

ARTICULAÇÃO TERRITORIAL PARA AS POLÍTICAS DE SAÚDE: Uma revisão sistemática da literatura

Ivan Maia Tomé
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS)
ivanmaia@msn.com

Luís Paulo Bresciani
Fundação Getúlio Vargas (FGV) e Universidade Municipal de São Caetano do Sul (USCS)
luis.bresciani@prof.uscs.edu.br

Richardson Coimbra Borges
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS)
richardson.borges@ufms.br

Alessandro Silva de Oliveira
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS)
alessandro.oliveira@ufms.br

RESUMO

Esta é uma obra de revisão bibliográfica sobre o tema de articulação territorial para o tema da saúde. Foram determinados os temas ligados ao território, tais como urbanização, articulação territorial e formas de organização para a gestão da saúde pública regional como os Consórcios Intermunicipais Públicos (CIP). Ações como o Pacto pela Saúde o tema da regionalização da saúde está ainda mais forte sob as decisões pactuadas. Comissões Intergestoras Bipartite (CIB) têm unido municípios e estados federativos para a gestão da saúde. Com o apoio da União, as decisões regionalmente pactuadas têm prioridade ao recebimento de recursos por Consórcios Intermunicipais Públicos (CIP). Atuando de forma específica para a saúde, os Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS) são alternativa prática para resolução de problemas da área.

Palavras-chave: Consórcios de Saúde; Gestão Clínica; Planejamento Hospitalar; Saúde Pública; Sistema Único de Saúde.

1 INTRODUÇÃO

O Pacto pela Saúde ocorre envolvendo o Ministério da Saúde (MS), Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde e o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Brasil, 2010). Esse Pacto é desdobrado em três componentes: Pacto pela Vida: atenção às prioridades de atendimento a todos os cidadãos brasileiros; Pacto em Defesa do Sistema Único de Saúde (SUS): envolvendo as diretrizes e as ações necessárias para o SUS; Pacto pela Gestão: processos contributivos para “descentralização, regionalização, financiamento, planejamento, Programação Pactuada e Integrada (PPI), regulação, participação social e gestão do trabalho e da educação na saúde” (Brasil, 2006a, p. 13).

Os investimentos, integrados com Planos Diretores de Regionalização e de Investimentos, passam a ser distribuídos por seis blocos diferentes: Atenção; Assistência Básica, de Média e de Alta Complexidade; Vigilância em Saúde; Assistência Farmacêutica; Gestão do SUS; Investimentos em Saúde (Brasil, 2006b). O SUS foi implantado a partir de 1988 como desdobramento da Constituição Federal promulgada no mesmo ano, o que possibilitou a territorialização do sistema de saúde para todos os cidadãos brasileiros. O novo sistema permitiu a descentralização da gestão da saúde da União para os Estados e para os Municípios (Brasil, 2014c). O MS, por meio da Secretaria de Atenção à Saúde e da Diretoria de Articulação de Redes de Atenção à Saúde, busca unificar e integrar a gestão seguindo o Pacto pela Saúde com o Programa Mais Saúde. O Programa busca a integração tripartite pela organização de “redes regionalizadas de atenção à saúde” (Brasil, 2008, p. 6). Estas redes cumprem papel semelhante às redes de poder socioterritoriais (Dallabrida; Becker, 2003), operando no campo da política pública de saúde.

As redes regionalizadas de atenção buscam melhorar o cenário de “desafios estruturais” do SUS e são divididas, de forma tripartite, por vários “elementos de fragmentação do sistema” (Brasil, 2008, p. 7). Esses elementos podem fornecer apoio para o Pacto pela Saúde por valorizar a unidade do município ou para o eventual consórcio intermunicipal, que atenda a população por “amplas bases territoriais” (Brasil, 2008, p. 14), considerando a: “regionalização como estratégia de construção de sistemas integrados de saúde” (Brasil, 2008, p. 15). A integração regionalizada ocorre pela articulação dos recursos do espaço regional para o Pacto pela Saúde.

O compartilhamento de recursos humanos, financeiros, estruturais e de produção

constitui parte de uma: “articulação funcional e sistêmica” e “organização e gestão em rede” (Brasil, 2008, p. 19-20). Para a Rede Regionalizada de Atenção à Saúde é seguido como diretriz o Modelo de Cogestão e de Governança do SUS, cujos elementos: “nas regiões são os Colegiados de Gestão Regional e nas macrorregiões os Colegiados Macrorregionais ou as Comissões Intergestoras Bipartite (CIB) com suas Câmaras Técnicas e coordenações executivas” (Brasil, 2008, p. 36).

A governança regionalizada por consórcios é uma alternativa com “instrumentos de busca por maior flexibilidade e economicidade” (Brasil, 2008, p. 11). A atuação das CIB regionais é seguida, por meio do PPI, determinando a articulação de cada ator envolvido de acordo com o Plano Diretor de Investimentos da unidade federativa.

Pela lei 8080, de 19 de setembro de 1990, permitiu-se que fossem criados “consórcios administrativos intermunicipais” pelo SUS (Brasil, 1990). Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS) têm modelos de governança especializados na atenção à saúde. Os CIS são criados a partir de uma visão regionalizada do SUS e do compartilhamento de recursos para cumprir o Pacto pela Saúde, por meio do Pacto pela Gestão, pela descentralização do sistema. Os CIS estão sob as responsabilidades dos gestores tripartite do SUS, incluindo a Diretoria Regional de Saúde do espaço regional (Neves & Ribeiro, 2006) que regula, controla, avalia e presta auditoria. De acordo com o estudo de Nicoletto, Cordoni e Costa (2005), os CIS são importantes para os profissionais médicos especializados compartilharem e contribuem para a gestão do SUS. Um estudo anterior do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) destaca que a descentralização reforça a relevância do consórcio (Teixeira, Dowell & Bugarin, 2002).

O artigo ora apresentado tem o objetivo de apresentar uma revisão da literatura sobre articulação territorial para a saúde. A discussão inicia com a definição de território (Fernandes, 2005); de articulação territorial (Dallabrida, 2007); e, por fim, a apresentação do consórcio intermunicipal público e o Sistema Único de Saúde (SUS).

2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Os temas apresentados seguem dos conceitos até a aplicação. Se destaca o território e suas características que determinam o perfil dos atores ocupantes e se movimentam por uma articulação territorial. Um dos exemplos de formalização dessa articulação entre cidades com

o fim de contribuir para a gestão pública de uma região é o consórcio intermunicipal público, que podem desenvolver áreas específicas como a saúde e integrar o Sistema Único de Saúde (SUS).

3 RESULTADOS

A governança territorial ocorre pela articulação de atores locais e é exercida em territórios ou em regiões que são espaços, geograficamente, divididos (Fernandes, 2005). Os governos municipais e as estruturas de governança territorial são atores que se articulam nos territórios mediante as redes de poder, de blocos e de pactos para a concertação social regional, por meio de redes socioterritoriais (Dallabrida & Becker, 2003; Bandeira, 2000).

3.1 DO TERRITÓRIO À ARTICULAÇÃO TERRITORIAL

Fernandes (2005, p. 28) aborda território, região e local como “espaços geográficos”, estudados, para além do conceito geográfico, quando destacados seus problemas. A governança territorial é definida como:

exercício do poder e autoridade para gerenciar um país ou região, compreendendo os mecanismos, processos e instituições por meio dos quais os cidadãos e grupos articulam seus interesses a partir de consensos mínimos (Dallabrida & Becker, 2003, p. 73).

A governança territorial depende de aspectos socioterritoriais para fortalecer o território: redes de poder, blocos e pactos articulados por diferentes atores com fim de desenvolvimento local (Dallabrida & Becker, 2003). Redes acontecem no território com os atores como governo, empresas e todos os envolvidos “da sociedade civil no processo de desenvolvimento” (Bandeira, 2000, p. 39). As sociedades e os territórios podem se organizar a partir dos interesses dos atores. Quando os interesses são comuns ocorrem consensos e se formam redes de poder socioterritoriais. A concertação regional sucede pelo consenso coletivo ocorrido a cada Agência ou Conselho Municipal de Desenvolvimento. As lideranças da concertação se organizam num bloco territorial em que se estrutura a concertação social regional.

A concertação social regional pode se completar, por meio de Agências ou Conselhos Regionais de Desenvolvimento, para alcançar o consenso regional. Somente, a partir desse

âmbito regional acontece o contrato social, pacto territorial ou socioterritorial, trata-se de “um acordo entre os atores públicos e privados que permite identificar as ações de natureza diversa que facilitam a promoção do desenvolvimento local integrado” (Vázquez–Barquero, 2000, p. 15).

O pacto territorial também é chamado de projeto político para o desenvolvimento local ou regional. Somente, um acordo comum entre os atores pode organizar o poder representativamente. As estruturas de poder, quando verdadeiramente democráticas, buscam representar a sociedade em nível internacional, nacional, estadual e regional. As estruturas de poder regional são organizadas como macrorregionais tanto pelo conjunto de estados como unidades federativas ou como conjunto de cidades de um estado.

Diante do desafio de dissociar o modelo de gestão metropolitana no Brasil do regime militar, quando gerou bons resultados, esse estava estadualizado, o que impedia a coordenação de programas e integração de recursos. Agora está sendo considerado a nível nacional e ultrapassando o planejamento com ministérios, Lei dos Consórcios Públicos e o Comitê de Articulação e Pactuação Federativa (CAF), aumentando o acesso a fundos para execução de programas (Klink, 2009).

Quando os fatos de um determinado local influenciam um território e há a necessidade de uma estrutura administrativa representativa desse território diferentes atores podem se articular para formar a chamada governança territorial. Dentre os atores estão estruturas de governança territorial, governo federal, estadual e municipal e demais organizações, que podem contribuir para solucionar os problemas públicos, como conselhos, associações e organizações não governamentais. Sobre os níveis local, territorial e regional, “o qualificativo „territorial“ abarca todas estas dimensões” (Dallabrida, 2007, p. 47). O bloco, o pacto, a gestão e a rede de poder formam a governança territorial.

Os pontos da governança territorial acontecem a partir da articulação territorial entre atores, também chamada de associativismo territorial ou articulação federativa. As ações articuladas e coordenadas compõem a “dinâmica” territorial com o fim do desenvolvimento pelos atores (Dallabrida, 2007). Os meios que possibilitam a articulação entre atores são chamados de “mecanismos” que podem ocorrer informalmente ou formalmente. O modelo brasileiro mais importante de articulação territorial é o consórcio público (Abrucio, Franzese & Sano, 2013).

3.2 ESPAÇO GEOGRÁFICO

O presente tópico compreende o conceito de território e o desenvolvimento local e territorial, por meio de cenários, considerando a urbanização brasileira, a formação de metrópoles e regiões metropolitanas com o crescimento acelerado das cidades. O desenvolvimento local caracterizado por dimensões e o desenvolvimento territorial caracterizado por objetivos introduzem as diferentes formas de articulação territorial, como para a área de saúde, tratadas posteriormente.

O espaço geográfico social materializa a convivência entre seres humanos (Fernandes, 2005). Agora esse espaço pode ser distinguido, dentre outras formas, como local, territorial e regional. O espaço local envolve as características individuais das pessoas que vivem num determinado espaço geográfico, como qualidade de vida, educação, saúde (Buarque, 1999). O desenvolvimento local é caracterizado por três dimensões (Oliveira, 2001):

- Historicidade: de acordo com o capitalismo, a periferia tende a ter, ainda mais, subdesenvolvimento do que os grandes centros durante o decorrer do tempo;
- Cidadania: pelo que tange à autonomia e aos direitos sociais dos cidadãos de contribuir com a gestão do local;
- Universalidade: contextualizar o local de acordo com os direitos universais possibilitando o apoio de organizações internacionais.

O espaço como território envolve os resultados das interações dos indivíduos como o esforço conjunto por organizações privadas, públicas ou do terceiro setor (Abramovay, 2003). O desenvolvimento territorial tem os seguintes objetivos (Boisier, 1996):

- Desenvolvimento individual dos atores (diversos públicos de interesse) do território;
- Desenvolvimento em conjunto constante dos atores para o desenvolvimento do território;
- Articulação dinâmica entre atores do território.

A articulação territorial ocorre a partir do desenvolvimento individual até a ação conjunta, dinâmica e organizada na região. O espaço regional é caracterizado pelo deslocamento de pessoas para realizar os mais diversos tipos de interações ou qualquer outro objetivo (Villaça, 1998). O desenvolvimento regional pode ocorrer a partir de três cenários (Boisier, 1996):

- Cenário contextual: frente a panoramas interno e externo às suas possibilidades, respectivamente, econômicas e políticas;

- Cenário estratégico: nova configuração com regiões pivotais, ou pequenas, que podem se associar com outras regiões, caracterizando as associativas, que podem interagir com outras, eletronicamente, formando as regiões virtuais;
- Cenário político: novas funções dos governos, de acordo com a gestão política, negociando com os diversos grupos de interesse, conforme a animação social, administrando a sinergia com a sociedade e mediando a divulgação de informações.

Um dos territórios existentes corresponde ao Município que se organiza com outras cidades de modo a descentralizar problemas a serem resolvidos pelo Estado e pelo Estado-Nação. Essa vinculação entre Municípios ocorre também através da chamada cooperação interfederativa, seja por meio de convênios, de associações municipais, de microrregiões, de redes de Municípios, de consórcios e de regiões metropolitanas (Dallabrida, 2010). Muitas áreas urbanas se aproximaram geograficamente, justificando o fenômeno da conturbação (Spink, Teixeira & Clemente, 2009). A urbanização brasileira é tratada na próxima parte.

3.3 URBANIZAÇÃO NO BRASIL E A METRÓPOLE

A área rural atual não oferece condições suficientes para a manutenção do trabalhador do campo, de acordo com Milton Santos (2008). Más condições de trabalho representadas por baixa remuneração e condições precárias de vida não atraem os próprios trabalhadores que vivem no campo. Esses acabam migrando para as cidades buscando o acesso à saúde e educação. As aglomerações urbanas passam a representar uma alternativa de buscar o acesso a direitos.

As disparidades da urbanização têm demandado gastos para o desenvolvimento territorial, contudo, uma maneira de identificar as condições urbanas é mediante sua: “infraestrutura básica, incluindo abastecimento de água, afastamento do esgoto e lixo e presença de banheiro, existência de luz elétrica e localização e densidade do domicílio” (Rolnik & Klink, 2011, p. 95) a falta de condições básicas de urbanização reflete o crescimento de cidades sem urbanidade. Segundo Rolnik e Klink (2011), a dinâmica de contribuição dos serviços públicos para o desenvolvimento urbano tem como principal financiador o Fundo de Garantia do Tempo de Serviço (FGTS). A área da saúde é a que mais recebe emendas do Congresso Nacional. Contudo, a variável que mais pode contribuir para o desenvolvimento urbano de uma ou mais cidades é sua localização no território nacional.

Denaldi, Klink e Souza (2010) reforçam que a urbanização acelerada intensificou a desigualdade social com alta concentração nas metrópoles. Metrópoles são: “aglomerados urbanos que apresentam as dimensões de polarização e concentração no território brasileiro nas escalas nacional, regional e local” (Ribeiro, Silva & Rodrigues, 2011, p. 179). Os aglomerados não só se diferenciam pela contingência, mas pela dispersão central ou periférica e pelo papel em sua localização, sendo diversificado por sua característica produtiva, por exemplo. A metrópole brasileira passa a ter importância internacional, contudo, reflete as suas origens problemáticas, por meio da desigualdade (Maricato, 2011).

Durante as décadas de 1950 e 1960 houve um crescimento acelerado das cidades e com isso o surgimento de diversos problemas. Como forma de resolvê-los as cidades se organizaram como regiões metropolitanas, regiões integradas de desenvolvimento, colares metropolitanos, áreas de expansão metropolitana e núcleos metropolitanos (São Paulo, 2014f). As regiões metropolitanas podem ser estabelecidas desde a Constituição de 1967 “visando à realização de serviços de interesse comum” (Brasil, 1967). As leis complementares estabeleceram regiões metropolitanas anos depois, como ocorreu com as regiões de Belém (PA), Belo Horizonte (MG), Curitiba (PR), Fortaleza (CE), Porto Alegre (RS), Recife (PE), Salvador (BA) e São Paulo (SP).

A urbanização no Brasil tem um número expressivo de 84,36% da população, de acordo com o Censo Demográfico de 2010, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2011). A região sudeste é o destaque, como mostra a Tabela 1.

Tabela 1 – População Urbana e Rural – Brasil e Regiões

	URBANA (absoluto)	RURAL (absoluto)	URBANA (percentual)	RURAL (percentual)
Brasil	160.925.792	29.830.007	84,36	15,64
Região Norte	11.664.509	4.199.945	73,53	26,47
Região Nordeste	38.821.246	14.260.704	73,13	26,87
Região Sudeste	74.696.178	5.668.232	92,95	7,05
Região Sul	23.260.896	4.125.995	84,93	15,07
Região Centro-Oeste	12.482.963	1.575.131	88,79	11,21

Fonte: Adaptado de IBGE, 2011.

Contudo, Veiga (2003) critica como o IBGE calcula a população urbana. Segundo ele, um grupo de 18 habitantes, da cidade União da Serra, no Estado do Rio Grande do Sul, foi considerado na contagem da população urbana no Censo Demográfico de 2000. Toda

população de uma cidade, um distrito ou uma vila é considerada tão urbana como uma região metropolitana, desconsiderando traços rurais da região. Veiga (2003) afirma que, em outros países, toda cidade com menos de 20 mil habitantes não pode ser considerada urbana – sendo assim, o Censo Demográfico de 2000 calcularia a população urbana por, somente, 30%. Essa grande diferença que poderia ser calculada entre as populações urbana e rural demonstram as desigualdades com a falta de acesso a muitos direitos, revelando o desenvolvimento urbano e social acanhado do Brasil.

3.4 CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL PÚBLICO (CIP)

Os Consórcios Intermunicipais Públicos (CIP) foram criados, entre outros motivos, para a descentralização político-administrativa da Federação, do Estado e do Município. Há consórcios de forma privada que podem atender diversas necessidades da sociedade, porém, nesse trabalho focaram-se os consórcios públicos, os quais formalizam a união entre municípios. Eles podem ter diferentes formas de estruturação e ter diversas finalidades, mas o maior grau de consorciamento está na área da saúde (Abrucio, Franzese & Sano, 2013).

A lei nº 11.107, de 6 de abril de 2005 (Brasil, 2005) dispõe sobre os CIP a respeito da cooperação entre os diversos entes da federação, seus objetivos, atuação por contrato e protocolos de intenções. Esse consórcio tem personalidade jurídica de caráter público e suas ações são celebradas mediante a lei. Seus órgãos constitutivos devem estar sob o funcionamento de estatutos e seus entes consorciados conferem recursos mediante contrato de rateio. A administração financeira está sob a lógica do direito público e sua organização sob a legislação das associações civis.

As reuniões são feitas, por meio de assembleia geral, com a finalidade da organização de ações como elaboração, alteração ou extinção do contrato do CIP e eventual retirada de entes consorciados. As obrigações entre os membros da Federação devem estar sob a ordem de contratos de programa. A União também pode firmar convênios com os CIP contribuindo para o desenvolvimento territorial.

Geralmente, os CIP são intermunicipais devido à conurbação ocorrida entre cidades circunvizinhas de uma cidade maior (Spink, Teixeira & Clemente, 2009). Problemas originados em cidades menores podem influenciar uma cidade maior, podendo ser prioridade, independente na extensão territorial. CIP temáticos podem ser formados para resolver esses

problemas de forma focada à necessidade regional.

Dallabrida e Zimmermann (2009, p.3) discutem a desconcentração do poder da Federação, Estado e Município para os “consórcios intermunicipais, como institucionalidades de planejamento tático e operacional”. CIP são estruturas de governança territorial que se utilizam da cooperação interfederativa para atender às necessidades da sociedade e acabam representando “espaços institucionais de concertação social” (Dallabrida & Zimmermann, 2009, p. 3). Trata-se de um desafio democratizar a tomada de decisão da gestão pública, os consórcios são estruturas orientadas ao planejamento colaborativo e à prática participativa. Os autores apresentam a situação dos CIP, durante 2009, no Estado do Rio Grande do Sul, evidenciando as diversas abrangências, desde distrital até intermunicipal e diversas áreas de atuação predominante, tais como resíduos, saúde, saneamento, agricultura ou meio ambiente com o fim de desenvolvimento regional.

A exemplo do gerenciamento de resíduos, a própria Política Nacional de Resíduos Sólidos (PNRS) incentiva que sua gestão não seja somente aos níveis Nacional, Estadual e Municipal, mas regional e microrregional, além de priorizar soluções consorciadas em caráter intermunicipal “na obtenção dos incentivos instituídos pelo Governo Federal” (Brasil, 2010). Se o Município estiver ligado a soluções consorciadas intermunicipais, pode ser dispensado do plano municipal, por fazer parte de um plano regional – incentivado pela PNRS (Brasil, 2010).

3.5 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) E CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS DE SAÚDE (CIS)

O Sistema Único de Saúde (SUS) é composto por pactos e por princípios seu papel é a territorialização da saúde pelo seu acesso para toda a população brasileira delegando responsabilidades aos Estados e aos Municípios (Brasil, 2013). É por esse meio que a saúde é direcionada no Brasil, configurando o Pacto pela Saúde, composto por três tópicos:

- Pacto pela Vida: atendimento prioritário aos cidadãos brasileiros;
- Pacto em Defesa do SUS: com as diretrizes e ações para a proteção do SUS;
- Pacto pela Gestão: apoio para “descentralização, regionalização, financiamento, planejamento, Programação Pactuada e Integrada (PPI), regulação, participação social e gestão do trabalho e da educação na saúde” (Brasil, 2006a, p. 13).

O papel da territorialização da saúde busca ser cumprido desde os princípios do Pacto pela Vida, contudo, os meios para que isso ocorra são representados pela proteção do Pacto em Defesa do SUS e pela organização do Pacto pela Gestão. A efetividade dos pactos ocorre mediante princípios doutrinários e organizativos. Os doutrinários são (Brasil, 2001):

- Universalidade: acesso a todo cidadão, sem a garantia de imediato atendimento, mas sim a disponibilização quando necessário;
- Integralidade: satisfação de acordo com a especialidade demandada de cada situação;
- Equidade: busca da redução das diferenças de atendimento diante das dificuldades de localização existentes em nosso país.

A territorialização ou regionalização dos serviços de saúde é um desafio para o Brasil, um dos maiores países do mundo, por isso a constante busca pela diminuição das diferenças de acesso não importa onde o cidadão brasileiro esteja. É frente a essas situações que existem os princípios organizativos (Brasil, 2001):

- Regionalização e hierarquização: corresponde à organização da rede de atendimento, das ações e dos serviços de saúde;
- Participação social: envolve a participação e o controle do SUS por pessoal qualificado;
- Descentralização: de recursos aos municípios e aos estados, de remuneração de serviços e de parcerias com demais organizações públicas ou privadas.

Os princípios organizativos existem para uma melhor utilização dos recursos disponíveis, de modo a cumprir os princípios doutrinários e os pactos do SUS para atender a população.

De forma mais local, destaca-se a heterogeneidade de cidades pertencentes a regiões metropolitanas. O Ministério da Saúde incentiva a formação de Redes Regionalizadas de Atenção à Saúde para consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). Tal fato acontece com os Consórcios Intermunicipais de Saúde e com as Agências de Desenvolvimento Regionais, doravante denominados CIS (Brasil, 1997), que contribuem à gestão do SUS (Ribeiro & Braga, 2011), destacando a representatividade de um plano diretor para que seja amplo (Spink, Teixeira & Clemente, 2009).

Um exemplo de um CIS é o Consórcio Intermunicipal de Saúde do Vale do Ribeira (CONSAÚDE, 2014) reunindo as cidades de Apiaí, Barra do Chapéu, Barra do Turvo, Cananéia, Cajati, Eldorado, Iguape, Ilha Comprida, Iporanga, Itanhaém, Itapirapuã Paulista,

Itaóca, Jacupiranga, Juquiá, Miracatu, Peruíbe, Pariqueira-Açu, Pedro de Toledo, Mongaguá, Registro, Ribeira, Sete Barras e Tapiraí. Sua estrutura é composta do Serviço de Atendimento Médico às Urgências (SAMU), um Complexo Ambulatorial Regional e um Laboratório Regional. O CONSAÚDE também conta com mais duas instituições com o termo regional em seus nomes: o Hospital Regional Leopoldo Bevilacqua e o Hospital Regional de Itanhaém, além do Hospital Dr. Adhemar De Barros. Outro exemplo é a Agência RMBH (2016) - Agência de Desenvolvimento da Região Metropolitana de Belo Horizonte (MG) o órgão contribui para o treinamento de técnicos sobre o GRSS.

O CONSAÚDE e a Agência RMBH são exemplos que contribuem à microrregião e, portanto, à gestão metropolitana, que muitas vezes nasce pela conurbação, ou seja, a aproximação física das cidades (Spink, Teixeira & Clemente, 2009). Esse fenômeno pode priorizar alguns municípios centrais, mas se houver delegação de autoridade, pode haver cooperação mútua. A deficiência de um município central pode ser amparada pelas conveniências de um município menor e vice-versa, cooperando para o desenvolvimento regional. Desprivilegiando visões unilaterais ou meramente unipartidárias, descentralizando a decisão e transparecendo-a pela avaliação de agências, de consórcios e de órgãos imparciais podem contribuir para o desenvolvimento da gestão metropolitana compartilhada.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O tema de articulação territorial para a saúde foi apresentado a partir das discussões teóricas do espaço geográfico, do território e sua organização, o desenvolvimento urbano e os Consórcios Intermunicipais Públicos (CIP) com o tema da saúde. Diante do crescimento populacional, a conurbação aparece como fenômeno que exigiu decisões pactuadas para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS). Os CIP são alternativas de gestão compartilhada e pactuada, de forma a dinamizar a utilização de serviços de saúde de uma população que esteja na mesma região.

O estudo limitou-se à pesquisa bibliográfica de gestão regional para focar o tema da saúde. Outras áreas ligadas à saúde podem ser adicionadas para análise ampla. Com o embasamento teórico, sugere-se que sejam feitas pesquisas de campo para verificar a eficiência da articulação territorial para a saúde.

REFERÊNCIAS

Abramovay R. *O Futuro das Populações Rurais*. Porto Alegre: Editora UFRGS; 2003.

Abrucio FL, Franzese C, Sano H. *Trajetória Recente da Cooperação e Coordenação no Federalismo Brasileiro: Avanços e Desafios*. In: Cardoso Jr. JC; Bercovici G. *República, democracia e desenvolvimento: contribuições ao Estado brasileiro contemporâneo*. Brasília: Ipea; 2013.

Agência RMBH - Agência de Desenvolvimento da Região Metropolitana de Belo Horizonte (MG). *Agência RMBH capacita técnicos para gestão e gerenciamento de resíduos de serviços de saúde*[Internet]. Belo Horizonte (MG). [cited 2017 Feb 3]. Available from: <http://www.agenciaminas.mg.gov.br/noticia/agencia-rmbh-capacita-tecnicos-para-gestao-de-residuos-de-servicos-de-saude>.

Bandeira PS. *Participação, articulação de atores sociais e desenvolvimento regional*. In: Becker DF, Bandeira PS. *Desenvolvimento local–regional – determinantes e desafios contemporâneos*. Santa Cruz do Sul: Edunisc; 2000.

Branco MLGC, Pereira RHM, Nadalin VG. *Rediscutindo a delimitação das regiões metropolitanas no Brasil: um exercício a partir dos critérios da década de 1970*. Brasília: IPEA; 2013.

Brasil a. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. *Diário Oficial da União* 2006; 22 fev.

_____. b. Sistema Único de Saúde (SUS). Recuperado de <http://portalms.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude>.

_____. *Censo Demográfico 2010*. Resultados gerais da amostra [Internet]. Belo Horizonte (MG). 2011 [cited 2017 Feb 3]. Available from: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/imprensa/ppts/00000008473104122012315727483985.pdf>.

_____. *Constituição de 1967*[Internet]. Belo Horizonte (MG). 1967 [cited 2017 Feb 3]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao67.htm.

_____. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 20 set.

_____. Lei nº 11.107 de 6 de abril de 2005. Dispõe sobre normas gerais de contratação de consórcios públicos e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2005; 7 abr.

_____. Lei nº 12.305 de 2 de agosto de 2010. Institui a Política Nacional de Resíduos Sólidos; altera a Lei no 9.605, de 12 de fevereiro de 1998; e dá outras providências. Política Nacional de Resíduos Sólidos. *Diário Oficial da União* 2010; 3 ago.

_____. *Redes Regionalizadas de Atenção à Saúde: Contexto, premissas, diretrizes gerais*,

agenda tripartite para discussão e proposta de metodologia para apoio à implementação. Brasília: Ministério da Saúde; 2008. 7, 19-20, 36.

Boisier S. Em busca do esquivo desenvolvimento regional: entre a caixa-preta e o projeto político. *Planejamento e Políticas Públicas* 1996; (13): 111–147.

Buarque SC. *Metodologia de planejamento do desenvolvimento local e municipal sustentável*. Material para orientação técnica e treinamento de multiplicadores e técnicos em planejamento local e municipal. Brasília: INCRA/IICA; 1999.

CONSAÚDE – Consórcio Intermunicipal do Vale do Ribeira. [Internet]. Belo Horizonte (MG). [cited 2017 Feb 3]. Available from: <http://www.consaude.org.br/>

Dallabrida VR. A gestão social dos territórios nos processos de desenvolvimento territorial: uma aproximação conceitual. *Sociedade, contabilidade e gestão* 2007; 2(2): 44– 60.

Dallabrida VR, Becker DF. Governança Territorial um primeiro passo na construção de uma proposta teórico-metodológica. *Desenvolvimento em Questão* 2003; 1(2): 73–97.

Dallabrida VR, Zimmermann VJ. Descentralização na gestão pública e estruturas subnacionais de gestão do desenvolvimento: o papel dos consórcios intermunicipais. *Revista Brasileira de Gestão e Desenvolvimento Regional* 2009; 5(3): 3-28. 3 p.

Denaldi R, Klink J, Souza CV. *Habitação, inclusão e governança urbana colaborativa*. In: Castro E, Wojciechowski MJ (Orgs.). *Inclusão, colaboração e governança urbana: perspectivas brasileiras*. Belo Horizonte: Editora PUC Minas; 2010.

Fernandes BM. Movimentos socioterritoriais e movimentos socioespaciais: contribuição teórica para uma leitura geográfica dos movimentos sociais. *Revista Nera* 2005; 8(6): 14–34. 28 p.

Klink J. Novas governanças para as áreas metropolitanas: o panorama internacional e as perspectivas para o caso brasileiro. *Cadernos MetrÓpole* 2009; 11(22): 415–433.

Maricato E. MetrÓpoles desgovernadas. *Estudos Avançados* 2011; 25(71): 7-22.

Neves LA, Ribeiro JM. Consórcios de saúde: estudo de caso exitoso. *Cadernos de Saúde Pública* 2006; 22(10): 2207-2217.

Nicoletto SCF, Cordoni Jr L, Costa NR. Consórcios Intermunicipais de Saúde: o caso do Paraná, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública* 2005; 21(1): 29–38.

Oliveira F. *Aproximações ao enigma: o que quer dizer desenvolvimento local?* São Paulo: Programa Gestão Pública e Cidadania/EAESP/FGV; 2001.

RIBEIRO LCdQ, SILVA, ETd, RODRIGUES JM. MetrÓpoles Brasileiras: diversificação, concentração e dispersão. *Revista Paranaense de Desenvolvimento* 2011; (120): 177-207.

Rolnik R, Klink JJ. Crescimento econômico e desenvolvimento urbano. *Novos Estudos* 2011; (89): 89-109.

Santos M. *A urbanização brasileira*. São Paulo: Edusp; 2008.

Spink PK, Teixeira MA, Clemente RAS. Governança, Governo ou Gestão: o caminho das ações metropolitanas. *Cadernos Metrópole* 2009; 11(22), 451–491.

Teixeira L, Mac Dowell MC, Bugarin M. *Consórcios intermunicipais de saúde: Uma análise à luz da teoria dos jogos*. Brasília: IPEA, 2002.

Vázquez–Barquero A. *La Política de Desarrollo in Itália: instrumentos y experiencias*. Santiago de Chile: CEPAL – Proyecto CEPAL/GTZ; 2000. 15 p.

Veiga JE. *Cidades imaginárias: o Brasil é menos urbano do que se calcula*. Campinas: Autores Associados, 2003.

Villaça F. *Espaço Intra–urbano no Brasil*. São Paulo: Studio Nobel, 1998.

Ribeiro HA, Braga RQ. Administração de Consórcios Intermunicipais de Saúde. *Revista Brasileira de Gestão e Engenharia* 2011; (3): 105-122.