



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação  
em Saúde Coletiva

Brasil

Bretas Junior, Nilo; Eri Shimizu, Helena  
Reflexões teóricas sobre governança nas regiões de saúde  
Ciência & Saúde Coletiva, vol. 22, núm. 4, abril, 2017, pp. 1085-1095  
Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva  
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63050551007>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal  
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

## Reflexões teóricas sobre governança nas regiões de saúde

Theoretical reflections on governance in health regions

Nilo Bretas Junior <sup>1</sup>  
Helena Eri Shimizu <sup>1</sup>

**Abstract** This article analyzes governance in health regions, through the contributions of two studies: one on a governance model and the other on duties in the management of public policies networks. The former conducted a meta-analysis of 137 case studies in the literature on collaborative governance aimed at preparing an explanatory and analytical model. Authors identified critical variables that will influence the results: a previous history of conflict or cooperation, incentives for participation, power imbalances, leadership and institutional design. They also identified key factors: face-to-face dialogue, trust building and development of commitment and shared vision. The latter study examined networks of public policies in the analytic tradition and the perspective of governance, incorporating concepts from the field of political science, economics and interorganizational relations, in order to support the management of public policies networks. The study identified network management as equivalent to a strategic game involving functions: network activation, framework of relations, intermediation, facilitation and consensus building and mediation and arbitration. The combination of the two reflections provides a conceptual reference for better understanding of governance in health regions.

**Key words** Management, Public policy, Governance

**Resumo** Este artigo analisa a governança nas regiões de saúde, através das contribuições de dois estudos: um sobre modelo de governança e outro sobre funções na gestão de redes de políticas públicas. O primeiro realizou meta-análise de 137 estudos de caso na literatura sobre governança colaborativa visando elaborar um modelo explicativo e analítico. Os autores identificam variáveis críticas que irão influenciar os resultados: História prévia de conflito ou cooperação, incentivos para participação, desequilíbrios de poder, liderança e desenho institucional. Também identificaram fatores cruciais: diálogo face-a-face, construção de confiança e desenvolvimento de compromisso e visão compartilhada. O segundo examinou redes de políticas públicas na tradição analítica e na perspectiva da governança, incorporando conceitos do campo da ciência política, economia e relações interorganizacionais, com o objetivo de apoiar a gestão delas. O estudo identifica a gestão da rede como equivalente a um jogo estratégico envolvendo as funções: ativação da rede, enquadramento das relações, intermediação, facilitação e criação de consenso e mediação e arbitragem. A combinação das duas reflexões proporciona referência conceitual para melhor compreensão da governança nas regiões de saúde.

**Palavras-chave** Gestão, Políticas públicas, Governança

<sup>1</sup> Departamento de Enfermagem, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília. Asa Norte, Campus Darcy Ribeiro. 70910-900 Brasília DF Brasil.  
nilo@conasems.org.br

## Introdução

Nas duas últimas décadas, estudos sobre governança para superar contradições nos modos de formulação de políticas e de gestão de sua implementação originaram o termo Governança colaborativa, cuja estratégia passa pela organização pelos órgãos públicos de fóruns coletivos com tomada de decisões orientada pelo consenso e envolvimento de atores públicos e privados. Surgiu como resposta às falhas e ao alto custo de implementação, bem como à politização da regulação. Desenvolveu-se como alternativa aos conflitos no pluralismo de grupos de interesse e às falhas de prestação de contas dos gerentes de políticas.

Ansell e Gash<sup>1</sup> formulam uma modelagem geral de governança colaborativa destacando condições sob as quais esta será mais ou menos eficaz como estratégia para a elaboração de políticas e gestão pública. Calmon e Costa<sup>2</sup> identificam um conjunto de variáveis que podem ser utilizadas para aumentar a capacidade de governança: capital social; institucionalização; sustentabilidade; estrutura e instrumentos de coordenação; comunicação e informação e análise.

Ambos os trabalhos têm objetivos distintos, mas permitem um melhor entendimento do processo de decisão coletivo, orientado por consenso, com regras formais e informais no SUS – Sistema Único de Saúde e nas regiões de saúde brasileiras. Nossa objetivo é analisar aspectos da governança nas regiões de saúde, através das contribuições destes estudos.

A governança regional em saúde como estratégia para estabelecer Cogestão intergovernamental nas regiões de saúde e o justo partilhamento de responsabilidades entre os entes federados dentro do pacto federativo é perspectiva e desafio para o cumprimento dos princípios e diretrizes constitucionais no Brasil.

O Decreto Presidencial 7508 de 28 de junho de 2011, tem a integração regional como um de seus principais objetivos. Apesar dos avanços normativos e em aspectos tais como rever e adequar os marcos geográficos das regiões de saúde nos documentos de pactuação intergestores, constituir os colegiados regionais previstos, programar oferta de serviços, mudanças que promovessem integração regional decorrentes de planejamento e pactuações entre gestores induzidas pelo COAP – contrato organizativo de ação pública, foram pouco observadas até o momento.

As Comissões Intergestoras Regionais-CIR, têm a responsabilidade de pactuar à luz de diretrizes nacionais e estaduais:

I – aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS, de acordo com a definição da política de saúde dos entes federativos, consubstanciada nos seus planos de saúde, aprovados pelos respectivos conselhos de saúde;

II – diretrizes gerais sobre Regiões de Saúde, integração de limites geográficos, referência e contrarreferência e demais aspectos vinculados à integração das ações e serviços de saúde entre os entes federativos;

III – diretrizes de âmbito regional, a respeito da organização das redes de atenção à saúde, principalmente no tocante à gestão institucional e à integração das ações e dos serviços dos entes federativos.

Nas CIR em que há processo de legitimação e institucionalização e de liderança colaborativa, as condições para bons resultados são mais favoráveis. Um dos fatores importantes para isso é a incorporação da regionalização na agenda dos chefes dos poderes executivos e dirigentes das secretarias estaduais e municipais de saúde. Essa, no entanto, não é condição presente na maioria das regiões de saúde, e isso se traduz em fragilidade institucional na implementação da regionalização, como resultado de um processo de governança para as de pouca potência.

A pactuação entre entes públicos como resultado de governança colaborativa fortaleceria os vínculos entre entes públicos envolvidos definindo melhor responsabilidades e reforçando institucionalidade no planejamento regional. A regionalização da saúde depende da potencialização de esforços das três esferas de governo, e só ocorrerá com o fortalecimento dos mecanismos político-institucionais dentro do pacto federativo regional.

### Estabelecendo fundamentos da governança colaborativa nas regiões de saúde

A meta-análise realizada Ansell e Gash<sup>1</sup>, por meio de estratégia de aproximação sucessiva utilizando uma amostra de literatura para desenvolver uma linguagem comum para a análise de governança colaborativa e sucessivamente testando esta linguagem contra casos adicionais, reuniu qualidades avaliativas de um estudo quase experimental, produzindo um modelo.

Os autores definem governança colaborativa como um arranjo de governo em que um ou mais órgãos públicos se envolvem com instituições não estatais como partes interessadas num processo de tomada de decisão coletiva formal, de

consenso orientado, deliberativo e que tem como objetivo fazer ou implementar políticas públicas ou gerencia pública de programas ou ativos. Esta definição de governança colaborativa realça seis critérios importantes: (1) o fórum é iniciado por órgãos públicos, (2) os participantes no fórum incluem atores não estatais, (3) os participantes se envolvem na tomada de decisão e não são apenas consultados por órgãos públicos, (4) o fórum está organizado formalmente e funciona coletivamente, (5) o fórum tem como objetivo tomar decisões por consenso e (6) o foco da colaboração está na ordem pública ou gestão pública.

Essa definição permite algumas observações sobre a governança nas regiões de saúde. A legislação do SUS traz Conselhos de Saúde em cada esfera de governo, onde usuários, trabalhadores da saúde e o setor privado estão presentes. Mas atribuir às reuniões dos Conselhos de Saúde o papel de governança, seria atribuir aos mesmos o de implementação das políticas de saúde. No SUS, cabe aos gestores pactuar responsabilidades pelos modelos de gestão, atenção e de financiamento, tendo como regra básica a aprovação pelo Conselho do Plano de Saúde, onde devem estar contidas todas as ações incluindo essas responsabilidades pactuadas. No caso das regiões de saúde brasileiras, da CIR participam apenas gestores públicos apoiados por técnicos e convidados. A CIR é deliberativa, toma decisões por consenso e está organizada formalmente por meio de publicação de homologação de criação e regimento interno e funciona coletivamente, sem hierarquia.

A interdependência dos gestores do SUS está estabelecida no artigo 15 da Lei 8080/90, com as responsabilidades comuns além das competências específicas de cada ente federado nos artigos 16 a 18. Cotidianamente, nas três esferas de governo, instituições e representações não estatais, representantes de profissionais de saúde e de usuários do sistema de saúde, instituições de ensino e pesquisa na saúde, participam por meio de consultas formais e por grupos de trabalho desse debate, mas a tomada de decisão coletiva com o objetivo de elaborar e pactuar a implementação das políticas públicas na saúde envolve apenas os gestores nas três esferas de governo.

No caso das regiões de saúde, governança colaborativa é, portanto, um tipo de governança pública em que os atores públicos trabalham coletivamente, e de formas distintas, utilizando processos, estabelecendo regras para a provisão de bens públicos – serviços organizados em RRAS -rede regionalizada de atenção à saúde. Mesmo com essa característica e contando com todos os

municípios da região de saúde, governança colaborativa é nunca apenas Colaboração consultiva, pois implica uma comunicação bidirecional e influência entre os governos e partes interessadas não estatais e também oportunidades de debates e proposições entre os gestores. Governos federal, estaduais e municipais reúnem-se com periodicidade definida para a tomada de decisão, em um processo deliberativo e multilateral, respeitando-se a autonomia e as responsabilidades de cada ente federado.

Na Governança colaborativa, as partes interessadas assumem responsabilidade com resultados das políticas, impondo-se a condição de que devem ser envolvidas na tomada de decisões. Este critério está em grande parte da literatura sobre governança colaborativa. Freeman<sup>3</sup>, por exemplo, argumenta que as partes interessadas participem em todo o processo de tomada de decisão, da elaboração ao monitoramento e avaliação à implementação. Nas Regiões de saúde, muito embora a responsabilização pela implementação aconteça, os processos de monitoramento e avaliação são permeados por vieses de informação e são frequentes os casos em que as políticas são elaboradas por uma esfera, a que realiza repasses financeiros, que convida as outras a aderir mediante responsabilização.

O interesse de grupos e entidades públicas sempre estiveram envolvidos em fluxos bidirecionais de influência. A diferença entre a governança colaborativa e o interesse convencional ou influência do grupo é que a primeira implica em estratégia pública de organizar esta, como é o caso do SUS. Para exercer a capacidade de governança na saúde de forma colaborativa, a CIR necessita de organização e estrutura para funcionamento regular, embora suas decisões sejam fortemente influenciadas pela agenda e a direcionalidade oriunda dos fóruns CIB-Comissão Intergestores Bipartite Estadual e CIT-Comissão Intergestores Tripartite de âmbito nacional. Segundo o modelo, as responsabilidades deveriam estar estabelecidas especificamente para cada um dos três entes, bem como as interdependências entre essas responsabilidades, pois sempre um município depende de outro e do apoio técnico e financeiro dos estados e da União.

Em todos os casos analisados por Ansell e Gash<sup>1</sup> é premissa o esforço para o consenso ou, pelo menos, para descobrir áreas de concordância nas reuniões em fórum deliberativo. Tal característica toma importância porque fóruns colaborativos muitas vezes não conseguem chegar a um consenso. No SUS, o objetivo da colaboração

é conseguir algum grau de consenso e dividir responsabilidades entre esferas de governo. Muitas vezes prazos não são estabelecidos por dificuldades no contexto político e econômico macro-organizacional do SUS e por assimetria de poder e estrutura entre entes federados.

Os autores apontam que os termos rede de políticas e governança colaborativa podem se referir a fenômenos semelhantes pois redes de políticas implicam modos cooperativos de deliberação ou tomada de decisão. No entanto, diferenciam governança colaborativa como se referindo a uma estratégia de incorporar as partes interessadas em processos multilaterais e orientados para o consenso na tomada de decisão. A cooperação inerente a redes de políticas pode ser informal e permanecer em grande parte implícita, não reconhecida, não declarada e não designada. Afirmam que redes de políticas podem operar através de padrões informais de técnica e diplomacia, em vez de padrões de decisão formais e processos multilaterais. No caso do SUS, tais regras estão formalizadas, mas outros aspectos do processo colaborativo precisam ser desenvolvidos, notadamente as condições iniciais para a colaboração, uma vez que seu estabelecimento por meio de atos normativos descendentes não promovem a adesão e a credibilidade para a decisão sobre o uso de recursos em comum. Também pode-se compreender como uma rede de política, em que o caráter público dos participantes exige as regras e os padrões formais.

O modelo proposto por Ansell e Gash<sup>1</sup> representa uma tentativa, conforme apontam os autores, de simplificar tanto quanto possível a representação de variáveis-chave e seus relacionamentos, pois na formulação dos conceitos e no processo de avaliação, variáveis e relações causais proliferaram além do que possa ser útil para decisões políticas e profissionais. Esta simplificação ajudou os pesquisadores a identificar achados comuns e frequentes entre os casos.

A Figura 1 fornece representação visual dos achados observados por Ansell e Gash<sup>1</sup>. O modelo tem quatro grandes variáveis iniciais: condições, desenho institucional, liderança e processo de colaboração. Cada uma destas variáveis gerais pode ser desagregadas em mais variáveis de granulação fina. As variáveis de processo colaborativo são tratadas como o núcleo do modelo, e as de condições, desenho institucional e de liderança são representadas como condições críticas para o processo colaborativo. A partir das condições iniciais de colaboração, o nível de confiança, os conflitos e o capital social se tornam recursos ou

dívidas durante o processo. O desenho institucional define regras básicas sob as quais a colaboração acontece. E a liderança fornece mediação e facilitação.

A partir deste modelo, Ansell e Gash<sup>1</sup> concluem:

(1) Se houver significativos desequilíbrios de poder/recursos entre as partes, de forma que interessados importantes não possam participar de uma forma significativa, então uma governança colaborativa eficaz requer compromisso com estratégia positiva de empoderamento e representação. Esta conclusão exige estratégias de cooperação e apoio horizontal entre municípios na CIR, bem como por parte do estado e da União, mas o debate sobre organização da RRAS evidencia a assimetria de poder e recursos. A participação de todos os municípios e do estado é vital para a governança.

(2) Se existirem espaços alternativos onde os interessados podem perseguir seus objetivos de forma unilateral, governança colaborativa só funcionará se as partes se percebam altamente interdependentes. A relação entre gestores tem privilegiado o diálogo e evitado o recurso de decisões externas, face à interdependência entre gestores e ao objetivo de garantir a integralidade da atenção à saúde na região.

(3) Se a interdependência é condicionada ao fórum colaborativo ser local exclusivo, as partes devem respeitar e honrar resultados do processo antes de buscar fóruns alternativos (tribunais, legisladores e executivos). No Brasil, os fóruns dos outros poderes têm pouca aproximação com as relações entre entes federados.

(4) Se houver história pregressa de antagonismo entre as partes, é improvável que a governança colaborativa tenha sucesso, a menos que exista alto grau de interdependência entre as partes ou que medidas positivas sejam tomadas para corrigir os baixos níveis de confiança e de capital social. Nas CIR, a interdependência é alta, e a participação de todos requer constantemente esforços de garantir coesão e consensos nas decisões.

(5) Se o conflito é elevado e a confiança é baixa, mas a distribuição de poder é relativamente igual e as partes têm incentivos para participar, então governança colaborativa terá sucesso contando com os serviços de um intermediário honesto que as partes aceitem e confiem. Esta conclusão não se aplica às regiões de saúde onde muitas vezes está até presente baixa confiança, mas a distribuição de poder não é igual, não existem incentivos à participação nem intermediários na negociação.

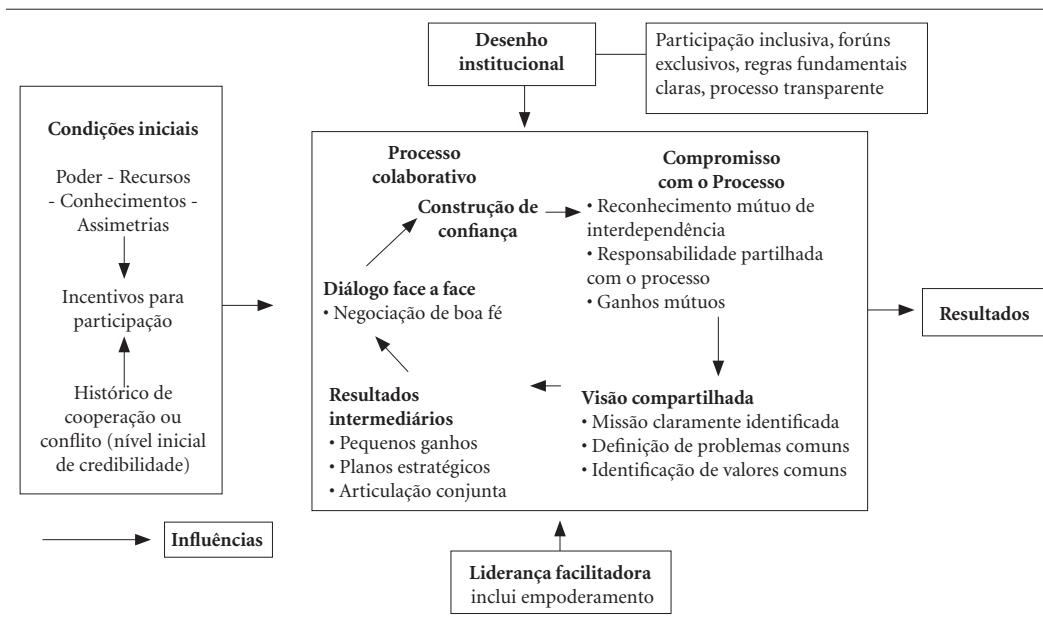


Figura 1. Modelo de Governança Colaborativa de Ansell e Gash.

(6) No caso de distribuição de poder mais assimétrica ou fracos incentivos para participar, a governança colaborativa é mais propensa a ter sucesso se houver uma forte liderança orgânica que comande com o respeito e a confiança das partes no início do processo. Líderes orgânicos são líderes que emergem de dentro da comunidade das partes interessadas. A disponibilidade de tais líderes é provável que seja altamente contingente das circunstâncias locais. Nos dois estados em que o COAP foi elaborado e assinado, tais lideranças estão presentes no processo de elaboração.

(7) Se a história anterior é de antagonismos, os decisores políticos devem investir tempo para a construção de efetiva confiança. Se eles não podem empregar tempo e seu custo necessário, não devem adotar estratégia de colaboração. Nas regiões de saúde, a lei estabeleceu o processo colaborativo cabendo aos gestores implementá-lo. As competências individuais de cada ente somente se realizam se as comuns também se realizarem. O acesso universal pela população só acontece se a integralidade estiver presente na região.

(8) Mesmo quando a governança colaborativa é obrigatória, firmar compromissos ainda é elemento essencial desse processo. Esta vem sendo uma prática nos fóruns colegiados da saúde. Documentos com teses, prioridades e estratégias

frequentemente são tornados públicos e muitas vezes são referência para as decisões.

(9) estratégias de governança colaborativa são particularmente adequadas para situações que requerem cooperação na ação. A RRAS exige ação cooperada entre os entes para se concretizar.

(10) Se o antagonismo anterior é elevado e um compromisso de longo prazo é necessário, resultados intermediários que produzam pequenas vitórias são cruciais. Se, nestas circunstâncias, os decisores políticos não podem antecipar pequenas vitórias, então provavelmente não devem embarcar em processo de colaboração.

Embora as regiões de saúde se encaixem no modelo formulado por Ansell e Gash<sup>1</sup>, um estudo mais aprofundado se faz necessário para analisar a colaboração e as circunstâncias em que acontece. Condições iniciais, interdependências, desequilíbrios de poder, existência de fóruns alternativos, conflitos, antagonismos e interdependências, resultados intermediários e estabelecimento de compromissos são aspectos de condição local. Os casos analisados pelos autores apontam com muita evidência que colaboração depende de ativação de ciclo virtuoso entre comunicação, confiança, compromisso, entendimento e resultados. Ativar este círculo virtuoso nas regiões de saúde depende da participação e do compromisso de todos os gestores municipais de saúde. Depende

também do desenvolvimento de cultura política com tais valores e práticas nas relações intergovernamentais para que a Governança possa produzir colaboração necessária para promover o acesso, a equidade e a integralidade na atenção à saúde.

### Aumentando a capacidade de governança

Calmon e Costa<sup>2</sup> assinalam aspectos básicos que auxiliam na gestão de redes de políticas públicas, estudando os processos subjacentes à formulação, à implementação e à avaliação de políticas públicas e programas governamentais.

A natureza da organização da gestão regional do SUS apresenta três esferas de entes federados autônomos e interdependentes entre si, mas com grandes assimetrias de poder e de recursos e que vivem uma enorme diversidade de realidades sociais, políticas e econômicas em ação coletiva em um contexto marcado por atores distintos, com preferências heterogêneas, recursos de poder distintos e assimetricamente distribuídos, e que precisam resolver problemas de coordenação, cooperação e comunicação. Os problemas são tratados em ambiente marcado por ambiguidade e incerteza, tornando ainda mais difícil articular a ação coletiva.

Embora alguns modelos de análise do processo de tomada de decisão possam assumir que esses atores são racionais, no sentido de que suas negociações respondem à lógica das consequências, há perspectivas que entendem que processam informação de maneira idiossincrática e comportam-se muito mais em função da lógica da adequação do que dos princípios preconizados nos modelos de escolha racional. James March<sup>4</sup> identificou quatro modalidades sobre como as decisões ocorrem nas organizações: decisões por regras; decisões em ambiente de ambiguidade, incerteza e riscos; decisões como propriedade sistemática de uma ecologia interativa; e decisões como uma atividade interpretativa.

Na modalidade de decisões por regras, os indivíduos procuram compreender e classificar a situação (reconhecimento), em seguida compreender a concepção pessoal dentro dela (identidade), e ter atitudes apropriadas em relação à sua identidade (regras). Assim, o processo decisório pode ser entendido ou pela lógica da consequência ou pela da adequação. A lógica da adequação estimula pensamentos, discussão e julgamento pessoal sobre a situação, identidade pessoal e regras. Exige capacidade de compreender o passado e de formar identidades úteis. Já a lógica da

consequência estimula pensamentos, discussão e julgamento pessoal sobre as preferências e expectativas. Exige capacidade de antecipar o futuro e formar preferências úteis.

Na modalidade de decisões por ambiguidade, incerteza e riscos, estão presentes ambiguidade de preferências e incerteza quanto às consequências. Na terceira modalidade, os processos decisórios dependem menos de interesses ou identidades de indivíduos que das propriedades sistêmicas de suas interações. A ênfase fica em preferências inconsistentes em detrimento de decisões solitárias (formação de coalizões, estruturas hierárquicas de regras e identidades, valorizando confiança e lealdade) e ordem temporal em detrimento da causalidade, em processos que envolvem muitos indivíduos e interesses simultaneamente. Tal modalidade confere um caráter errático ao processo decisório, explicado pelo Modelo da Lata de Lixo<sup>5</sup>.

Na quarta modalidade de decisões, o processo decisório compartilha significados ao mesmo tempo em que é compartilhado por eles, ou seja, a decisão sempre gera significados formados em reuniões, discussões, conversas entre as partes que alimentam o próprio processo.

Gestores da Saúde se envolvem em fóruns coletivos nas regiões de saúde para não serem responsabilizados por algo que não está dentro de sua capacidade técnica e competência política, para obter recursos financeiros adicionais para fazer frente a necessidades de saúde de sua população, e quase sempre estão presentes as quatro modalidades apontadas de decisão e suas lógicas.

Calmon e Costa<sup>2</sup> apontam que atores são interdependentes porque não podem produzir sozinhos os produtos e os resultados da política pública. Os recursos financeiros, políticos e organizacionais necessários para produzir produtos e resultados, além da informação essencial para implementar ações preconizadas, estão distribuídos por uma ampla gama de atores e organizações dentro e fora do governo. Tal é a realidade do SUS, com grande assimetria de poder entre os gestores além de recursos sempre insuficientes e com a implementação das políticas dependendo de uma série de acordos com prestadores, empresários da saúde, trabalhadores, grupos de interesses em saúde. Além de não haver opção legal de não regionalizar, não há meios de fazer o SUS que não seja desse modo. Portanto, por mais independente financeiramente e tecnicamente que seja um gestor municipal, estadual ou federal é alto o grau de interdependência entre eles pois é assim na RRAS.

Concordando com os autores, governança nas regiões de saúde exige debater quatro elementos fundamentais: a heterogeneidade e a interdependência entre atores, a existência de um subsistema de política pública e a presença de uma estrutura de governança entendida como forma de organizar o processo de tomada de decisão.

Grande parte do referencial utilizado por várias organizações de fomento e investimento, bem como órgãos de controle interno e externo, dizem respeito à análise de gestão de uma organização, estruturada de maneira predominantemente hierárquica e com monopólio de poder, informação e recursos sobre determinada área. Em outras referências, a imagem do SUS parece dissociar política e administração. Remete governança para os conselhos de saúde e atribui o papel dos gestores em apenas fazer a gestão, a partir das decisões dos conselhos. Tais concepções são inadequadas à governança no SUS, onde constitucionalmente existem responsabilidades comuns entre entes federados que estão em instituições diferentes com culturas e processos de tomada de decisão distintos e são interdependentes entre si, possuem um sistema de saúde em comum e estrutura de governança interfederativa criado por lei. Embora exista alguma literatura sobre gestão intergovernamental, as pesquisas nessa área se limitam aos arranjos organizacionais de opera-

ção executiva. No caso da saúde, debate-se muito a governança executiva por meio de consórcios públicos e as limitações estabelecidas pelo direito administrativo brasileiro.

Calmon e Costa<sup>2</sup>, ao listar as funções exercidas na gestão das organizações públicas, apontam que o foco dos estudos tem sido nas funções caracterizadas pela sigla POSDCORB (Planning, Organizing, Staffing, Directing, Coordinating, Reporting and Budgeting). Mas essas funções não podem ser transpostas quando se fala na administração de redes formadas por múltiplas organizações heterogêneas, como ocorre no SUS, e muito menos em função dos objetivos das regiões de saúde e de sua estrutura de governança. Essa dificuldade está expressa em vários processos que devem ser desenvolvidos na CIR, a exemplo do planejamento regional integrado incluindo a programação de serviços. Elaborar planos e orçamentos envolvendo esforços voltados para o alinhamento de organizações distintas e com valores e princípios heterogêneos é o desafio. O Quadro 1, sintetiza três diferentes perspectivas sobre governança das políticas públicas: (i) a perspectiva tradicional, fundamentada em uma visão descendente da gestão de políticas públicas; (ii) a perspectiva participativa, fundamentada em uma visão ascendente; (iii) a perspectiva de governança de redes de políticas públicas, em que

**Quadro 1.** Três perspectivas da formulação de políticas públicas.

	Perspectiva tradicional	Perspectiva participativa	Perspectiva da governança de redes
<b>Objeto de análise</b>	Governo central atende diferentes segmentos da sociedade	Governo central atende a atores locais que interagem com a sociedade	Redes de atores heterogêneos em diferentes níveis de governo e na sociedade
<b>Foco principal</b>	Autoridade hierárquica	Atores Locais	Inter-relação entre atores heterogêneos
<b>Tipo de relação</b>	Autoridade e controle	Centralização VS descentralização	Interdependência
<b>Implementação</b>	Implementação do planejado	Representação de interesses mediante normas e controle de recursos	Interação com troca de informação, objetivos e recursos
<b>Critério de sucesso</b>	Consecução das metas da política concebida centralmente	Satisfação das preferências locais e obtenção de recursos para atores locais	Realização de ação coletiva
<b>Critério de fracasso</b>	Falhas de controle, políticas mal definidas ou mal monitoradas	Falhas na descentralização ou pouco engajamento local	Arranjo institucional deficiente dificulta ação coletiva
<b>Recomendações</b>	Centralização e coordenação	Descentralização e participação	Gestão do ambiente e da infraestrutura de interação nas políticas públicas

prevalecem atores heterogêneos, relações de interdependência e problemas de ação coletiva.

Não há como adaptar a perspectiva descendente ou ascendente ao contexto da gestão de redes e portanto não há como transplantar os princípios do POSDCORB para ela. Calmon e Costa<sup>2</sup> apontam que tentativas de caracterizar as funções na gestão de uma rede, principalmente as baseadas nos trabalhos de Kickert e Koppenjan<sup>6</sup> e McGuire<sup>7</sup>, direcionam para: ativação da rede, enquadramento das relações, intermediação, facilitação e criação de consenso e mediação e arbitragem.

A análise das funções associadas à governança de redes permite identificar questões que os gestores devem considerar na gestão destas. Primeiramente, o ambiente em que a rede se insere. Segundo a literatura, cinco características básicas do ambiente de uma rede podem afetar o seu desempenho:

1. Consenso sobre objetivos – uma rede onde há consenso sobre objetivos a serem alcançados tende a ser mais efetiva do que em uma na qual há ainda necessidade de os definir e pactuar. Em uma rede com objetivos bem definidos e consensuais, os gestores dedicarão mais tempo à ativação da rede, ao enquadramento e à intermediação. Naquelas onde objetivos ainda não foram pactuados, gestores dedicarão mais tempo à facilitação, mediação e arbitragem. Essa análise precisa ser aprofundada sobre as CIR, mas algumas regiões de saúde, dada a diversidade de situações e irregularidade de reuniões dos fóruns deliberativos, parecem necessitar melhor definir objetivos.

2. Distribuição de recursos – as interdependências em uma rede ocorrem em função da distribuição de recursos entre seus membros. Os recursos incluem a distribuição da autoridade legal, recursos materiais, informação, expertise e experiência. A participação na rede deriva da quantidade de recursos disponíveis para cada ator. Se esses recursos são bem distribuídos, isso resultará em uma rede vasta. Se os recursos são concentrados em poucos, então a rede tende a ser mais restrita. As regiões de saúde conforme já assinalado, são bem diversas. Dentre as 438 estabelecidas, temos grandes variações tanto em número de municípios como em população, recursos financeiros disponíveis, rede de serviços de saúde existente, recursos humanos. A concentração de recursos pode ser uma das explicações para a maior ou menor participação de gestores nas CIR, mas essa análise requer aprofundamento a ser investigado.

3. Apoio político – O apoio político para a rede e o obtido pelos membros nas respectivas organizações são fundamentais para o bom funcionamento. Se os participantes de uma rede não possuem apoio de suas organizações ou da sociedade, então grande parte do esforço na gestão será voltado para sua obtenção. Os gestores do SUS exercem autonomia relativa, pois foram nomeados pelos chefes do poder executivo, eleitos pela população. Percebe-se um constante esforço em envolver prefeitos, governadores e presidência da república, sendo necessário aprofundar o papel desses atores nos estados que chegaram a assinar o COAP.

4. Relacionamentos – Confiança e capital social são fundamentais para bom funcionamento de uma rede. Se os membros da rede interagiram no passado, se conhecem bem, então será dedicado menos tempo ao enquadramento e à intermediação do que numa rede formada por estranhos ou pessoas que interagem pela primeira vez. Essa é característica presente no SUS. Nem sempre os gestores que participam de uma CIR se conhecem, e está presente grande rotatividade deles nas três esferas em seus cargos de dirigentes. Muitas vezes, ainda, essa rotatividade se revela em trocas de posições nas interações.

5. Orientação em relação às políticas públicas – Se há um paradigma de políticas públicas compartilhado entre todos os atores com indicação de prioridades, objetivos, metas e instrumentos, então é preciso menos energia na formação de consenso. Por outro lado, se os membros da rede adotam diferentes paradigmas para sua atuação, então o risco de ocorrerem conflitos cresce bastante. Está é uma característica que também merece ser investigada, pois apesar do SUS ter vários processos de pactuação descendente e mediada de metas e indicadores, são muitos os vieses nos diversos sistemas de informação e no processo e instrumentos de pactuação.

## Considerações finais

A Saúde como subsistema de políticas públicas envolve atores no Poder Executivo, quase sempre em diferentes órgãos governamentais, no Poder Legislativo, incluindo políticos e assessores, no Poder Judiciário, envolvendo ministros, juízes e assessores, grupos de interesse ligados a indústrias, empresas, sindicatos, associações patronais e movimentos sociais, representantes de organismos internacionais e membros da academia e da mídia. E tem a participação da comunidade como

um de seus princípios organizativos, exercido por meio de fóruns estabelecidos também por lei nas três esferas de governo. Os desafios para processos de governança regional no SUS somente serão superados com coordenação, cooperação e comunicação. Os arranjos organizacionais das regiões de saúde, compostos por instituições formais (Ministério da Saúde, secretarias estaduais e municipais de saúde) e informais, assim como a maneira como a agenda é combinada, as decisões são tomadas por consenso e a divisão de responsabilidades técnicas e financeiras são pactuadas, fazem parte da estrutura de governança nos diversos estados e com desenhos variados. Além dos fóruns CIR, CIB e CIT, em vários estados há outros em macrorregiões, fundamentais para as pactuações relacionadas ao acesso e à integralidade. Também há casos em que o caráter deliberativo das CIR requer a aprovação de decisões pela CIB.

Para aumentar a capacidade de governança nas regiões de saúde fortalecendo os relacionamentos entre gestores, enorme esforço e atuação em apoio vem sendo desenvolvido pelos COSEMS – Colegiado de Secretários Municipais de Saúde em cada estado, CONASEMS – Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde e CONASS – Conselho Nacional dos Secretários (Estaduais) de Saúde. Tal apoio não se apresenta como assumpção de funções das esferas estadual e federal, pois quase sempre significa diálogo horizontal gestor-gestor, e em forma de rede de políticas públicas.

Segundo Calmon e Costa<sup>2</sup>, a noção de capacidade de redes de políticas públicas tem foco não apenas no volume de informação transmitido, mas na capacidade de mobilizar atores na resolução dos problemas enfrentados pela coletividade. Em outras palavras, envolve capacidade da rede em resolver problemas de ação coletiva, especialmente aquela voltada para cooperação, coordenação e comunicação entre atores, gerar resultados esperados e sustentar ações ao longo do tempo.

Para analisar a capacidade de governança das redes de políticas públicas, os autores propõem seis dimensões: capital social; institucionalização; sustentabilidade; estrutura e instrumentos de coordenação; comunicação e informação e análise.

1. Capital social – O grau de governança de uma rede depende da existência de capital social. Em outras palavras, depende: (i) do estabelecimento de um clima de credibilidade e confiança mútua; (ii) de ampla participação nos processos

decisórios; e (iii) da transparência, fiscalização e responsabilização das ações. A existência de valores comuns aos diversos membros pode facilitar a coordenação das ações. Algumas redes são mais integradas que outras. Outras são tão pouco integradas que é difícil perceber seus membros como pertencentes a uma rede. Isso pode explicar diferenças entre as CIR pelo critério de participação e responsabilização, mas também aponta caminhos para aumentar a capacidade de governança.

2. Institucionalização – Uma rede de políticas públicas bem estruturada deve ser institucionalizada, implicando no estabelecimento de normas e procedimentos, que definam arenas decisórias e divisão de competências e atribuições. Algumas redes estabelecem marcos regulatórios, destacando competências de cada um dos atores envolvidos. Redes formalmente institucionalizadas podem dispor de maior grau de governança. Entretanto, excesso de normas e formalidades pode dificultar participação e coordenação destas redes. A resolução tripartite que estabeleceu diretrizes para a conformação das regiões de saúde é bem ampla e não estabelece como deve ser cada região. Aponta a resolução na CIB e o regimento interno da CIR como o marco regulatório do processo decisório e da governança nas regiões, tendo como referência o decreto 7508. Algumas regiões ainda não elaboraram seus regimentos internos, outras não têm periodicidade regular, outras não têm fluxos decisórios e de harmonização de decisões entre CIR e CIB, mas também são muitas as regiões nas quais as questões de acesso melhoraram muito após a organização da gestão compartilhada.

3. Sustentabilidade – Não raro, ações em uma rede são interrompidas por troca de governos, mudanças ministeriais, reorganizações administrativas, interrupção de fluxo de recursos financeiros ou outros fatores externos. Em função disso, redes estão sujeitas a processo dinâmico, com contínua adaptação a transformações e busca permanente de aperfeiçoamentos. O grau de governança de uma rede depende da sua sustentabilidade. Ou seja, da capacidade de realizar ações continuas, mesmo que com adaptações e de longa duração. Essa é a situação típica do SUS, com alta rotatividade de seus gestores.

Há várias iniciativas em curso por CONASEMS e CONASS para acolher novos gestores e garantir menos mudanças em decisões, mas os fluxos financeiros no SUS sempre sofreram oscilações. O financiamento do sistema é questão bem mais complexa do que aqui exposto. Em reunião da CIT de abril de 2016, o Presidente do

CONASEMS discursou que seu enfrentamento exige mais que demonstrar as necessidades e solicitar mais recursos, necessita qualificar a discussão do financiamento com base em dados estruturados e considerando custos regionais, garantir recomposição dos níveis de financiamento federal diante do evidente esgotamento da capacidade de alocação de recursos municipais em saúde, estabelecer compromisso dos governos estaduais com o cofinanciamento da estruturação e funcionamento da RRAS, entre outras ações e posicionamentos políticos.

4. Estrutura e Instrumentos de Coordenação – A concepção e implementação das ações numa rede implicam na existência de estrutura de coordenação que articule a atuação dos diferentes atores. Algumas redes estabelecem estruturas de coordenação. Noutras, a coordenação é realizada por órgãos colegiados com ampla participação dos atores. Em qualquer dos casos, a estrutura de coordenação deve gozar de legitimidade entre os atores da rede e dispor de instrumentos adequados para suas atividades. O grau de governança de uma rede de políticas públicas depende também da qualidade destes instrumentos. Planejamento, diretrizes e contratos de cooperação são alguns dos principais instrumentos de coordenação das redes. Várias regiões de saúde apresentam razoável estrutura e instrumentos de coordenação, além de contar com CIR com ampla participação dos gestores que conferem grande legitimidade ao processo decisório. Além disso, a atuação em apoio presencial e à distância desenvolvida por COSEMS, CONASEMS e CONASS incide sobre essa capacidade.

5. Comunicação – A comunicação entre atores em uma rede de políticas é fundamental à tomada de decisões e à implementação das ações. Ou seja, o grau de governança de uma rede de-

pende da qualidade das interações entre os atores. A comunicação pode ser analisada em duas dimensões: (i) interna (entre os atores governamentais) e (ii) externa (entre o governo e a sociedade). A boa comunicação entre atores implica no intercâmbio de informações e na existência de sistemas de consultas mútuas. Nas regiões de saúde, a discussão sobre a comunicação ainda é incipiente. Isso não significa qualidade ruim na interação entre os gestores, mas dá pistas do quanto uma política de comunicação poderia aumentar a capacidade de governança.

6. Informação e análise – O planejamento e a implementação das ações demandam fluxo de informações confiáveis e detalhadas e essas informações precisam ser analisadas e disseminadas em tempo hábil para subsidiar o processo de tomada de decisão. O grau de governança de uma rede de políticas depende da qualidade e da confiabilidade das informações disseminadas entre os atores. Essa é outra fragilidade do SUS que dispõe de mais de 130 sistemas de informação, mas desenvolvidos com finalidades diferentes com regras de negócio e em portarias de programas e ações de saúde fragmentados, com baixa interoperabilidade, não aderência aos processos de trabalho das equipes de saúde nos municípios e que não oportunizam informações para o processo de tomada de decisão.

A combinação desses conceitos vindos dos campos da Ciência Política, das Ciências Sociais, da Sociologia e da administração pública associados aos do campo da saúde pode definir hipóteses sobre a governança nas regiões de saúde brasileiras, pois tanto o modelo de Governança colaborativa quanto aquela em rede de políticas públicas apresentam dimensões analíticas e variáveis que podem ser facilmente observadas no SUS.

## Colaboradores

N Bretas Júnior e HE Shimizu trabalharam na concepção e na redação do artigo.

## Referências

1. Ansell C, Gash A. Collaborative Governance in Theory and Practice. *Journal of Public Administration Research and Theory* 2008; 18(4):543-571.
2. Calmon C, Costa ATM. Redes e Governança das Políticas Públicas. *RP3 Revista de Pesquisa em Políticas Públicas* 2013; 1:1-29.
3. Freeman J. Collaborative governance in the administrative state. *UCLA Law Review* 1997; 45:1.
4. March JG. *Decisions and Organizations*. Oxford: Blackwell; 1989.
5. Cohen M, March J, Olsen J. A Garbage Can Model of organization choice. *Administrative Science Quarterly* 1972; 17(1):1-25.
6. Kickert W, Koppenjan J. Public management and network management: an overview. In: Kickert W, Klijn EH, Koppenjan J, editors. *Managing Complex Networks*. London: Sage Publications; 1999. p. 35-61.
7. McGuire M. Managing networks: propositions on what managers do and why they do it. *Public Administration Review* 2002; 62(5):599-609.

---

Artigo apresentado em 01/06/2016

Aprovado em 04/08/2016

Versão final apresentada em 04/11/2016