a vontade para registrar **observações** que julgar pertinentes acerca do “Projeto Apoiador COSEMS”, caso não tenha sido contemplado nos questionamentos acima:

Belo Horizonte, 28 a 30/06/11

Obrigado por sua participação. Favor devolver o questionário preenchido a uma recepcionista do Evento.
COSEMS/MG

9.2 Anexo 2 – As tabelas de resultados

9.2.1 Tabela 1: Perfil do entrevistado:

	Município	SRS/GRS	Tempo de atuação na gestão de saúde		Relação com o apoiador	
			mais de 2 anos	menos de 2 anos	Conhece o apoiador	Percebe a atuação do apoiador
Total	58,49%	41,51%	81,76%	18,24%	98,74%	93,08%
SRS/GRS	0,00%	100,00%	95,45%	4,55%	98,48%	87,88%
Gestão Municipal	100,00%	0,00%	72,04%	27,96%	98,92%	96,77%

9.2.2 Tabela 2: Eixo: Informação:

	1.1		1.2		1.3		1.4		1.5		1.6	
	sim	não	sim	não	sim	não	sim	não	sim	não	sim	não
Total	97,44%	2,56%	81,05%	18,95%	81,29%	18,71%	73,15%	26,85%	75,50%	24,50%	79,70%	20,30%
SRS/GRS	93,85%	6,15%	69,23%	30,77%	64,62%	35,38%	51,56%	48,44%	53,97%	46,03%	62,26%	37,74%
Gestão Municipal	100,00%	0,00%	89,77%	10,23%	93,33%	6,67%	89,41%	10,59%	90,91%	9,09%	91,25%	8,75%

9.2.3 Tabela 3: Eixo: Participação - Na CIB Microrregional

	2.1		2.2		2.3		2.4		2.5		2.6		2.7		2.8		2.9	
	sim	não	sim	não	sim	não	sim	não	sim	não	sim	não	sim	não	sim	não	sim	não
Total	70,75%	29,25%	74,67%	25,33%	75,51%	24,49%	68,28%	31,72%	64,43%	35,57%	68,03%	31,97%	78,77%	21,23%	69,44%	30,56%	75,33%	24,67%
SRS/GRS	44,26%	55,74%	52,46%	47,54%	52,46%	47,54%	40,32%	59,68%	31,15%	68,85%	52,38%	47,62%	67,74%	32,26%	45,90%	54,10%	52,38%	47,62%
Gestão Municipal	89,53%	10,47%	89,89%	10,11%	91,86%	8,14%	89,16%	10,84%	87,50%	12,50%	79,76%	20,24%	86,90%	13,10%	86,75%	13,25%	91,95%	8,05%

9.2.4 Tabela 4: Eixo: Participação - No COSEMS Regional

	2.10		2.11		2.12		2.13		2.14	
	sim	não	sim	não	sim	não	sim	não	sim	não
Gestão Municipal	96,63%	3,37%	95,35%	4,65%	87,36%	12,64%	97,70%	2,30%	89,29%	10,71%