

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

LOURDES LEMOS ALMEIDA

**O SIGNIFICADO DE GOVERNANÇA PARA OS GESTORES ESTADUAIS DO
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília.

Orientadora: Profa. Dra. Helena Eri Shimizu

BRASÍLIA

2013

LOURDES LEMOS ALMEIDA

**O SIGNIFICADO DE GOVERNANÇA PARA OS GESTORES ESTADUAIS DO
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília.

Aprovado em 19 de fevereiro de 2013

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Helena Eri Shimizu – (presidente)

Universidade de Brasília

Profa. Dra. Maria Fátima de Sousa

Universidade de Brasília

Profa. Dra. Patrícia Tavares Ribeiro Aguilera Campos

Escola Nacional de Saúde Pública

Prof. Dr. Antônio José Costa Cardoso

Universidade de Brasília

AGRADECIMENTOS

Aos amigos que me ajudaram e apoiaram neste desafio quase fora de tempo; especialmente aos do Conass, sem nominá-los, porém com afeto e reconhecimento.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília pela consideração e pela dedicação neste período em que estivemos juntos, especialmente à professora Helena Eri Shimizu pela sua amizade e orientação cuidadosa.

Aos meus queridos de casa, em especial ao Rosber, meu amado e minha base, sempre.

RESUMO

Este estudo teve como objetivo analisar o processo de governança no Sistema Único de Saúde - SUS para apreender os seus principais modos, bem como para identificar os seus desafios mais importantes, visando oferecer subsídios para refletir sobre o seu aprimoramento. Trata-se de estudo qualitativo desenvolvido em duas etapas: na primeira foi realizada revisão integrativa de publicações em periódicos e documentos nacionais e internacionais, no período de 2000 a 2012 acerca da governança, com o intuito de verificar os seus significados, especialmente para subsidiar a compreensão da governança no SUS. São destacados três modos de governança: corporativa, social e pública. Alguns princípios desses modos de governança relacionados às estruturas, aos processos, ao financiamento, aos regulamentos e às responsabilidades de prestar contas podem ser destacados como elementos que atribuem significados à governança no SUS. Na segunda etapa foram realizadas entrevistas semiestruturadas com oito gestores estaduais de saúde das cinco regiões do País, onde o processo de regionalização estava mais estruturado, com as regiões de saúde definidas e as Comissões Intergestores Regionais em funcionamento, a fim de entender o significado da governança no âmbito das secretarias estaduais de saúde. A análise dos dados foi feita com auxílio do *software Analyse Lexicale par Contexte d'un Ensemble de Segments de Texte* (Alceste) que organizou as informações relevantes considerando a função e a ocorrência das palavras no contexto. Na classificação hierárquica descendente o programa identificou três eixos que foram: a participação dos gestores e da sociedade civil no SUS; planejamento e organização institucional; e desafios na organização das ações e dos serviços na região de saúde. Os gestores assinalam como avanços na governança do SUS, a implantação das regiões de saúde conforme o Decreto n. 7.508/2011; o aprimoramento do funcionamento das comissões intergestores e a organização das Comissões Intergestores Regionais; a organização de comitês e comissões com a participação da sociedade e dos prestadores de serviço para discutir com os gestores e contribuir na formulação e na execução de políticas públicas; a melhoria do processo de planejamento regional integrado considerado como fundamental para a governança do SUS. Os desafios mais importantes que se apresentam para a governança do SUS apontam para a necessidade de incluir outros atores: a sociedade, os trabalhadores de saúde e os prestadores de serviço, além dos gestores do SUS; organizar o funcionamento dos comitês técnicos e comissões para a inclusão social, fóruns de prestadores e de trabalhadores, de forma que contribuam na formulação de políticas e cooperem na governança; tratar as situações de conflito nas relações intergovernamentais sob a perspectiva da negociação, do consenso e da pactuação; preservar a autonomia dos entes participantes nas ações intergovernamentais de cooperação e coordenação, sem hierarquia; avaliar e aperfeiçoar a atuação dos conselhos e das conferências de saúde, para um trabalho mais efetivo na governança do SUS.

Palavras-chave: Gestão em Saúde. Governança. Sistema de Saúde.

ABSTRACT

This study aims to analyze the process of governance in the Unified Health System (SUS) to seize its main approaches, as well as to identify their most important challenges in order to subsidize the reflection on their improvement. It is a qualitative study conducted in two stages: in the first one, it was made an integrative review of publications in national and international journals and documents, published from 2000 to 2012 about governance, in order to check their meanings, particularly to subsidize the comprehension of governance in the SUS. Three approaches of governance are highlighted: corporate, social and public. Some principles of these governance approaches, related to structures, procedures, financing, regulations and accountability could be highlighted as elements giving meanings to governance in the SUS. In the second stage, semi-structured interviews were conducted with eight state health managers from the five regions of the country where the regionalization process was more structured, with defined health regions and the Inter-regional Commissions in operation in order to understand the meaning of governance within the state health departments. The data analysis was performed using the software *Analyse Lexicale par Contexte d'un Ensemble de Segments de Texte* (Alceste) that organized the relevant information considering the function and the occurrence of words in the context. In descending hierarchical classification the program identified three areas: participation of managers and civil society in the SUS; planning and institutional organization, and challenges in the organization of actions and services in the health region. Managers pointed as improvements in the governance of the SUS, the deployment of health regions according to the Decree n° 7.508/2011; the improvement on the functioning of inter-management commissions and the organization of Inter-Regional Commissions; the organization of committees and commissions with the participation of society and service providers to discuss with managers and contribute to the formulation and implementation of public policies; the improvement of the regional integrated planning process, considered fundamental to the governance of the SUS. The most important challenges for governance in the SUS indicate the necessity to include other stakeholders such as society, health workers and service providers, working together with the managers of the SUS; organize the functioning of technical committees and commissions for social inclusion, forums for providers and workers in order to contribute to the formulation of policies and cooperate with governance; handle with conflict situations in intergovernmental relations from the perspective of negotiation, consensus and agreement; preserve the autonomy of the participating entities in the intergovernmental actions of cooperation and coordination, without hierarchy; and evaluate and improve the performance of councils and health conferences, for a more effective governance in the SUS.

Keywords: Health Management. Governance. Health System.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Classificação das formas de governo segundo Aristóteles.....	20
Figura 2 - Formas de financiamento conjunto e responsabilidades governamentais na execução das políticas de saúde segundo Banting e Corbet.....	26
Figura 3 - Modelos de relações nacionais, estaduais e locais conforme Wright, adaptado para os níveis do governo brasileiro.....	28
Figura 4 – Dendograma com a classificação hierárquica descendente das classes estáveis.....	58
Figura 5 - Princípios, valores e finalidades que atribuem significados à governança no SUS.....	69
Figura 6 – Informações disseminadas por mês pela Ouvidoria-Geral do SUS em 2011.....	83
Figura 7 – Elementos do processo de planejamento da saúde e suas inter-relações.....	89

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIS	Programa de Ações Integradas de Saúde
ALCESTE	<i>Analyse Lexicale par Contexte d'um Ensemble de Segments de Texte</i>
CF	Constituição Federal
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIMS	Comissão Municipal Interinstitucional de Saúde
CIPLAN	Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação
CIR	Comissão Intergestores Regional
CIS	Comissão Estadual Interinstitucional de Saúde
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CLIS	Comissão Local Interinstitucional de Saúde
COAP	Contrato Organizativo de Ação Pública
CONASP	Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CRIS	Comissão Regional Interinstitucional de Saúde
FMI	Fundo Monetário Internacional
GLBTT	Gays, Lésbicas, Bissexuais, Transgêneros e Travestis
IBGC	Instituto Brasileiro de Governança Corporativa
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Social
LC	Lei Complementar
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias
LILACS	Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde
LOA	Lei de Orçamentos Anuais
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OCDE	Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PAHO	Pan American Health Organization
POI	Programação e Orçamento Integrada

PPA	Plano Plurianual
PPI	Programação Pactuada e Integrada
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
RENASES	Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde
SciELO	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UCE	Unidade de Contexto Elementar
UCI	Unidade de Contexto Inicial
WHOLIS	World Health Organization Library & Information Networks for Knowledge

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	11
INTRODUÇÃO	13
OBJETIVOS DO ESTUDO.....	16
1 REFERENCIAL TEÓRICO	18
1.1 A CONSTITUIÇÃO FEDERAL E A FORMAÇÃO DO NOVO ESTADO BRASILEIRO....	18
1.2 O FEDERALISMO E AS RELAÇÕES INTERGOVERNAMENTAIS.....	23
1.3 REFORMAS NA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA.....	30
1.4 A REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA.....	36
1.5 PARTICIPAÇÃO SOCIAL.....	39
2 MÉTODOS	43
3 RESULTADOS	48
3.1 OS SIGNIFICADOS DE GOVERNANÇA NA LITERATURA.....	48
3.1.1 Os significados de governança: as ideias principais	49
3.1.2 Modos de governança	52
3.1.3 Governança em saúde no SUS	56
3.2 O SIGNIFICADO DE GOVERNANÇA NA PERCEPÇÃO DOS GESTORES ESTADUAIS DE SAÚDE.....	58
3.2.1 Eixo I – Participação dos gestores e da sociedade civil no SUS	59
3.2.2 Eixo II – Planejamento e organização institucional	64
3.2.3 Eixo III – Desafios na organização das ações e serviços na região de saúde	67
4 DISCUSSÃO	69
4.1 EIXO I - PARTICIPAÇÃO DOS GESTORES E DA SOCIEDADE CIVIL NO SUS.....	71
4.2 EIXO II - PLANEJAMENTO E ORGANIZAÇÃO INSTITUCIONAL.....	87
4.3 EIXO III - DESAFIOS NA ORGANIZAÇÃO DAS AÇÕES E DOS SERVIÇOS NA REGIÃO DE SAÚDE.....	96
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	100
REFERÊNCIAS	104
APÊNDICES	
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	112
APÊNDICE B – TERMO DE CONCORDÂNCIA DOS GESTORES ESTADUAIS.....	113
APÊNDICE C - ROTEIRO DAS ENTREVISTAS COM OS GESTORES.....	114
ANEXOS	
ANEXO A – PROCESSO DE ANÁLISE DE PROJETO DE PESQUISA.....	116

APRESENTAÇÃO

Este estudo está organizado em cinco capítulos.

No primeiro capítulo é apresentado o referencial teórico com uma análise sobre a Teoria Geral do Estado na percepção dos juristas Darcy Azambuja e José Joaquim Gomes Canotilho, além de um exame sobre o federalismo, as relações intergovernamentais, as reformas na administração pública e a reforma sanitária brasileira.

No segundo capítulo estão os métodos utilizados nesta pesquisa qualitativa que se desenvolveu a partir de revisão bibliográfica integrativa sobre governança em saúde, de publicações no período 2000 a 2012 e de entrevistas semiestruturadas com oito gestores estaduais acerca da governança no SUS.

No terceiro capítulo são apresentados os resultados tanto da revisão bibliográfica integrativa como das entrevistas com gestores estaduais do SUS. A síntese dos significados da governança na literatura pesquisada trata dos modos de governança corporativa, social e pública e da governança em saúde. Os resultados das entrevistas estão organizados em três eixos temáticos, derivados da classificação hierárquica descendente gerada pela análise das entrevistas, realizada pelo programa de análise textual denominado Alceste. O primeiro eixo denominado de “Participação dos gestores e da sociedade civil no SUS” é composto por duas classes temáticas: Classe 1 - Os Fóruns de pactuação e deliberação e os Comitês Técnicos de Gestão Participativa e Classe 4 – A Ouvidoria do SUS e os Comitês de Prestadores de Serviços. O segundo eixo temático, “Planejamento e organização institucional” é composto pela Classe 3 – Planejamento e Classe 5 – Organização institucional. O terceiro, “Desafios na organização das ações e dos serviços na região de saúde”, é composto pela Classe 2, com a mesma denominação.

No quarto capítulo os resultados da análise de conteúdo das entrevistas são considerados à luz do referencial teórico no intuito de entender o significado da governança para os gestores estaduais do SUS. Fica evidenciado que o entendimento do significado do tema é amplo e o exercício da governança envolve mudanças nos processos internos de organização das secretarias estaduais de saúde e nas relações não só intergovernamentais

como nas relações dos entes públicos com a sociedade civil. Um fator importante para a sua implantação tem sido a organização das regiões de saúde e o funcionamento dos fóruns intergestores.

No quinto capítulo, com as considerações finais, são destacados os avanços e desafios na governança do SUS. Entre os avanços sobressai a organização das regiões de saúde e o aprimoramento do funcionamento das comissões intergestores, bem como a organização de comitês e comissões com a participação da sociedade e dos prestadores de serviços. Entre os desafios estão mencionados pontos importantes como a inclusão de outros atores na governança do SUS, o funcionamento dos comitês e comissões de inclusão social; preservação da autonomia dos entes participantes nas ações intergovernamentais de cooperação e coordenação, sem hierarquia; e avaliação e aperfeiçoamento da atuação dos conselhos e das conferências de saúde.

INTRODUÇÃO

Este estudo tem como objeto a governança, em especial a pública, visando buscar fundamentação teórica para o entendimento do que é governança na saúde e a possibilidade de caracterizar o seu significado no contexto da gestão do SUS.

O interesse pelo assunto surgiu a partir da minha experiência profissional na área de gestão do SUS como servidora do Ministério da Saúde - MS e atualmente no Conselho Nacional de Secretários de Saúde - Conass. A convivência constante com o tema ao participar de vários fóruns de discussão do SUS, primeiramente representando o MS e atualmente o Conass tem permitido observar a organização e o funcionamento das relações intergovernamentais próprias desse sistema.

Percebi ao longo desses anos nessa empreitada que é preciso considerar as especificidades do federalismo brasileiro que conta com três esferas de poder autônomas, mas que necessitam lidar com elementos como solidariedade, cooperação, conflito e competição para efetivar a implantação do sistema de saúde numa realidade plural e marcada por desigualdades regionais importantes.

O que se percebe atualmente é que a regulamentação neste segundo decênio do século XXI, da Emenda Constitucional 29 de 2000 e da Lei 8.080 de 19/09/90 por meio da Lei Complementar – LC 141 de 13/01/12 e do Decreto 7.508 de 28/06/11 respectivamente, está provocando, mais uma vez, mudanças na conjuntura de implantação do SUS e revisão nas normas infra legais de operacionalização desse sistema, que em geral são pactuadas nos fóruns intergestores do SUS. Além disso, a Lei 8.080/90 foi alterada recentemente, com a inclusão do capítulo sobre a assistência terapêutica e incorporação de tecnologia em saúde, e o reconhecimento das Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite como foros de negociação e pactuação do SUS.

Essas normas estabeleceram formalmente o entendimento de elementos que já eram discutidos na operacionalização do SUS como a definição das regiões de saúde, as portas de entrada do SUS, a ordenação do acesso

universal pela Atenção Primária em Saúde, o planejamento da saúde e a integralidade da assistência, com a criação da Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde – Renases e da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – Rename.

Além disso, introduziram novos itens na pauta de discussão tripartite dos gestores do SUS, como o Contrato Organizativo da Ação Pública – COAP e a definição do que serão consideradas despesas com ações e serviços públicos de saúde, bem como a movimentação dos recursos da União e dos estados, a transparência, visibilidade, fiscalização, avaliação e o controle dos gastos em saúde.

Essas questões todas estão profundamente vinculadas às relações intergovernamentais e intergestores, que na federação brasileira significa reunir entes federativos autônomos, participantes de um sistema nacional comum, num contexto democrático.

Neste estudo as relações intergovernamentais são analisadas como um dos componentes de uma nova prática na gestão, denominada governança, considerada um fenômeno mais amplo que governo ou do que governabilidade¹, pois além das instituições públicas ela é constituída também por mecanismos informais que não são governamentais, o que permite que outros segmentos, isto é a população e as organizações participem e apresentem suas necessidades e demandas.

Desta feita, suscita questionamento se alguns princípios dos modos de governança corporativa, social e pública, relacionados às estruturas, aos processos, ao financiamento, aos regulamentos e às responsabilidades de prestar contas são elementos que atribuem significados à governança no SUS.

Estas questões que serviram como fio condutor para iniciar a pesquisa foram fundamentadas nas hipóteses de que o SUS deve ter um modo de governança próprio; que devem ser incorporados outros atores além dos gestores do SUS; que a governança na saúde tem uma conformação própria. Foram levantadas também as seguintes questões: que modo de governança pode ser adotado no SUS? A governança no SUS incorpora outros atores além dos gestores públicos? Qual a conformação da governança no SUS?

A revisão bibliográfica realizada apontou vários elementos que serviram de base para a análise das entrevistas com os gestores do SUS bem como

para a indicação dos desafios que deverão ser enfrentados pelos gestores do SUS com propostas, melhoria nos processos atuais e uma visão mais moderna e adequada do que é governança na saúde, considerando o contexto de funcionamento do SUS.

Ademais, este estudo pretende contribuir com o avanço do conhecimento da gestão em saúde e sua aplicação, principalmente no que se refere à governança na saúde.

OBJETIVOS DO ESTUDO

Objetivo Geral

Analisar o processo de governança no SUS para apreender os seus principais modos, bem como para identificar os seus desafios mais importantes, visando oferecer subsídios para refletir sobre o seu aprimoramento.

Objetivos Específicos

a) Verificar a percepção dos gestores estaduais de saúde sobre a governança do SUS, as formas de operacionalização e os seus principais desafios.

b) Identificar os principais avanços alcançados pela governança no SUS.

c) Realizar revisão integrativa acerca da governança, no período 2000 a 2012, com o intuito de verificar os seus significados, especialmente para subsidiar a compreensão da governança no SUS

1. REFERENCIAL TEÓRICO

1.1 A CONSTITUIÇÃO FEDERAL E A FORMAÇÃO DO NOVO ESTADO BRASILEIRO

O Estado Democrático de Direito que, segundo o eminente jurista brasileiro José Afonso da Silva² reúne o Estado de Direito com o Estado Democrático, aliando um componente revolucionário de transformação social, de mudança do *status quo*, de promoção da justiça social, está inscrito no artigo 1º. da Constituição Federal – CF de 1988. O texto constitucional estabeleceu princípios pautados em conceitos como participação e controle social e tem tido forte influência nas formas e nos conteúdos das políticas públicas que se seguiram e no debate sobre participação, cidadania e construção de espaços públicos no Brasil.

Conforme o art. 1º. da CF o Estado brasileiro tem como fundamentos a soberania, a cidadania, a dignidade da pessoa humana, os valores sociais do trabalho e da livre iniciativa e o pluralismo político. A Constituição consigna ainda, como objetivos fundamentais citados no art. 3º.: construir uma sociedade livre, justa e solidária; garantir o desenvolvimento nacional; erradicar a pobreza e a marginalização; reduzir as desigualdades sociais e regionais; promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e de outras formas de discriminação.²

Na compreensão contemporânea de Estado, pressupõe-se a existência de uma Constituição, um documento que expressa no seu conteúdo os direitos e garantias fundamentais e a delimitação das formas de conquista e exercício do poder e dessa forma a CF de 1988 significou um avanço na legislação e na gestão administrativa do país, pois veio estabelecer a legitimação dos direitos sociais e coletivos que são fundamentais para o desenvolvimento da democracia participativa brasileira.

Algumas características básicas do Estado Democrático de Direito são apontadas tendo em vista a correlação entre os ideais de democracia e a limitação do poder estatal:

- a) soberania popular, manifestada por meio de representantes políticos;
- b) sociedade política baseada numa Constituição escrita, refletidora do contrato social estabelecido entre todos os membros da coletividade;
- c) respeito ao princípio da separação dos poderes, como instrumento de limitação do poder governamental;
- d) reconhecimento dos direitos fundamentais, que devem ser tratados como inalienáveis da pessoa humana;
- e) preocupação com o respeito aos direitos das minorias;
- f) igualdade de todos perante a lei, no que implica completa ausência de privilégios de qualquer espécie;
- g) responsabilidade do governante, bem como temporalidade e eletividade desse cargo público;
- h) garantia de pluralidade partidária;
- i) “império da lei”, no sentido da legalidade que se sobrepõe à própria vontade governamental.³

A Teoria Geral do Estado ou a Ciência Política tem por objeto o estudo do fato político supremo, que é o Estado, e de todos os outros fatos políticos. Para isso e por isso ela recorre às contribuições de várias ciências: a sociologia, a história, a psicologia social, a geografia humana, a estatística, a economia política, etc. E, sobre todas, deve ser informada pela filosofia, para, nas doutrinas diversas, “eliminar os erros e conciliar as verdades”.⁴

A Teoria Geral do Estado tem sido tratada e ensinada sob dois pontos de vista distintos. Para alguns, a preocupação do aspecto jurídico predomina; para outros, prevalece a orientação sociológica e política. Se a análise jurídica da organização do Estado é necessária, não é menos necessário conhecer o aspecto social e político, como nascem e evoluem as diversas instituições, qual a influência das ideias e sentimentos, através da história, sobre essa construção a um tempo delicada e poderosa que é o Estado.

Bobbio⁵ aponta que o Estado Moderno nasce primeiro liberal, no qual os indivíduos que reivindicam o poder soberano são apenas uma parte da sociedade; depois democrático, no qual são potencialmente todos a fazer tal reivindicação; e, finalmente, social, no qual os indivíduos, todos transformados em soberanos sem distinções de classe, reivindicam – além dos direitos de

liberdade – também os direitos sociais, que são igualmente direitos do indivíduo: o Estado dos cidadãos, que não são mais somente os burgueses, nem os cidadãos de que fala Aristóteles no início do Livro III da Política, definidos como aqueles que podem ter acesso aos cargos públicos, e que, quando excluídos os escravos e estrangeiros, mesmo numa democracia, são uma minoria.⁵

Para o constitucionalista português, Gomes Canotilho⁶ o Estado perspectiva-se como forma de racionalização e generalização do político das sociedades modernas. Afirma ainda, que o Estado tem como finalidades proporcionar a defesa, a ordem e o bem-estar e o progresso aos grupos sociais. Dessa forma, o Estado, na sua visão, funciona como uma ‘positivação real’ e ‘não particularizada’ da vida coletiva de uma sociedade moderna.

Darcy Azambuja⁴, na obra Teoria Geral do Estado procura identificar as origens da palavra Estado:

É relativamente nova. Os gregos, cujos Estados não ultrapassam os limites da cidade, usavam o termo *polis*, cidade e deste ponto veio a política, a arte ou ciência de governar a cidade. Os romanos da mesma forma, tinham *civita e res publica*. Usavam a expressão *status reipublicae*, para designar a situação, a ordem permanente da coisa pública, dos negócios do Estado. Hoje a palavra tem outra conotação. Muito posteriormente, na linguagem política, o termo Estado refere-se às três grandes classes que formavam a população dos países europeus, a nobreza, o clero e o povo. Já Reino e República eram palavras que traduziam a ideia de organização política, não tendo República qualquer relação com a forma de governo, em oposição a Monarquia. Pode-se dizer que do século XVI em diante o termo Estado vai aos poucos se inserindo na política dos povos ocidentais.⁴

Resumidamente, o autor considera que Estado é a organização político-jurídica de uma sociedade para realizar o bem público, com governo próprio e território determinado. Considera ainda, que os três elementos essenciais para surgir ou existir o Estado são: uma população, um território, um governo independente, ou quase, dos demais Estados.

A população é um todo orgânico, e não é a simples justaposição de indivíduos, que têm os seus interesses e as suas atividades enquadradas dentro de sociedades de naturezas diversas e não se encontram isolados ou singularizados diante do Estado. Sem território não pode haver Estado. O território pode ser de duas espécies: político e comercial.

Quanto ao território considera o território político e o território comercial, sendo que o território político é a base mais importante da vida do Estado, pois o território comercial é aquele em que o Estado exerce apenas algumas faculdades limitadas, principalmente com objetivos mercantis.

No conceito metafísico da escola francesa, o governo, terceiro elemento do Estado, é a delegação de soberania nacional. Segundo a escola alemã, é um tributo indispensável da personalidade abstrata do Estado. Positivamente, é o conjunto das funções necessárias à manutenção da ordem jurídica e da administração pública. Governo confunde-se, muitas vezes, com soberania.

Na interpretação de Darcy Azambuja⁴ o governo é o elemento constitutivo do Estado que lhe dá forma. É o conjunto de poderes públicos que tem a seu cargo a direção política de um Estado ou o conjunto das funções necessárias à manutenção da ordem jurídica e da administração pública, ou ainda, o conjunto de pessoas que governam o Estado. Historicamente, o governo existiu antes do Estado. Já na Antiguidade, assim como na Idade Média, é possível encontrar um governo das cidades-Estado e dos impérios feudais como formas pré-estatais de organização política, mas o Estado, propriamente dito, tem sua origem na Idade Moderna.

Conforme o autor os governos podem ser classificados quanto à origem, quanto à organização e quanto ao exercício do poder ressaltando que a mais antiga e célebre classificação das formas de governo é a concebida por Aristóteles que em seu livro denominado Política expõe a base e o critério que adotou:

Pois que as palavras constituição e governo significam a mesma coisa, pois o governo é a autoridade suprema nos Estados, e que necessariamente essa autoridade suprema deve estar na mão de um só, de vários, ou da multidão, segue-se que quando um só, ou vários ou a multidão usa da autoridade tendo em vista o interesse geral, a constituição é pura e sã; e que se o governo tem em vista o interesse particular de um só, de vários ou da multidão a constituição é impura e corrompida.⁴

Aristóteles⁴ adota, pois, uma classificação dupla. A primeira divide as formas de governo em puras e impuras, conforme a autoridade exercida. A base desta classificação é moral ou política. A segunda classificação é sob um critério numérico; de acordo com o governo, se ele está nas mãos de um só, de

vários homens ou de todo povo. Ao combinar o critério moral e numérico de Aristóteles⁴ se obtém a seguinte classificação:

Figura 1 - Classificação das formas de governo segundo Aristóteles

Formas Puras	Formas Impuras
MONARQUIA: governo de um só	TIRANIA: corrupção da monarquia
ARISTOCRACIA: governo de vários	OLIGARQUIA: corrupção da aristocracia
DEMOCRACIA: governo do povo	DEMAGOGIA: corrupção da democracia

A democracia é um processo de convivência social em que o poder emana do povo, há de ser exercido, direta ou indiretamente, pelo povo e em proveito do povo e não necessita de pressupostos especiais; basta a existência de uma sociedade. Se seu governo emana do povo, é democracia; se não, não o é; a Constituição estrutura um regime democrático consubstanciando esses objetivos de equalização por via dos direitos sociais e da universalização de prestações sociais; a democratização dessas prestações, ou seja, a estrutura de modos democráticos constitui fundamento do Estado Democrático de Direito.

A doutrina afirma que a democracia repousa sobre três princípios fundamentais: o princípio da maioria, o princípio da igualdade e o princípio da liberdade; em verdade, repousa sobre dois princípios fundamentais, que lhe dão a essência conceitual: o da soberania popular, segundo o qual o povo é a única fonte do poder, que se exprime pela regra de que todo o poder emana do povo; a participação, direta e indireta, do povo no poder, para que este seja a efetiva expressão da vontade popular; nos casos em que a participação é indireta, surge um princípio derivado ou secundário: o da representação; Igualdade e Liberdade, também, não são princípios, mas valores democráticos, no sentido que a democracia constitui instrumento de sua realização no plano prático; a igualdade é valor fundante da democracia, não igualdade formal, mas a substancial.¹

Objetivando promover o bem público, como sua meta final, o Estado desempenha uma série de funções por meio dos órgãos que o compõem, determinando um enorme conjunto de atos e serviços variáveis de um local para outro e de acordo com a época analisada. Essa múltipla atividade gerou a teoria sobre os poderes estatais. No início concentrada numa pessoa ou coletividade, passou a distribuir-se numa verdadeira divisão de trabalho e atribuições, cujas funções exigem a criação dos respectivos órgãos com a missão de exercê-las dentro dos limites das competências correspondentes.

Aristóteles⁴ já apontava três partes no governo de acordo com as funções por elas exercidas: a assembleia do povo formada pelos cidadãos em geral, como corpo deliberante e verdadeiro soberano do Estado; a segunda parte composta de magistrados encarregados das rendas e defesa do Estado e a terceira integrada por juízes encarregados do julgamento e da aplicação da justiça. Sabe-se que o poder do Estado envolve três funções: a função legislativa, a executiva e a judiciária. As leis, decretos, sentenças, regulamentos, atos de várias espécies são os instrumentos que o Estado utiliza para focar sua finalidade.⁴

O Legislativo, o Executivo e o Judiciário, são poderes interdependentes no sentido literal da palavra, já que devem ser harmônicos e coordenados entre si. São órgãos de manifestação do poder de soberania estatal, que é na sua essência uno e indivisível. Cada um, na esfera da sua função específica, exerce a totalidade do poder. O Estado manifesta a sua vontade, o seu poder através desses três órgãos que compõem a sua unidade. Cada um dos três, isoladamente, sem a correlação e a integração dos dois outros, não chegaria a expressar o poder do Estado. Os três poderes só são independentes no sentido de que se organizam mutuamente na finalidade essencial de compor os atos de manifestação da soberania estatal, mediante um sistema de freios e contrapesos, na expressão dos constitucionalistas norte-americanos, realizando o ideal de contenção do poder pelo poder.

De acordo com Bobbio⁷, dada a impossibilidade de se instalar uma democracia direta nos Estados modernos por conta da complexidade da sociedade, a representatividade do poder torna-se necessária. Sustenta que os representantes eleitos não podem exercer mandatos imperativos. Ressalta que a publicidade do poder é imprescindível, pois a visibilidade dos atos

governamentais é o instrumento que os cidadãos têm para o controle e fiscalização dos atos de governo e, para que o poder estatal esteja em consonância com as vontades dos governados é necessário que exista educação para a cidadania. Não basta apenas o regime democrático, é necessário o desenvolvimento de uma consciência política que precisa atingir determinado grau de amadurecimento, despertando um maior interesse político nos indivíduos aos quais é conferida a liberdade política no jogo democrático.⁷

A capacidade governativa reúne tanto os atributos operacionais do Estado, quanto a eficiência de sua máquina administrativa, novas formas de gestão pública, mecanismos de regulação e controle, como sua dimensão político-institucional. A construção da capacidade governativa de forma democrática ou menos democrática se diferencia pelos mecanismos e formas que assumem as instâncias da política na interação do Estado com a sociedade, com especial destaque para a maior ou menor inclusão de grupos sociais cobertos pelas políticas governamentais.

Constituem objetos de governo os homens nas suas relações com as riquezas, com os recursos e com o território, com os costumes, hábitos, maneiras de fazer e de pensar; eles permanecem como objetos de governo quando a preocupação do governante é com os acidentes e infelicidades, tais como a fome, as epidemias, a morte. “O essencial é, pois, esse complexo de homens e coisas; esse é o elemento principal, o território e a propriedade são apenas variáveis”.⁸ Qualquer compreensão de governo no Estado Moderno não pode ser separada da cultura dos povos que nele vivem.

1.2 O FEDERALISMO E AS RELAÇÕES INTERGOVERNAMENTAIS

Nesta sessão serão abordados os conceitos básicos e as principais características do federalismo bem como a natureza das relações intergovernamentais tendo em vista o modelo do Estado brasileiro.

O federalismo é uma das doutrinas mais importantes para se entender o Estado Moderno e Contemporâneo. Um dos seus princípios mais importantes é a união de Estados autônomos formando um sistema nacional comum.

As tensões do federalismo contemporâneo, situadas basicamente entre a exigência da atuação uniformizada e harmônica de todos os entes federados e o pluralismo federal, são resolvidas em boa parte por meio da colaboração e atuação conjunta das diversas instâncias federais. A cooperação se faz necessária para que as crescentes necessidades de homogeneização não desemboquem na centralização. A virtude da cooperação é a de buscar resultados unitários e uniformizadores sem esvaziar os poderes e competências dos entes federados em relação à União, mas ressaltando a sua complementaridade.^{9,10}

A coexistência de diferentes polos de poder, intrínseca à Federação, torna inevitável o permanente acompanhamento de suas relações. A presença de mecanismos institucionais evita que as crises conjunturais na Federação impeçam a formação de um arcabouço federativo mais permanente. Conforme coloca Bobbio⁷ quando trata de crise: “A institucionalização dos procedimentos para a solução das crises governamentais serve para circunscrever seu âmbito e para impedir que as mesmas possam pôr em perigo a existência do próprio regime político”.

Daí a importância das instituições, que delimitam o espaço das crises e as circunscrevem aos conflitos intrínsecos à Federação. A existência de instituições confere ao sistema a estabilidade suficiente para que a instabilidade inerente ao processo político não prejudique a Federação.

A tradição dos Estados federais, desde a originária federação norte-americana, é a utilização do critério jurídico-formal no estabelecimento da estrutura federal, delimitando-se as esferas de atuação dos Estados-Membros e da União. Essa delimitação, chamada de repartição de competências, é o ponto central do federalismo, pressuposto da autonomia dos entes federados. Assim, as unidades federadas recebem diretamente da CF as suas competências, isto é, o reconhecimento de seus poderes conjugado com a atribuição de encargos. Não se trata de mera descentralização administrativa, mas da existência conjunta de múltiplos centros de decisão política, cada qual com a exclusividade em relação a determinados assuntos. A União trata dos interesses gerais, os Estados e outros entes federados (quando existem) dos seus próprios interesses regionais ou locais ou daqueles que são mais bem tratados se delegados ao poder local.¹¹

Sobre o tema Dallari¹² escreveu:

O Estado Federal é, portanto, uma aliança ou união de estados. Entretanto, em qualquer época da história humana encontram-se referências a alianças entre estados, reconhecendo-se que só algumas constituíram federações, o que demonstra, desde logo, que essa união deve apresentar algumas peculiaridades importantes que a distinguem das demais. Na realidade, conforme se verá, o Estado Federal é um fenômeno moderno, que só aparece no século XVIII, não tendo sido conhecido nem na Antiguidade e na Idade Média. Sem dúvida, houve muitas alianças entre estados antes do século XVIII, mas quase sempre temporárias e limitadas a determinados objetivos, não implicando a totalidade dos interesses de todos os integrantes.¹²

A independência fiscal e a recomposição da capacidade decisória dos governos subnacionais são determinantes na autonomia federativa. Apesar de o federalismo não ocorrer necessariamente na presença de estruturas de poder descentralizadas, federalismo e descentralização apresentam sinergias. A descentralização fiscal participa de um processo mais amplo de reafirmação dos princípios federativos, o que seria particularmente relevante pelas próprias idiossincrasias do processo de formação do Estado federativo brasileiro.

Nas relações entre as esferas de governo no federalismo cooperativo, a não centralização, característica do ordenamento federativo, convive de forma complexa e, frequentemente, conflitante com a lógica da centralização-descentralização.¹³ O sistema político brasileiro caracteriza-se pelo pacto que se renova em acordo com o poder de barganha da União e dos governos subnacionais.

Portanto, a composição do Estado Federativo brasileiro aumenta a importância da institucionalização das relações intergovernamentais. Nesse contexto, onde a autonomia é permanentemente negociada, o processo de consolidação de referenciais institucionais, que balizem as relações intergovernamentais torna-se particularmente relevante porque permite estabilizar essas relações. A institucionalização das relações, embora contribua para a estabilização das relações intergovernamentais, não necessariamente implica centralização ou descentralização.

Os constituintes de 1988 optaram pelo formato das competências concorrentes para a maior parte das políticas sociais brasileiras. O artigo 23 da CF instituiu expressamente o federalismo cooperativo dispondo matérias de

competência comum entre todos os entes federados. No mencionado artigo 23 são enumerados doze itens de competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios e a Emenda Constitucional 53/2006 acrescentou o parágrafo único àquele artigo, definindo que leis complementares fixarão normas para a cooperação entre esses entes, tendo em vista o equilíbrio do desenvolvimento e do bem-estar do âmbito nacional.

Assim, os legisladores chamam atenção para a atuação dos entes da federação e a necessidade da cooperação, pois a autonomia político-administrativa das unidades federadas não enfraquece, nem a cooperação representa obstáculo à atuação harmoniosa de cada um dos entes. Além disso, a garantia do desenvolvimento nacional, enquanto princípio constitucional, determina que o Estado deve perseguir o desenvolvimento em atuação conjunta, devendo a ordem econômica estar voltada para a construção de uma sociedade mais justa e solidária.

Dessa forma, a definição constitucional das competências comuns aponta para as decisões partilhadas e para o planejamento/financiamento comuns das políticas públicas, ou seja, aponta para a conjugação de esforços na prestação dos serviços públicos. Entretanto, ainda não há normativa infraconstitucional que estabeleça um regime jurídico global que oriente a cooperação intergovernamental. Persiste a ausência de normas atualizadas que disciplinem as relações intergovernamentais e impulsionem a cooperação.

A cooperação implica decisões partilhadas e está orientada à gestão conjunta de interesses e serviços. Já a coordenação implica direção por imperativos de coerência na atuação e eficiência do conjunto institucional. A cooperação intergovernamental é especialmente útil ao chamado *shared decision making* porque exclui a decisão unilateral e incorpora intervenções periféricas tributárias do aperfeiçoamento relacional.¹⁴ Os arranjos cooperativos estão particularmente vocacionados à prossecução dos dissensos razoáveis¹⁵ ou das soluções discursivamente validadas e à transposição das assimetrias regionais.¹⁴

Ao analisar as formas de financiamento conjunto e a divisão de responsabilidades governamentais entre os níveis federativos na execução das políticas de saúde, podem ser consideradas as seguintes relações: a)

federalismo clássico; b) federalismo com sistemas de custos compartilhados; c) federalismo com sistemas de decisões conjuntas.¹⁶

A Figura 2 abaixo resume as bases dessas relações intergovernamentais, segundo Banting e Corbet¹⁶:

Figura 2 - Formas de financiamento conjunto e responsabilidades governamentais na execução das políticas de saúde

Tipos de relações inter governamentais	União	Estado	Município
Clássico	- divisão de financiamento e atividades em compartimentos separados - eventual superposição de responsabilidades	- divisão de financiamento e atividades em compartimentos separados - eventual superposição de responsabilidades	- divisão de financiamento e atividades em compartimentos separados - eventual superposição de responsabilidades
Com sistemas de custos compartilhados	- tributação e controle preponderante - repasses em bloco para outras esferas em função de determinados objetivos e programas	- recursos disponíveis em bloco em função de determinados objetivos e programas	- recursos disponíveis em bloco em função de determinados objetivos e programas
Com sistemas de decisões conjuntas	- comitês intergovernamentais de negociação - decisões conjuntas sobre financiamento de políticas públicas e compartilhamento de responsabilidades para execução;	- comitês intergovernamentais de negociação - decisões conjuntas sobre financiamento de políticas públicas e compartilhamento de responsabilidades para execução;	- comitês intergovernamentais de negociação - decisões conjuntas sobre financiamento de políticas públicas e compartilhamento de responsabilidades para execução;

Quando se considera o conceito de relações intergovernamentais e a sua incidência no estudo dos sistemas federais essas relações são reconhecidas como o começo de um estudo sério dos sistemas de administração federal, separados de seus aspectos legais e constitucionais. Trata-se de analisar as relações intergovernamentais reais, existentes, distinguindo-as da maranha legal, árida e sempre crescente, e das doutrinas jurídicas que, em ocasiões, ignoram as realidades da política e da

administração, que crescem rapidamente e adquirem maior peso em um governo em fase de expansão.¹⁷

O estudo das relações intergovernamentais tem despertado o interesse de vários autores que as definem como “uma tentativa de superação das análises tradicionais acerca dos sistemas unitários e federais”¹⁸ e “um importante contingente de atividade ou interações que têm lugar entre unidades de governo de todo o tipo e nível dentro do sistema federal”.¹⁹

As relações de autoridade estabelecidas entre as esferas de governo podem ser definidas em três tipos clássicos: a) autoridade coordenada, com grande autonomia e independência entre as esferas de governo, mas com uma necessidade de coordenação conjunta; b) autoridade igual (ou superposta), com equivalências na distribuição do poder institucional e uma relação de negociação entre as esferas de governo; c) autoridade dominante (ou inclusa), com assimetrias na distribuição do poder institucional e com uma clara relação hierárquica entre as esferas de governo.²⁰ O que ocorre, geralmente é uma combinação destas características tornando mais complexa a análise e a interpretação de suas diferenciações.

Considerando que a estrutura federalista norte-americana contém apenas dois níveis autônomos de governo para a condução das atividades diárias do setor público, a Figura 3 abaixo foi adaptada do modelo proposto por Wright²⁰ para o modelo brasileiro onde o município, que é o nível local, é um ente autônomo.

Figura 3 - Modelos de relações nacionais, estaduais e locais, adaptados para os níveis do governo brasileiro.

Designação	Autoridade coordenada	Autoridade superposta	Autoridade dominante
Relação	Independente	Interdependente	Dependente
Padrão de autoridade	Autonomia	Negociação	Hierarquia



No artigo 15 a Lei 8.080/90 define competências comuns à União, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios e o artigo 36 estabelece que o processo de planejamento e orçamento do SUS será ascendente, do nível local até o federal, ouvidos seus órgãos deliberativos, compatibilizando-se as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos Municípios, dos Estados, do Distrito Federal e da União. O artigo 7º. que trata dos princípios do SUS refere-se à descentralização, mas também remete à regionalização, à conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos; e o artigo 14A reconhece as Comissões Intergestores Tripartite e Bipartite como foros de negociação e pactuação entre gestores, quanto aos aspectos operacionais do SUS.

Conclui-se então, que a legislação do SUS já aponta para a necessidade de negociação e cooperação entre os gestores que compõem esse sistema, dentro da lógica de um Estado federativo com entes autônomos que precisam manter uma relação de interdependência.

São necessários, ainda, aperfeiçoamentos constantes, pois a legislação atribui à União a coordenação dessa política pública, sem que esteja diretamente envolvida na sua implementação, por isso é necessário que os

estados e municípios participem das decisões que os afetam ou lhes interessam por meio dos fóruns intergestores.

A cooperação implica decisões compartilhadas e está orientada à gestão conjunta de interesses e serviços. Já a coordenação implica direção por imperativos de coerência na atuação e eficiência do conjunto institucional.

Entretanto, nem sempre as relações intergovernamentais são simples. É certo que as relações intergovernamentais na área da saúde vão-se desenvolvendo ao ritmo da cultura cooperativa de cada Estado federado: enquanto alguns Estados procuram integrar seus Municípios e promover negociações ou parcerias técnico-financeiras, outros Estados competem com seus Municípios na gestão direta daqueles serviços de saúde que implicam a concessão de recursos financeiros adicionais. Tal descompasso no ritmo cooperativo desafia a doutrina a captar a complexidade das relações intergovernamentais brasileiras.²¹

Considerando a complexidade dessas relações poderia ser analisada a possibilidade de sua regulamentação ou a promulgação de normas que as protejam, reduzindo o caráter casuístico destas relações, amparando-as em regras claras. Dessa forma poderiam diminuir a incerteza e a instabilidade inerentes às relações intergovernamentais no Brasil.

1.3 REFORMAS NA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

Nesta sessão será feita uma breve análise do conceito de administração pública, das transformações ocorridas no mundo em decorrência da globalização, bem como do ambiente de mudança no Brasil nos aspectos políticos e administrativos, no último decênio do século XX.

Hely Lopes Meirelles²² assinala que, numa visão global, a Administração

[...] é, pois, todo o aparelhamento do Estado preordenado à realização de serviços, visando à satisfação das necessidades coletivas. A Administração não pratica *atos de governo*; pratica, tão-somente, *atos de execução*, com maior ou menor autonomia funcional, segundo a competência do órgão e seus agentes.²²

Administração Pública na concepção de José Afonso da Silva² é

[...] o conjunto de meios institucionais, financeiros e humanos preordenados à execução das decisões políticas. Essa é uma noção simples que destaca, em primeiro lugar, que é subordinada ao Poder político; em segundo lugar, que é meio e, portanto, algo de que serve para atingir fins definidos e, em terceiro lugar, denota os seus dois aspectos: um conjunto de órgãos a serviço do Poder político e as operações, as atividades administrativas²

Pode-se concluir que é a gestão de bens e interesses qualificados da comunidade no âmbito federal, estadual ou municipal, segundo preceitos do direito e da moral, visando o bem comum e à gestão dos interesses da coletividade.

A Administração Pública tem como principal objetivo o interesse público, seguindo os princípios constitucionais da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência e tem um papel importante na sociedade, pois uma de suas atribuições é contribuir para melhorar a vida das pessoas, usando de forma eficiente os recursos disponíveis, prestando contas à sociedade ou aperfeiçoando a administração e os serviços que oferece aos cidadãos.

Num mundo em constante transformação, influenciado por tecnologias avançadas e em acelerado processo de globalização^a que reduz a autonomia das políticas econômicas e sociais dos estados nacionais, as organizações e as instituições precisam se adaptar, considerando as mudanças significativas que ocorrem na economia global, nas novas tecnologias, na vida e nos hábitos das pessoas, na organização e nas relações entre os países, no perfil da força de trabalho, nas relações da sociedade com a administração pública, etc. Essas mudanças precisam ser enfrentadas com métodos, técnicas e ferramentas para um melhor entendimento, gerenciamento e controle das organizações, sejam elas públicas ou privadas.

O Brasil passou por três grandes reformas na administração pública: a primeira, a Reforma Burocrática de 1936, buscou montar um corpo burocrático clássico, de funcionários do Estado; a segunda reforma que pode ser

^a A globalização compreendida como uma nova formatação do capitalismo mundial, de determinações econômicas e políticas, cujo processo é bastante assimétrico e diferenciado entre países e empresas. Sobre o tema podem ser consultados os trabalhos reunidos em Tavares e Fiori (1997) e Fiori (1999).

apresentada pelo Decreto-Lei 200, de 1967, continha uma preocupação com o enrijecimento da burocracia. Ambas foram implementadas em contextos de ditadura política e sem a participação da sociedade. No início dos anos 1990, num cenário mundial de grandes mudanças e um novo ambiente econômico, político e social após a queda do comunismo na Europa, o início da redemocratização no Brasil e a aprovação da Constituição de 1988 o governo brasileiro se viu obrigado a realizar uma ampla reforma do Estado dentro desse novo contexto democrático conquistado pela sociedade.²³

A organização burocrática da administração pública auto referenciada no Estado, baseada em seus próprios interesses e não nas necessidades da sociedade deveria ser substituída por uma organização mais aberta com a participação ativa dos cidadãos na formulação de políticas públicas e na implementação e gestão dos serviços públicos.

Dessa forma, em 1995, o poder executivo submeteu ao Congresso Nacional a proposta de uma Emenda Constitucional ao capítulo sobre administração pública da Constituição de 1988 iniciando a reforma gerencial na administração pública no Brasil, cujos princípios foram inscritos no Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado, elaborado no então Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado.

Começava, então, a terceira reforma do setor público brasileiro, denominada de reforma gerencial, que pretendia pensar o setor público com uma visão mais democrática, que parte do princípio que o Estado deve estar voltado para o atendimento dos seus cidadãos e as instituições públicas devem ser eficientes e eficazes.

A reforma de 1995 adotou uma abordagem gerencial da gestão pública e uma abordagem social-democrática e social-liberal do papel do Estado. É considerada gerencial porque extrai a inspiração da gestão de empresas privadas e adota a promoção de autonomia e responsabilidade das agências públicas como estratégia básica para atingir mais eficiência e qualidade. Democrática porque pressupõe a governança democrática, faz do controle social pela sociedade civil uma forma principal de responsabilidade política e requer transparência das agências públicas. Pode ser considerada social-democrática porque afirma o papel do Estado de garantir a proteção eficaz dos direitos sociais e social-liberal porque acredita no mercado como um excelente

agente de alocação de recursos e vê a terceirização de serviços e a competição como excelentes ferramentas de responsabilidade.²⁴

Com o avanço da democracia em todo o mundo, o que passou a exigir cada vez mais a participação da sociedade na gestão pública e com as transformações tecnológicas e sociais que ocorriam, a reforma proposta se fundamentava na adoção de novas formas de gestão da coisa pública, descentralizadas, ágeis, compatíveis com os avanços tecnológicos, mais voltadas para o controle de resultados do que para o controle de procedimentos.

Conforme o Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado a proposta tinha as seguintes características:

a) orientação da ação do Estado para o cidadão-usuário ou cidadão-cliente;

b) ênfase no controle dos resultados através dos contratos de gestão (ao invés de controle dos procedimentos);

c) fortalecimento e aumento da autonomia da burocracia estatal, organizada em carreiras ou corpos de Estado, e valorização do seu trabalho técnico e político de participar, juntamente com os políticos e a sociedade, da formulação e gestão das políticas públicas;

d) separação entre as secretarias formuladoras de políticas públicas, de caráter centralizado, e as unidades descentralizadas, executoras dessas mesmas políticas;

e) distinção de dois tipos de unidades descentralizadas: as agências executivas, que realizam atividades exclusivas de Estado, por definição monopolistas, e os serviços sociais e científicos de caráter competitivo, em que o poder de Estado não está envolvido;

f) transferência para o setor público não-estatal dos serviços sociais e científicos competitivos;

g) adoção cumulativa, para controlar as unidades descentralizadas, dos mecanismos de controle social direto, do contrato de gestão em que os indicadores de desempenho sejam claramente definidos e os resultados medidos, e da formação de quase-mercados em que ocorre a competição administrada;

h) terceirização das atividades auxiliares ou de apoio, que passam a ser licitadas competitivamente no mercado.²⁵

Esta reforma iniciada em 1995 não partiu da premissa burocrática de um Estado isolado da sociedade, agindo somente de acordo com a técnica de seus quadros burocráticos, nem da premissa neoliberal de um Estado também sem sociedade, em que indivíduos isolados tomam decisões no mercado econômico e no mercado político. Ela exige a participação ativa dos cidadãos e pretende que o novo Estado institucionalize mecanismos que permitam uma participação cada vez maior dos cidadãos, uma democracia cada vez mais direta em que competição e solidariedade continuarão a se complementar e se contradizer.²⁶

Era uma reforma que pressupunha a participação dos cidadãos e para eles estava voltada. Cidadãos menos protegidos ou tutelados pelo Estado, porém mais livres, na medida em que o Estado que reduz sua face paternalista, torna-se ele próprio competitivo, e, assim, requer cidadãos mais maduros politicamente. Cidadãos talvez mais individualistas porque mais conscientes dos seus direitos individuais, mas também mais solidários, embora isto possa parecer contraditório, porque mais aptos à ação coletiva e, portanto mais dispostos a se organizar em instituições de interesse público ou de proteção de interesses diretos do próprio grupo.²⁶

A Mensagem Presidencial que acompanhou a proposta de Emenda que posteriormente foi aprovada como a Emenda Constitucional nº 19 esclarecia que se pretendia incorporar a dimensão de eficiência na administração pública: o aparelho de Estado deverá se revelar apto a gerar mais benefícios, na forma de prestação de serviços à sociedade, com os recursos disponíveis, em respeito ao cidadão contribuinte e enfatizar a qualidade e o desempenho nos serviços públicos: a assimilação, pelo serviço público, da centralidade do cidadão e da importância da contínua superação de metas desempenhadas, conjugada com a retirada de controle e obstruções legais desnecessários, repercutirá na melhoria dos serviços públicos.²⁷

A introdução do princípio da eficiência no serviço público significou a incorporação de algumas características básicas: direcionamento da atividade e dos serviços públicos à efetividade do bem comum, imparcialidade, neutralidade, transparência, participação e aproximação dos serviços públicos da população, eficácia, desburocratização e busca da qualidade.²⁸

Como elementos que caracterizam o princípio da eficiência, a participação e a aproximação dos serviços públicos da população estão ligadas aos preceitos da gestão participativa que, por sua vez, decorrem dos princípios da soberania popular e da democracia representativa, que constam no parágrafo único do art. 1º, da CF.

Como salientam Gomes Canotilho e Moreira, citados por Moraes²⁸, a participação

[...] assume aqui um claro e concreto valor jurídico-constitucional, que se traduz fundamentalmente no seguinte: intervenção nos órgãos de gestão de serviços não apenas de profissionais burocratas, mas também de representantes das comunidades em que os serviços estão inseridos (co-gestão de serviços administrativos).²⁸

Por outro lado, Otero²⁹ adverte que

[...] uma excessiva participação e aproximação dos serviços públicos da população colectiva dos cidadãos na administração pode deslocar o poder de decisão para grupos de interesse fortes, com desvalorização prática dos grupos de fraco poder associativo e mesmo conduzir a formas não democráticas de comportamento.²⁹

Entretanto, essa proposta de reforma do Estado se depara com críticas profundas de vários setores da sociedade, diferentes escolas de pensamentos e intelectuais, que alegam, entre outras questões, o desmantelamento do aparato estatal isto é, a primazia do mercado em detrimento do Estado.

Andrewes e Kouzmin³⁰ em sua análise sobre o discurso do Governo em defesa da reforma do Estado ressaltam que o então Ministro Bresser Pereira

[...] glorifica o papel 'técnico' do gerente, mas isto parece ser mais para evitar que o envolvimento do público - por meio da democracia direta - acabe por provar que o individualismo é limitado e que a ação coletiva pode funcionar mais eficazmente do que os mercados.³⁰

Os autores identificam o papel da ideologia na legitimação do projeto de reforma e pretendem desmistificar a dimensão democrática que o governo divulga como constitutiva do Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado.

O projeto de reforma do governo somente não rejeita explicitamente a democracia dado que o contexto político ainda valoriza a democracia representativa liberal. Embora o governo advogue que o projeto de reforma do Estado tenha como novidade a democracia direta, privilegia, por um lado o

mercado como principal mecanismo de controle e, por outro, os políticos eleitos e a administração gerencial como instância do controle social.¹

Outros autores alertam para os riscos que as mudanças que estavam ocorrendo poderiam trazer aos direitos do cidadão e ao patrimônio estatal. O primeiro risco apontado é quanto à insegurança jurídica provocada pela ineficiência e lentidão do Poder Legislativo na apreciação das emendas, pelo excessivo fortalecimento do Poder Executivo, demonstrado pelo número de edição de Medidas Provisórias e pela deficiência do controle do Poder Judiciário. O segundo risco decorre da criação das organizações sociais em virtude da transferência para estas instituições de atividades, bens públicos, móveis e imóveis e até uma parcela do orçamento.³¹

As críticas concluem que as organizações sociais por não estarem sujeitas às normas do direito administrativo, estariam livres da obrigação de concurso público, de controles formais por parte do Estado, ficando sujeitas apenas à avaliação dos resultados. Para Pietro³¹ “é a res-pública que está sendo privatizada, porque está sendo posta nas mãos do particular para ser administrada, pretensamente, no interesse público, sob as regras predominantemente do direito privado”. E finalmente menciona a terceirização por meio da qual o Governo transfere para o setor privado, mediante contratos, serviços auxiliares ou de apoio como a limpeza, o processamento de dados e o transporte.³¹

1.4 A REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA

Nesse ambiente de mudanças no cenário político e administrativo brasileiro, provocadas pela implantação e regulamentação da CF de 1988, o recém-criado Sistema Único de Saúde, fruto do Movimento da Reforma Sanitária e regulamentado pelas Leis 8.080 e 8.142 no final de 1990, estava em pleno processo de implantação. Entre os gestores do SUS tinha início um processo de debate nos fóruns de discussão, negociação e pactuação então existentes, o que resultou na elaboração das Normas Operacionais editadas nos anos 1990 pelo Ministério da Saúde com o propósito de orientar a forma de

executar os dispositivos das leis em vigor, dando ênfase à descentralização, municipalização, ao novo modelo assistencial, ao acesso da população à assistência à saúde, à ação integrada entre os gestores do sistema no novo pacto federativo, à gestão e ao financiamento tripartite.

A Reforma Sanitária é consequência de uma revolução política e social e parte de um processo no qual as classes trabalhadoras e a intelectualidade exerceriam um papel de vanguarda.³²

Nasceu de movimentos sociais, na sociedade civil, de base popular, de base estudantil e acadêmica, sindical e de profissionais de saúde, na luta pela democratização da saúde como parte da democratização da sociedade, do Estado e da cultura. Nasceu de um movimento que discutia a saúde como questão social e política, não limitada ao biológico nem à assistência médica, impulsionada pela sociedade civil e distinta das reformas setoriais que questionavam o estado de bem estar social.

Conforme Paim³³ a Reforma Sanitária Brasileira como fenômeno histórico-social é, simultaneamente, uma proposta, um projeto, um movimento e um processo:

A Reforma sanitária, enquanto proposta foi resultante de um longo movimento da sociedade civil brasileira em defesa da democracia, dos direitos sociais e de um novo sistema de saúde. Transformou-se em projeto a partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde e desenvolveu-se como processo desde então, especialmente com a instalação da Comissão Nacional da Reforma Sanitária.³³

Na contramão das tendências predominantes, que entronizaram o pragmatismo e o individualismo como valores universais, o modelo da Reforma Sanitária fundou-se em uma utopia democrática igualitária.³³

A Reforma teve um ciclo de desenvolvimento, um conjunto articulado de princípios e proposições políticas e bases teóricas discutidas no movimento sanitário que emergiu como um “conjunto organizado de pessoas e grupos partidários ou não, articulado ao redor de um projeto”.³⁴ O desenho e conteúdo desse projeto foram sendo construídos ao longo do tempo a partir de um conjunto de práticas que Arouca³⁵ caracterizou em três níveis: a prática teórica - construção do saber, a prática ideológica - transformação da consciência e a prática política - transformação das relações sociais.

A Reforma Sanitária é principalmente uma reforma cultural: a participação democrática, necessária para a promoção da saúde, pode ser uma

palavra insignificante, se não há informação e cultura [...] A conexão com a população se solidifica quando a população entende que a Reforma Sanitária significa mais saúde. É um sistema que tem como característica básica o fato de ter sido criado a partir de um movimento da sociedade civil e não do Estado, de governo ou de partido.³²

Deve ser ressaltado que o SUS foi criado com uma característica marcante e própria pelo fato de ter sido fruto de uma reforma ampla e democrática. Conforme Paim³³ deve-se ter em mente que há diferenças entre reforma sanitária e reforma setorial do setor saúde.

A reforma Sanitária intervém de forma ampla nas necessidades de saúde (questão sanitária); reconhece o sistema de serviços como uma das respostas sociais, atua no setor, mas não se esgota nele; visa à melhoria das condições de saúde e da qualidade de vida da população; e não se reduz ao Sistema Único de Saúde – SUS. De acordo com o autor é uma reforma social centrada na democratização: 1) da saúde por meio da elevação da consciência sanitária sobre saúde e seus determinantes e o reconhecimento do direito à saúde, inerente à cidadania, garantindo o acesso universal e igualitário ao SUS e participação social no estabelecimento de políticas e na gestão; 2) do Estado e seus aparelhos, assegurando a descentralização do processo decisório, o controle social e o fomento da ética e da transparência nos governos; 3) da sociedade e da cultura, alcançando os espaços da organização econômica e da cultura mediante a produção e distribuição justa da riqueza, uma "totalidade de mudanças" em torno de um conjunto de políticas públicas e práticas de saúde e a adoção de reforma intelectual e moral.³³

No Brasil, o reconhecimento da saúde como direito de cidadania com a nova CF em 1988, ocorre justamente quando se colocam novos desafios para a elaboração de políticas públicas, que estão relacionados tanto ao aumento das pressões por mudanças no papel do Estado em face da globalização como pela constatação da crise do modelo de desenvolvimento e de intervenção do Estado.

A agenda da reforma sanitária brasileira dos anos 80 e os novos entendimentos definidos na CF relativos à Seguridade Social e ao Sistema Único de Saúde pressupõem um modelo de atuação do Estado nos anos 2000, nas áreas econômica e social, bem diferente da agenda proposta nos anos 90. A atuação do Estado na saúde nessa década será pressionada por essas duas agendas conflitantes, entre outros fatores, sendo importante desenvolver esforços no sentido de compreender as possibilidades da política de saúde nesse contexto.³⁶

1.5 PARTICIPAÇÃO SOCIAL

De acordo com o Dicionário Eletrônico Houaiss participação deriva de participar que significa tomar parte em, compartilhar, ter parte em, partilhar. No entanto, definir participação social depende da análise que será feita no tempo, na conjuntura histórica, pois dessa forma ela estará associada a termos como democracia, representação, organização, conscientização, cidadania e outros.³⁷

Esse tema perpassa a história e desde as sociedades familiares a humanidade passou por várias fases de organização como as hordas e tribos, estados primitivos de organização incipiente até a concepção moderna de Estado.

O Estado em crise, o desperdício e a burocratização do sistema partidário não conseguiram dar resposta às demandas da sociedade. Isto somado ao agravamento dos conflitos sociais e à crescente conscientização de vários segmentos sociais propiciaram o surgimento de novas alternativas de participação. Neste momento nasceram novos atores sociais e políticos, lutando não só pelos seus interesses, mas pela construção e efetivação de direitos e de uma cultura política de respeito às liberdades, à equidade social e à transparência das ações do Estado.³⁸

Desde a promulgação da CF a participação social tem sido reafirmada no Brasil como um fundamento dos mecanismos institucionais que visam garantir a efetiva proteção social contra riscos e vulnerabilidades, assim como a vigência dos direitos sociais, numa concepção de que teria um papel relevante no que diz respeito à expressão de demandas como em relação à democratização da gestão e da execução das políticas sociais⁴⁰. A Constituição tornou compatíveis princípios da democracia representativa e da democracia participativa e a participação social passou a ser considerada não apenas no controle do Estado, mas também no processo de decisão das políticas sociais e na sua implementação de maneira complementar à ação estatal. Em suas diversas modalidades, tornou-se um elemento estruturante do Sistema Brasileiro de Proteção Social.

A expressão participação social, de forma resumida, refere-se àquilo que não seja estatal, mas ao longo do tempo tem recebido diferentes significados. Autores e pensadores como Kant, Hobbes, Maquiavel, Hegel e vários outros trataram desse tema, mas o conceito que queremos adotar é o que tem sua origem na linguagem política atual, encontrado em Marx e que contrapõe a sociedade civil e o estado, conceito amplamente difundido na literatura. No entanto, hoje, essa separação estado e sociedade civil já não se apresenta tão nítida quanto no século XIX, época dos escritos marxistas.³⁹

O que se percebe atualmente é uma simbiose, uma associação na qual ambos, estado e sociedade são beneficiados. Sob este aspecto, sociedade e Estado atuam como dois momentos necessários, separados, mas contíguos, distintos, mas interdependentes do sistema social em sua complexidade e em sua articulação interna.⁵

Conforme Silva *et al*⁴⁰ três enunciados sintetizam os sentidos que tomam a participação no que se refere aos direitos sociais, à proteção social e à democratização das instituições que lhes correspondem:

- a) a participação social promove transparência na deliberação e visibilidade das ações, democratizando o sistema decisório;
- b) a participação social permite maior expressão e visibilidade das demandas sociais, provocando um avanço na promoção da igualdade e da equidade nas políticas públicas; e
- c) a sociedade, por meio de inúmeros movimentos e formas de associativismo, permeia as ações estatais na defesa e alargamento de direitos, demanda ações e é capaz de executá-las no interesse público.

Há um consenso nas sociedades democráticas sobre a importância da participação social e na Lei Orgânica da Saúde está definida esta participação, mas há também dificuldades sobre a compreensão do que seriam essa regulação ou esse controle social que será exercido e as formas de participação da sociedade no aprimoramento da gestão de políticas públicas ou sua capacidade de juntar-se ao estado em busca de maior justiça social.

As políticas públicas deveriam ser 'construções participativas' de uma coletividade que visam à garantia dos direitos sociais dos cidadãos que compõem a sociedade humana. Esse é um princípio democrático fundamental. Aqui estão envolvidos o papel da Administração Pública e o Estado

Democrático de Direito, pois estes criam possibilidades de transformação da sociedade, com o respaldo da Constituição.⁴¹

É importante compreender as técnicas relacionais que evitam a dimensão única através da participação dos entes periféricos nos processos decisórios que os condicionam ou lhes interessam. E importa, sobretudo, entender que os arranjos cooperativos buscam legitimidade numa concepção profundamente democrática de Estado, segundo a qual os componentes de um sistema composto devam protagonizar a definição das políticas públicas que os afetam⁴².

Entende-se que a relação entre o Estado, as classes sociais e a sociedade civil, proporciona o surgimento de agentes definidores das políticas públicas. A partir do contexto da produção econômica, cultura e interesses dos grupos dominantes são construídas as políticas públicas, sua elaboração e operacionalização, de acordo com as ações institucionais e, em particular⁴³.

A Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde define que esse sistema contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas:

I - a Conferência de Saúde; e

II - o Conselho de Saúde.

A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde.

O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.

Essa Lei definiu ainda, como sanção para o ente federativo que não organizar o Conselho de Saúde, o não recebimento dos recursos para cobertura das ações e serviços de saúde a serem implementados pelos Municípios, Estados e Distrito Federal.

Os Conselhos de Saúde estão implantados em todos os Municípios, Estados e Distrito Federal, porém o seu funcionamento varia bastante em decorrência de muitos fatores. Alguns comportamentos são determinantes para o funcionamento desses fóruns e entre eles podem ser mencionadas a transparência da execução das ações governamentais por meio de sistemas de informação eficientes; o diálogo e a abertura dos governos para as propostas da sociedade bem como a existência de canais de comunicação; a motivação e a iniciativa das pessoas escolhidas por suas entidades e a organicidade da representação que será exercida.

2. MÉTODOS

Considerando os objetivos deste trabalho foi realizada uma pesquisa qualitativa que tem como propósito não só captar a aparência do fenômeno, mas compreender a essência, por meio da aparência e refletir, de forma detalhada os significados e características do objeto de estudo. Ou seja, a pesquisa qualitativa lida com interpretações das realidades sociais. Chizzotti⁴⁴ afirma que:

A abordagem qualitativa parte do fundamento de que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, uma interdependência viva entre o sujeito e o objeto, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito. [...] O conhecimento não se reduz a um rol de dados isolados, conectados por uma teoria explicativa; o sujeito – observador é parte integrante do processo de conhecimento e interpreta os fenômenos, atribuindo-lhes um significado. O objeto não é um dado inerte e neutro; está possuído de significados e relações que sujeitos concretos criam em suas ações.

Na **primeira etapa do estudo** foi realizada uma revisão bibliográfica integrativa de publicações em periódicos e documentos nacionais e internacionais para entender os significados da governança, no período de 2000 a 2012. A pesquisa foi efetivada com base nos descritores “governança”, “região de saúde e governança”, “governança no SUS”, “governança pública”, “*governance*” e “*governanza*”, em fontes de busca da Biblioteca Virtual em Saúde (Scientific Electronic Library Online – SciELO; Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde – Lilacs; Pan American Health Organization – PAHO; World Health Organization Library & Information Networks for Knowledge - WHOLIS e Biblioteca Regional de Medicina – BIREME) e em documentos e relatórios de pesquisa de organismos nacionais e internacionais que têm produzido conhecimento reconhecido internacionalmente sobre o tema como os órgãos da Organização das Nações Unidas – ONU, a Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico – OCDE e o Instituto Brasileiro de Governança Corporativa – IBGC.

Foram identificados 214 artigos, entre os quais foram selecionados 195 com textos completos e a partir da leitura dos resumos desses artigos foram escolhidos 25 artigos, porque tinham relação direta com os temas governança, governança pública e governança em sistemas de saúde.

A revisão bibliográfica integrativa é um método de pesquisa que permite a busca, a avaliação crítica e a síntese das evidências disponíveis do tema investigado, sendo o seu produto final o estado atual do conhecimento do tema investigado, a implementação de intervenções efetivas bem como a identificação de lacunas que direcionam para o desenvolvimento de futuras pesquisas.

Esse método tem a finalidade de reunir e sintetizar resultados de pesquisas sobre um delimitado tema ou questão, de maneira sistemática e ordenada, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento do tema investigado. Para a elaboração da revisão integrativa, o revisor determina no primeiro momento, o objetivo específico, formula os questionamentos a serem respondidos ou hipóteses a serem testadas e então realiza a busca para identificar e coletar o máximo de pesquisas primárias relevantes dentro dos critérios de inclusão e exclusão previamente estabelecidos.

Após essa etapa é realizada a avaliação crítica dos critérios e métodos empregados no desenvolvimento dos vários estudos selecionados para determinar se são válidos metodologicamente. Esse processo resulta em uma redução do número de estudos incluídos na fase final da revisão. Os dados coletados desses estudos são analisados de maneira sistemática. Finalmente os dados são interpretados, sintetizados e as conclusões são formuladas tendo como origem os vários estudos incluídos na revisão integrativa.

Na **segunda etapa da pesquisa** foram realizadas entrevistas semiestruturadas com oito gestores estaduais de saúde das cinco regiões do país, visando verificar a percepção sobre as experiências locais de governança e como se traduz na prática a governança pública nos seus ambientes de gestão.

Foram selecionados os gestores estaduais de saúde nas cinco regiões do país, em estados onde o processo de regionalização estava mais estruturado, com as regiões de saúde definidas e as Comissões Intergestores Regionais em funcionamento.

A decisão de utilizar como um dos métodos de coleta de dados a entrevista semi-estruturada baseia-se na fundamentação que Minayo⁴⁵ oferece ao tratar dos diversos tipos de entrevista na pesquisa qualitativa, pois a autora ressalta que é

[...] a estratégia mais usada no processo de trabalho de campo. É uma conversa a dois, ou entre vários interlocutores, realizada por iniciativa do entrevistador, destinada a construir informações pertinentes para um objeto de pesquisa, e abordagem pelo entrevistador, de temas igualmente pertinentes tendo em vista este objetivo.⁴⁵

A entrevista semi-estruturada combina perguntas abertas e fechadas e o pesquisador segue um roteiro de questões previamente definidas, que procura garantir que todos os entrevistados respondam às mesmas questões, mas faz isso num ambiente de conversa informal. Esse tipo de entrevista é muito utilizado quando se deseja delimitar o volume das informações, obtendo assim um direcionamento maior para o tema, intervindo a fim de que os objetivos sejam alcançados. Podem ser utilizados recursos visuais, como cartões, fotografias, o que pode deixar o entrevistado mais à vontade e fazê-lo lembrar de fatos, o que não seria possível num questionário.

O método utilizado na análise das entrevistas realizadas foi a análise de conteúdo. Para Chizzotti ⁴⁴

[...] é um método de tratamento e análise de informações, colhidas por meio de técnicas de coleta de dados consubstanciadas em um documento. A técnica se aplica à análise de textos escritos ou de qualquer comunicação (oral, visual, gestual) reduzida a um texto ou documento [...]. O objetivo da análise de conteúdo é compreender o sentido das comunicações, seu conteúdo manifesto ou latente, significações explícitas ou ocultas.⁴⁴

A análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.⁴⁶

Essa abordagem tem por finalidade explicar e sistematizar o conteúdo da mensagem e o significado desse conteúdo, a partir de um conjunto de técnicas, por meio de deduções lógicas e justificadas; produzir inferência, trabalhando com vestígios e índices postos em evidência por procedimentos mais ou menos complexos.⁴⁷

Criada inicialmente como uma técnica de pesquisa com vistas a uma descrição objetiva, sistemática e quantitativa de comunicações em jornais, revistas, filmes, emissoras de rádio e televisão, hoje é cada vez mais

empregada para análise de material qualitativo obtido por meio de entrevistas de pesquisa. A análise de conteúdo visa verificar hipóteses e ou descobrir o que está por trás de cada conteúdo manifesto, pois o que está escrito, falado, mapeado, figurativamente desenhado e/ou simbolicamente explicitado sempre será o ponto de partida para a identificação do conteúdo manifesto (seja ele explícito e/ou latente).^{48,45} A análise e a interpretação dos conteúdos obtidos enquadram-se na condição dos passos ou processos a serem seguidos.

Para o tratamento dos dados foi utilizada a análise lexical mecanizada pelo *software* Alceste - *Analyse Lexicale par Context d'un Ensemble de Segments de Texte* ou Análise Lexical Contextual de um Conjunto de Segmentos de Texto. Este programa permite realizar a análise de conteúdo denominada co-ocorrência, por meio de técnicas quali-quantitativas de tratamento de dados textuais e se propõe a identificar a informação essencial presente em um texto. Usa a co-ocorrência das palavras contidas no texto, de forma a organizar e resumir informações consideradas mais relevantes, e possui como referência em sua base metodológica, a abordagem conceitual lógica e dos mundos lexicais.⁴⁹

Este *software* foi criado na França, em 1979, por Max Reinert, para ser utilizado no sistema operacional Windows. Apresenta uma organização dos dados possibilitada por meio de análises estatísticas e matemáticas, fornecendo o número de classe, as relações existentes entre as mesmas, as divisões realizadas no material analisado até a formação das classes, as formas radicais e palavras associadas com seus respectivos valores de *qui-quadrado* (χ^2), além do contexto semântico de cada classe.

O objetivo de uma análise com Alceste é distinguir classes de palavras que representam diferentes formas de discurso a respeito do tópico de interesse; é obter uma primeira classificação estatística de enunciados simples do *corpus* estudado, em função da distribuição de palavras dentro do enunciado, a fim de apreender as palavras que lhes são mais características.

As entrevistas que formam o *corpus* desta pesquisa foram processadas pelo Alceste que realizou de forma inicial a análise léxica do texto organizado pela pesquisadora com o material das entrevistas. Este *corpus* é denominado pelo referido programa de Unidade de Contexto Inicial - UCI. O programa agrupou as raízes semânticas definindo-as por classes, levando em

consideração a função da palavra dentro do contexto. Cada classe é composta de várias Unidades de Contexto Elementares - UCE.

A utilização do Alceste nessa pesquisa se deu como um elemento de apoio para a realização da análise qualitativa dos dados pela pesquisadora. O programa, nessa função de suporte, agrupou e classificou o material das entrevistas em cinco classes que foram reunidas em três eixos o que facilitou a interpretação e a análise posteriores, bem como sua qualificação, de acordo com o referencial teórico da pesquisa.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde, sob o nº. 088/12. Em todas as etapas de realização da pesquisa foram observadas as orientações da Resolução nº. 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, tanto com as instituições que autorizaram a realização da pesquisa quanto com os sujeitos que cederam as entrevistas após leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

3. RESULTADOS

3.1. OS SIGNIFICADOS DE GOVERNANÇA NA LITERATURA

O termo governança tem sido empregado para explicar estruturas e processos relacionais complexos em diversas instâncias e níveis bem como os processos que ocorrem entre todos eles, tanto na sociedade civil quanto nas organizações do Estado e da iniciativa privada.

Na revisão de literatura realizada foi possível identificar uma diversidade de conceitos fundamentados a partir de diferentes ideias e referenciais teóricos. Pelo fato de existirem diferentes conceitos de governança aplicados em diferentes situações é necessário entender como os princípios, as práticas e as ferramentas dos modos de governança corporativa, social e pública podem agir como mecanismos por meio dos quais as ações de governança são desenvolvidas.

Originário etimologicamente dos vocábulos gregos *kybenan* - incitar, estimular e *kybernetes* - guia, piloto e, historicamente associado à noção de “bom governo”, o termo governança é resgatado, ao final da década de 1989, pelas grandes agências internacionais de ajuda ao desenvolvimento, financiadas pelo Banco Mundial,⁵⁰ para representar o novo padrão de relações socio-institucionais decorrentes da revisão das relações Estado, sociedade, capital privado.

Verificou-se o desenvolvimento do conceito de governança nas teorias do desenvolvimento, no direito internacional, na economia, na ciência política e nos organismos internacionais, que destacam algumas dimensões essenciais: as relacionadas às estruturas, aos processos, ao financiamento, aos regulamentos e às responsabilidades de prestar contas.

Chama atenção também a dimensão não estatal que a governança traz ao debate, bem como a participação de vários atores na formulação de políticas e de ações e quando se examina esse tema surge como destaque o papel das organizações não governamentais, cuja ação no serviço público tem sido considerada por alguns setores da sociedade como terceirização ou

privatização de funções de responsabilidade do governo. Essa ampliação da atuação do estado tem provocado um debate sobre o que ele deve produzir e o que deve comprar, considerando esse período de transição de um estado dirigente, provedor solitário do bem público, para um estado cooperativo, relacional, que produz o bem público em conjunto com outros atores.

3.1.1. Os significados de governança: as ideias principais

Segundo o Banco Mundial⁵¹, a definição geral de governança é “o exercício da autoridade, controle, administração, poder de governo”. O documento registra ainda que “é a maneira pela qual o poder é exercido na administração dos recursos sociais e econômicos de um país visando o desenvolvimento”, sugerindo ainda “a capacidade dos governos de planejar, formular e implementar políticas e cumprir funções”.

A governança não é a ação isolada da sociedade civil buscando maiores espaços de participação e influência. Ao contrário, o conceito compreende a ação conjunta de Estado e sociedade na busca de soluções e resultados para problemas comuns. Por isso é evidente que o surgimento dos atores não-estatais é central para o desenvolvimento da ideia e da prática da governança.

Governança se refere aos meios e processos que são utilizados para produzir resultados eficazes, portanto é preciso que haja a concorrência dos governantes, isto é do Estado e dos cidadãos e de suas organizações, ou seja, a sociedade civil organizada, “para construir consensos que tornem possível formular políticas que permitam responder equilibradamente ao que a sociedade espera do governo”.⁵²

A maneira como o Estado se estrutura e sua articulação com outros entes que compõem as redes nas diversas ações de gestão governamental é essencial para uma gestão eficiente e eficaz das políticas públicas e da prestação dos serviços de sua responsabilidade. Assim, a governança deve ser observada em todos os momentos do ciclo de gestão, isto é, nas fases de planejamento, implementação, controle e avaliação. Dessa forma, o planejamento vinculado a ações de participação e articulação entre os diversos

atores, mostra-se eficaz, por traçar metas mais realistas e direcionadas às necessidades da população.⁵³

Governança é um fenômeno mais amplo que governo, abrange as instituições governamentais, mas implica também mecanismos informais, de caráter não-governamental, que fazem com que as pessoas e as organizações dentro da sua área de atuação tenham uma conduta determinada, satisfaçam suas necessidades e respondam às suas demandas. É administrar com a participação e ação do Estado e dos setores privados.¹

O conceito de governança pública faz referência à existência de estruturas, mecanismos e regulamentações para o exercício da administração pública, a uma nova prática, em que o processo é mais importante que os resultados em si, a uma nova forma ou estrutura, com maior enfoque na atuação via redes de organizações ou atores sociais, mais autônomos, independentes e regulados, e a definição de objetivos conjuntos e de guias de ação. Dessa forma, a governança pública pode ser entendida como o governo visando objetivos coletivos de uma sociedade, com o enfoque na coordenação autônoma, interdependente e responsável de diferentes instituições, redes e atores sociais, utilizando estruturas, mecanismos e regulações justas, coerentes, consistentes e aceita pela sociedade.⁵⁴

Vista sob este aspecto a governança impacta na qualidade dos gastos públicos, na efetividade da gestão de recursos e também, na eficiência e na qualidade da prestação de serviços.

As teorias do desenvolvimento tratam a governança global como um conjunto adequado de práticas democráticas e de gestão que ajudam os países a melhorar suas condições de desenvolvimento econômico e social. Boa governança é, portanto, a combinação de boas práticas de gestão pública.

O Fundo Monetário Internacional - FMI e o Banco Mundial exigem boa governança como requisito para países em via de desenvolvimento receberem recursos econômicos e apoio técnico e dão ênfase às seguintes características na gestão: participação; estado de direito; transparência; responsabilidade; orientação por consenso; equidade e inclusão; efetividade e eficiência; e prestação de contas, ou seja, uma referência para verificar o modo como a autoridade é exercida no gerenciamento dos recursos do país em direção ao desenvolvimento. Analisam a capacidade governativa não apenas pelos

resultados das políticas governamentais, mas também pela forma pela qual o governo exerce o seu poder.

A partir de uma dimensão política, os princípios da governança são considerados no campo do Direito Internacional ao se constatar a presença crescente de atores não estatais na discussão e formulação de tratados, convenções e resoluções, bem como na sua implantação efetiva, para a resolução, muitas vezes em redes, de temas concretos que ultrapassam fronteiras continentais.

A economia e a ciência política abordam principalmente a visão regulatória das organizações, com foco na criação de sistemas de regras e mecanismos de supervisão como elementos para a governança, com base na teoria institucional, segundo a qual os mecanismos institucionais - coercitivos, normativos e miméticos conformam o comportamento dos atores numa organização. Sendo assim, estruturas formais de controle e coordenação de atividades permitem obter uma eficiência maior o que significa uma vantagem competitiva sobre os concorrentes.^{55,56}

Em 1995 a Comissão sobre Governança Global da ONU se manifestou sobre o tema indicando que a governança deve ser apoiada pela democracia em todos os níveis, num ambiente onde os indivíduos e as instituições, público e privado, tenham capacidade de administrar assuntos comuns, num processo contínuo por meio do qual conflitos ou interesses diversos podem ser acomodados numa ação cooperativa.^b

Da mesma forma a Organização Mundial de Saúde – OMS também apresenta uma definição sobre o tema, focando na governança em sistemas de saúde que considera como o exercício da autoridade política, econômica e administrativa na gestão em todos os níveis, que compreende mecanismos complexos, processos e instituições através dos quais os cidadãos e grupos articulam seus interesses, mediam as suas diferenças e exercem os seus direitos e obrigações legais. Isso significa a participação de diversos atores que formulam e implantam políticas, programas e práticas que promovam sistemas de saúde equitativos e sustentáveis.^c

^b Our Global Neighborhood: The Report of the Commission on Global Governance. Geneva, 1995.

^c Relatório do desenvolvimento humano: 1997. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

Como elemento basilar para a adoção da governança na administração pública no Brasil foram incluídos no artigo 1º. da CF de 1988 os princípios da soberania popular e da democracia representativa, e na Emenda Constitucional 19/1998 constam as regras fundamentais da gestão participativa na administração pública, que remetem à participação e aproximação da população das ações do governo, possibilitando a sua contribuição para maior transparência e eficiência dos serviços que lhe são prestados.⁵⁷

Na área da saúde, os Capítulos II e III da Lei 8.080 de 1990 e a Lei 8.142/90 indicam os atores da governança uma vez que tratam dos princípios e diretrizes e da organização, da direção e da gestão do SUS e da participação da comunidade na gestão desse sistema. Definem a descentralização das ações e serviços de saúde, a participação da comunidade e explicitam quem são os gestores públicos do sistema; assinalam a possibilidade de participação da iniciativa privada e dos profissionais de saúde; além disso estabelecem a relação intersetorial no âmbito público e na sociedade civil e os fóruns de negociação e pactuação entre gestores. Dessa forma, estão definidos os principais componentes para a governança no SUS, a partir da Lei Orgânica da Saúde.

A Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa aprovada em 2007 pelos gestores do SUS leva em conta os princípios da governança, pois na sua formulação contempla a sociedade como um todo, composta por três campos de poder institucionalizados: o Estado, nos níveis federal, estadual e municipal, a intersetorialidade necessária para contemplar os determinantes e condicionantes sociais da saúde e a sociedade civil.

3.1.2 Modos de governança

A revisão bibliográfica realizada apontou para três modos de governança distintos: corporativa, social e pública.

Quando a governança ocorre no âmbito das organizações de mercado, ela é chamada de governança corporativa, ou um sistema pelo qual as organizações são dirigidas e controladas. Com a intenção de ganhar a

confiança dos investidores, empresas e países notaram a necessidade de incorporar algumas regras básicas, como sistemas regulatórios e leis de proteção aos acionistas; conselho de administração; auditoria independente; processo justo de votação em assembleias; e maior transparência nas informações.

Segundo o Instituto Brasileiro de Governança Corporativa - IBGC, conceitualmente, a governança corporativa surgiu para superar o "conflito de agência", decorrente da separação entre a propriedade e a gestão empresarial. Nesta situação, o proprietário – acionista, delega a um agente especializado – executivo, o poder de decisão sobre sua propriedade. No entanto, os interesses do gestor nem sempre estarão alinhados com os do proprietário, resultando em um conflito de agência ou conflito agente-principal. Conforme aquele Instituto governança corporativa é o sistema pelo qual as organizações são dirigidas, monitoradas e incentivadas, envolvendo os relacionamentos entre proprietários, conselho de administração, diretoria e órgãos de controle. As boas práticas de governança corporativa convertem princípios em recomendações objetivas, alinhando interesses com a finalidade de preservar e aperfeiçoar o valor da organização, facilitando seu acesso ao capital e contribuindo para a sua longevidade.^d

A Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico – OCDE, órgão internacional e intergovernamental que reúne os países mais industrializados e também alguns emergentes para trocar informações e alinhar políticas com o objetivo de potencializar seu crescimento econômico, definiu alguns princípios que constituem uma base comum que os países-membros consideram essencial para o desenvolvimento de práticas de boa governança corporativa: a) assegurar o apoio para um enquadramento eficaz da governança com base na transparência e na eficiência; b) proteger e facilitar o exercício dos direitos dos acionistas; c) assegurar o tratamento equitativo dos acionistas; d) considerar o papel dos outros sujeitos com interesses relevantes na governança; e) assegurar a divulgação de informações e transparência; e f) assegurar a gestão estratégica da empresa, um acompanhamento e fiscalização eficazes da gestão pelo órgão de administração e a

^d Instituto Brasileiro de Governança Corporativa. Texto consultado em outubro de 2012 no endereço: <http://www.ibgc.org.br>.

responsabilização do órgão de administração perante a empresa e os seus acionistas.^e

A governança corporativa é apenas parte do contexto econômico geral em que as empresas operam, e que inclui, por exemplo, políticas macroeconômicas e o nível de concorrência em mercados de produtos e fatores de produção. Ela também depende do ambiente jurídico, regulamentar e institucional. Além disso, fatores como ética empresarial e consciência corporativa dos interesses ambientais e sociais das comunidades em que a empresa opera também podem afetar a imagem e o sucesso da empresa em longo prazo. Portanto, esse modo de governança consiste em direitos dos acionistas ou proprietários; direitos de partes interessadas; conflitos de agência; sistema de relações; sistema de valores; sistema de governo; estrutura de poder; estrutura de regulação e padrões de comportamento.⁵⁸

De modo diverso, quando a governança é exercida em arranjos organizacionais de composição plural, isto é, envolvendo agentes estatais e não estatais e agentes públicos e privados com ou sem fins lucrativos, para a cogestão da coisa pública é denominada de governança social. Ela considera a sociedade como um todo, composta por três campos de poder institucionalizados: a) o Estado, nos níveis federal, estadual e municipal, b) a intersetorialidade, necessária para contemplar os determinantes e condicionantes sociais e c) a sociedade civil.

Na perspectiva da governança social existem três dimensões ou finalidades de atuação conjunta dos três campos mencionados, quais sejam: a) a construção coletiva da agenda estratégica pública – assegurando maior legitimidade; b) a implementação de políticas e/ou a produção de bens públicos e privados; e c) o acompanhamento, o monitoramento e a avaliação da política, programa, projeto, ação ou omissão pública através de diversos mecanismos e canais democráticos de prestação de contas – assegurando transparência, *accountability* e o efetivo controle social. É uma nova maneira de governar, em que o Estado é considerado relevante apesar de ser apenas uma das partes, na qual o sentido de público expressa e abrange todas as esferas da sociedade organizada e não apenas o Estado.⁵⁹

^e Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico. Texto consultado em agosto de 2012 no endereço: <http://www.oecd.org/>

O homem não vê o universo a partir do universo, o homem vê o universo desde um lugar, portanto na governança social devem ser consideradas a intersectorialidade e a dinâmica dos territórios, pois há relações importantes que se processam nos territórios e remetem ao cotidiano da população, às relações entre o Estado, à sociedade civil organizada e aos cidadãos, que com interações políticas, econômicas, sociais e simbólico-culturais transformam o território em um ente vivo.⁶⁰

A governança social é, portanto, um arranjo institucional baseado na regulação, na interação e orquestração de ações entre o Estado, o mercado e a sociedade civil, todos eles dotados de diferentes capacidades, diferentes e divergentes interesses e lógicas, para a promoção do bem estar social, através da produção e do consumo de bens públicos e privados; o desenvolvimento de capacidades em rede, envolvendo o Estado e demais segmentos da sociedade civil organizada. É desejável em uma democracia que Estado e sociedade formem, pelo menos no plano ideal, um todo indivisível.^{61,62}

Um terceiro modo de governança que deve ser considerado a partir da revisão de literatura realizada é o que acontece no âmbito das organizações públicas estatais, em um ou mais níveis federativos, denominado de governança pública. Propõe um modelo de cooperação entre os países e entre os diversos componentes dentro de um Estado, baseado na melhoria da qualidade, da responsabilidade, da eficiência e da eficácia administrativa, e no respeito aos valores da democracia.

É um conceito relativamente novo no âmbito dos sistemas de saúde, considerado como um instrumento para regular as relações de troca entre o Estado, o mercado e a sociedade, com forte relação com a legalidade e a legitimidade, visando uma solução inovadora das questões sociais e criando possibilidades de um desenvolvimento sustentável para todos os participantes. É um conjunto de atividades envolvendo a direção de redes complexas em setores políticos da sociedade.^{63,64}

Podem ser apontados três padrões de normas de valores na governança pública: a) eficiência e efetividade com relação à função de governo e à produção e distribuição dos bens e serviços; b) direitos individuais e adequação dos processos do governo referentes ao relacionamento entre governo e

cidadão; c) representação e poder de verificação com relação à investigação pública do funcionamento do governo.⁶⁵

A reforma do setor público brasileiro, iniciada em 1995, que propunha maior participação dos cidadãos, adotou uma abordagem gerencial da gestão pública e uma abordagem social-democrática do papel do Estado. Foram estabelecidas, então, uma nova prática e uma nova forma de estruturação na administração pública, em que os processos são mais importantes que os resultados em si, com maior enfoque na atuação por redes de organizações e de gestores ou de atores sociais, que induzem à prática da governança.

No contexto da governança pública estudiosos do direito administrativo fazem referências à administração concertada ou à governança consensual, que é uma nova forma de solucionar as questões de interesse comum, que se estabelece a partir de uma perspectiva consensual e dialógica, cujas referências são a descentralização, o diálogo, a negociação, o acordo, a coordenação, e a cooperação. Assim, o processo de determinação do interesse público passa a ser desenvolvido a partir de uma perspectiva consensual e dialógica, a qual contrasta com a dominante perspectiva imperativa e monológica, avessa à utilização de mecanismos comunicacionais internos e externos à organização administrativa.⁶⁶

As formas de expressão da administração consensual têm suas bases em procedimentos que privilegiam o emprego de técnicas, métodos e instrumentos negociais; os choques de interesse e as situações de conflito são tratados sob uma nova perspectiva de negociação, consenso e pactuação.⁶⁷

3.1.3 Governança em saúde no SUS

Verifica-se que alguns princípios dos modos de governança corporativa, social e pública, relacionados às estruturas, aos processos, ao financiamento, aos regulamentos e às responsabilidades de prestar contas podem ser destacados como elementos que atribuem significados à governança no SUS.

Na governança social devem ser mencionados os seguintes princípios que estão presentes no SUS: a participação de atores governamentais e não

governamentais situados em um território e integrados em propósitos comuns; o exercício da intersetorialidade com a participação do estado coordenador e provedor; o exercício do controle social sobre os agentes públicos para verificar a responsabilidade e eficácia da ação pública; a descentralização e a autonomia dos atores políticos; a formulação de políticas públicas por meio de audiências e consultas públicas e conferências; foco no aumento da eficiência e da efetividade da ação governamental; maior transparência com a utilização de mecanismos eficazes de prestação de contas; a participação da sociedade na gestão pública.^{60,61,68}

A literatura sobre o tema aponta alguns princípios da governança corporativa que poderiam ser adotados na gestão de entidades do setor público como no SUS, para alcançar melhores práticas: transparência, supervisão, responsabilidade em prestar contas, controle, liderança, integridade e compromisso dos dirigentes.^{69,70}

A governança pública está em processo de mudança adotando novas práticas em cumprimento às normas da administração pública a partir do processo de descentralização das ações e serviços públicos. Dessa forma merecem destaque os seguintes princípios: a promoção de autonomia e responsabilidade dos órgãos públicos visando mais eficiência e qualidade; eficácia e economicidade; a avaliação e a regulação como recursos que permitem melhorar o plano de segurança e controle e a qualidade dos serviços; o controle social pela sociedade civil e a exigência da transparência nos órgãos públicos, além da garantia da proteção dos direitos sociais; o diálogo, a negociação, o acordo, a coordenação, e a cooperação.

A governança no SUS contém elementos dos modelos de governança corporativa, mas especialmente dos modos de governança social e pública, e requer aprimoramento para a garantia da qualidade do sistema de saúde.

3.2 O SIGNIFICADO DE GOVERNANÇA PARA OS GESTORES ESTADUAIS DE SAÚDE

O texto com as 08 entrevistas realizadas com os gestores estaduais se constituiu no *corpus* da análise inicial realizada pelo programa Alceste e foi dividido em 558 Unidades de Contexto Elementar (UCE), que representam as unidades de análise de texto, ordenadas por ordem de importância dentro de cada classe.

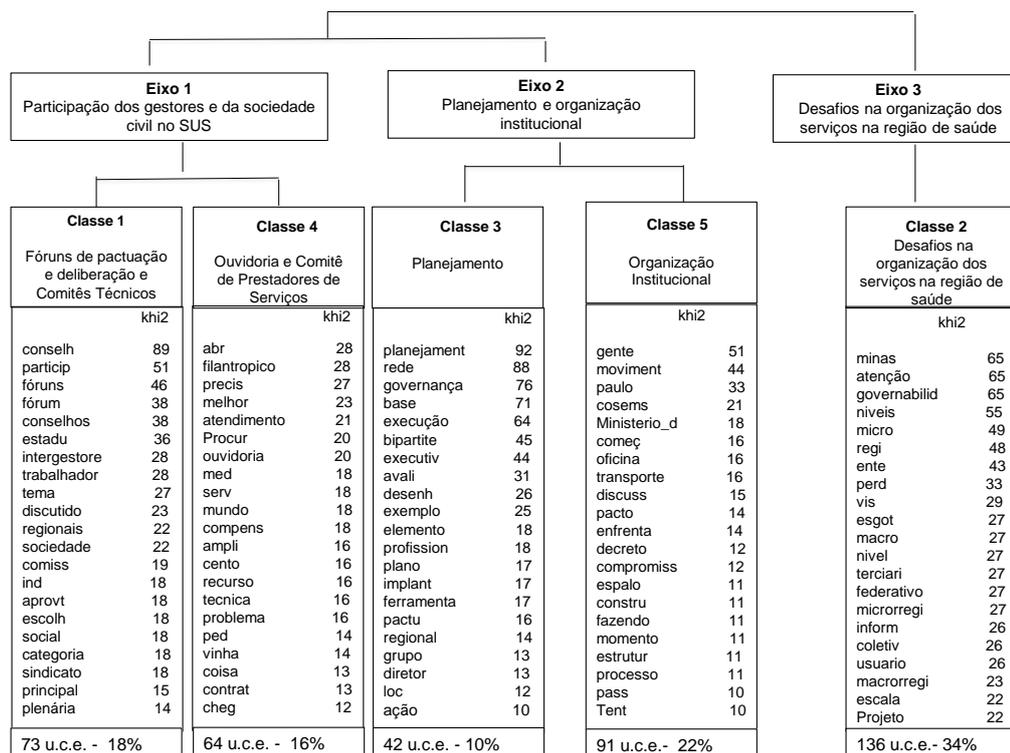
As referidas UCE continham 2.972 palavras, formas ou vocábulos distintos. Após a redução dos vocábulos aos seus radicais, obtiveram-se 511 palavras analisáveis e 197 palavras auxiliares, totalizando 708 palavras. As palavras analisáveis ocorreram 26 vezes e contribuíram para a constituição do *corpus*, com uma média de 15 repetições.

Das 558 UCE em que o *corpus* foi dividido, foram selecionadas 406 pelo programa, ou seja, na análise foram considerados 72% do total do material.

Os resultados evidenciaram na primeira etapa de análise, designada como Classificação Hierárquica Descendente, a existência de 3 eixos temáticos. O primeiro eixo foi denominado de “Participação dos gestores e da sociedade civil no SUS” e é composto por duas classes temáticas: Classe 1 - Os Fóruns de pactuação e deliberação e os Comitês Técnicos de Gestão Participativa e Classe 4 – A Ouvidoria do SUS e os Comitês de Prestadores de Serviços. O segundo eixo temático, “Planejamento e organização institucional” é composto pela Classe 3 – Planejamento e Classe 5 – Organização institucional. O terceiro, “Desafios na organização das ações e dos serviços na região de saúde”, é composto pela Classe 2, com a mesma denominação.

Na Figura 4 com o Dendograma observa-se que a classe 2 encontra-se isolada, em oposição às demais, fornecendo assim um elemento de análise que coloca de um lado as questões de participação dos gestores e da sociedade civil, a organização institucional, o planejamento e a gestão e de outro a organização dos serviços na região de saúde, o acesso e a integralidade.

Figura 4 Dendograma com a Classificação Hierárquica Descendente



Este material fornecido pelo Alceste foi analisado e interpretado e os resultados por eixo, são apresentados a seguir.

3.2.1 Eixo I - Participação dos Gestores e da Sociedade Civil no SUS

3.2.1.1 Classe 1 - Os Fóruns de pactuação e deliberação e os Comitês Técnicos de Gestão Participativa

Esta classe composta por 73 UCE (18%) apresentou associação significativa com os fóruns de discussão e pactuação como as comissões intergestores, com as mesas de negociação de trabalhadores, os grupos técnicos de implantação da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa e os Conselhos de Saúde.

O Alceste forneceu uma tabela contendo o vocabulário característico para esta classe, sendo as palavras mais importantes (maior qui quadrado): conselho, participação, fóruns, estadual, intergestores, trabalhadores, tema, discutido, regionais, sociedade, comissão, índio, aprovação, escolha, social, categoria, sindicato, plenária.

Nesta classe está evidenciada a importância dos fóruns de negociação e pactuação, as Comissões Intergestores, em funcionamento desde o início dos anos 90, na governança do SUS. É mencionado o valor das Comissões Intergestores Regionais para o avanço da implantação da região de saúde.

Esses espaços de participação, que começaram lá atrás, antes das bipartites, com reuniões de comissões intergestores – na época não tinha esse nome, tinha outros nomes – ganharam uma dimensão que foi a questão da governança por territórios, que é a bipartite, faz a discussão da gestão no âmbito estadual. A tripartite faz no âmbito nacional. Alguns estados começaram a evoluir para aquela discussão de gestão no âmbito do território regional, porque aí surgiram as bipartites regionais e se consolidou com mecanismos de gestão. Só que a governança é um pouco mais do que isso, ela exige algumas situações, inclusive, representa ferramentas de execução. E até esse momento as bipartites regionais e a própria tripartite na verdade são instâncias de pactuação, mas que têm pouca capacidade de execução. (Entrevista 3)

Lá no estado a gestão tem se pautado muito na questão da governança através dos colegiados regionais de gestão, atualmente as CIR. Então, foi uma prioridade do gestor estadual, que nós pautássemos a governabilidade do sistema através dessas instâncias. Então, ele tem feito esse discurso e tem colocado para os técnicos da secretaria essa pauta. Que a gente fortaleça os colegiados e, por consequência, a Bipartite também como forma de a gente estar discutindo a estruturação do sistema de saúde no estado. (Entrevista 8)

Levamos à discussão. À medida que a gente vai implementando, leva à discussão dentro da Comissão Intergestores Regional. (Entrevista 5)

São mencionados inclusive, os avanços e recuos presentes no processo de implantação dos fóruns intergestores ao longo dos anos.

As relações Interfederativas, isso é um processo, não é? E a gente sabe que processo, às vezes, ele tem avanço, outras vezes ele recua. Mas eu tinha visto lá no estado avanços bem significativos nessa questão, principalmente questão da Comissão Intergestores Regional e da Comissão Intergestores Bipartite não é? (Entrevista 6)

Hoje a CIR é muito diferente, as reuniões da CIR são muito diferentes do que era antes, porque antes se discutia “ah, não estou recebendo remédios da casa de saúde”. “Não, mas recebeu. Está aqui o protocolo. Mandeí isso, aquilo, fulano, beltrano, a bolsa da colostomia”. Agora, não. “Eu quero, eu preciso pactuar tal coisa, preciso melhorar a regulação de tal coisa, o hospital tal não está me atendendo”.

Entendeu? Melhorou o conhecimento do problema e enfim. Eu achei que a evolução na CIR foi legal. (Entrevista 1)

É bom o nosso sistema de comunicação no estado. É bom, ajuda na governança. É isso. As redes temáticas estão cortando e aprofundando o sistema de comunicação. Eu acho que é uma nova ferramenta entrando em cena. Eu acredito que ainda não temos um sistema de discussão forte entre os atores municipal e representantes do estado. Ainda eu acho que aí ainda não há. Eu volto a falar, esse sistema é bom, mas não há um projeto, ela não alinhou um projeto comum. Isso ainda há que avançar. Eu acho que, vamos dizer assim, a busca pelo que nós vimos ali, a busca da autonomia seja municipal, seja microrregional, ainda é maior do que a visão de conjunto. Então, esse sistema de informação tem que colocar em pauta discussões que permitam aos gestores terem esse projeto comum. (Entrevista 2)

Os Conselhos de Saúde são reconhecidos como fóruns importantes na governança, porém a sua organização e funcionamento variam muito em cada estado.

O foco maior é nos conselhos. E aí o nosso Conselho, diga-se de passagem, é extremamente atuante. (Entrevista 4)

O controle social (na região), a participação social se dá por meio desses fóruns regionais de conselheiros, mas que na verdade eles contribuem, eles dão contribuições para a discussão no fórum de gestores. (Entrevista 1)

A questão dos conselhos – que é outra área que a gente trabalha também na gestão estadual, inclusive, fortalecendo os conselhos com capacitação – tem passado anualmente promovendo cursos para os conselheiros, fazendo fóruns, fazendo plenárias, fórum do conselho estadual, inclusive, com os conselhos municipais. (Entrevista 8)

Eu acho que a gente tem que fazer a crítica, hoje, um pouco do que efetivamente representam os conselhos municipais e o conselho estadual na lógica que a gente está fazendo da gestão do sistema. (...) Muitas vezes as questões estão sendo tratadas nesses espaços não nessa lógica da gestão participativa, mas são muito mais campos de disputas, de afirmações de determinadas visões políticas que se tem no processo do que uma contribuição na questão efetiva da gestão entendeu? (Entrevista 4)

Eu acho que mesmo a relação com o usuário através do conselho ela está evoluindo, a representação dos conselhos tem crescido enquanto consciência, mas eu acho que ainda falta muito. Eu acho que aí talvez um ponto de estrangulamento. Eu não sei se tem clareza, por exemplo, que o usuário é um ator e que ele tem que estar sendo envolvido. (Entrevista 2)

As plenárias regionais, os fóruns de trabalhadores e as mesas de negociação são citados como espaços que propiciam a participação dos vários segmentos que estão envolvidos no SUS: usuários, gestores e trabalhadores na saúde.

Então, os dois grandes espaços onde eles atuam são esses, o fórum dos trabalhadores que é forte no conselho e a mesa de negociação. Exatamente, esses fóruns contribuem na governança. Os trabalhadores de saúde têm fórum no conselho e têm a mesa de negociação. São esses fóruns que eles participam. Na mesa, todos os sindicatos estão não é? Mais os órgãos de governo. (Entrevista 1)

A nível de estado nós temos a mesa de negociação permanente. Ou seja, a gente chama mesa de negociação permanente porque nós temos um diálogo permanente na mesa, onde se discute a questão de planos de carreira, onde se discute a questão salarial. (...) Mas nós temos a mesa de negociação permanente com os servidores, que lidam com os sindicatos. Temos diálogo, não é? (Entrevista 7)

Os Comitês Técnicos estabelecidos na Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa estão em processo de implantação apenas em alguns estados e municípios, e os motivos são os mais diversos.

Creio que sim, que estamos caminhando para uma maior participação da sociedade no SUS. (...) Então a intersetorialidade é fundamental nisso. Senão o SUS vai ficar só tentando trabalhar, fazer atendimentos. E aí os custos altos e não vai resolver. (Entrevista 6)

Não tem um fórum para discutir a gestão participativa. O foco maior é nos conselhos. (Entrevista 4)

Não temos fóruns de representação da população no estado a não ser o conselho de saúde para discutir temas específicos como saúde da população negra ou grupo da terra, nem criamos os fóruns da política de gestão estratégica e participativa. Mas isso aí não é da saúde. O estado tem fóruns de direitos humanos, tem inclusão social, e daí discute essa questão. Daí tem representante da saúde lá nesse fórum. É política estadual. Aí agrega a saúde, educação, assistência. Não tem especificamente fórum para discutir saúde dos quilombolas, dos índios, dos negros, faz uma discussão mais integrada com várias áreas, no estado. (Entrevista 1)

Em outras áreas já não tem andado muito. Nós estamos, por exemplo, os povos indígenas, a questão dos quilombolas, dos ribeirinhos. Isso ainda está muito devagar ainda, por conta de dificuldade às vezes de acesso, de chegar e discutir isso. Mas já existem dentro do próprio conselho, dentro da própria bipartite, discussões de como avançar nesse aspecto. [...] Mas ainda não tem fórum organizado com a representação desses grupos. (Entrevista 6)

3.2.1.2 Classe 4 – A Ouvidoria do SUS e os Comitês de Prestadores de Serviços

Esta classe composta por 91 UCE (22%) apresentou associação significativa com um canal de manifestação dos cidadãos que é a ouvidoria, mas também mostrou a tendência dos gestores de abrirem canais de comunicação com os prestadores de serviços tanto públicos como complementares ao SUS.

O vocabulário característico para esta classe, evidenciado pelo Alceste é o seguinte: abrir, filantrópico, precisa, melhorar, atendimento, procurar, ouvidoria, médico, serve, mundo, compensar, ampliar, recurso, técnica, problema, pedir, vinha, contratar, chegar, prestador, hospitais.

A ouvidoria é valorizada como um canal de manifestação do cidadão e como ferramenta de gestão para a melhoria dos serviços oferecidos.

Sim há a participação da sociedade por meio da ouvidoria. Aliás, a gente diz que a ouvidoria está sendo tratada agora como ouvidoria. Não como aquela instituição que era tipo telemarketing, só para aquelas queixas dos usuários, as poucas que já eram registradas. Hoje a ouvidoria já serve de ferramenta de gestão para você problematizar o que está acontecendo nos serviços e de modo a melhorar a qualidade da atenção prestada. (Entrevista 7)

O processo de ouvidoria tem avançado bastante, não é? Tem sido muito ativo hoje no estado, isso lá. Os municípios estão se preocupando já com isso, principalmente os conselhos municipais de saúde. O conselho estadual também. (Entrevista 6)

E a ouvidoria até recebe alguns elogios, algumas questões positivas, mas na maioria das vezes, as pessoas, quando se manifestam, se manifestam para reclamar de alguma coisa, para pedir alguma coisa, para questionar alguma coisa. E a gente precisa estar aberto a ouvir o usuário e saber que dali a gente tira ensinamentos também que vão melhorar. Podem vir propostas positivas, podem vir propostas que não sejam bem aproveitadas ou até não sejam operacionais, mas é um canal de comunicação com a população que fortalece o sistema também. Eu acho que a gente tem que estar desenvolvendo mesmo. (Entrevista 8)

Nesta classe surge a percepção da necessidade de organizar um espaço para discussão com os prestadores de serviço no SUS.

Exatamente eu escuto os prestadores. E lá tem o público e tem o privado. E privado filantrópico, que não tem fins lucrativos. Isso é bem legal. E a câmara técnica decide, faço ata, aí ela decide e eu faço resolução. [...] Exatamente, esses fóruns contribuem na governança.

[...] Por exemplo, eu tenho a câmara técnica de atenção hospitalar. É uma câmara técnica que não é do conselho, é da secretaria de saúde. Na câmara técnica, todos os hospitais que participam, eu tenho câmara técnica na sede de macro, então a secretaria do município sede, a secretaria estadual e os hospitais de referência macro. Então, eles discutem o papel de cada um, os problemas de financiamento, a falta de capacitação. Então eles discutem isso. É um fórum com os hospitais. (Entrevista 1)

Por exemplo, a participação dos prestadores, por exemplo, aqueles vinculados às redes, isso tem crescido, é uma contribuição grande. Um comitê dos prestadores de serviço. Por exemplo, na rede de urgência e emergência. Esse comitê ouve os grupos gestores, que são diversas formas de organização, de participação, de como se dá a construção daquela rede ou dos problemas daquela rede. Aí envolvendo tanto gestores quanto prestadores, eventualmente com conhecimento de como os usuários estão reagindo. (Entrevista 2)

E quem vai fazer o processo executivo é a figura de um comitê executivo, que está sendo criado dentro da Bipartite estadual e que vai buscar representação do estado, representação dos municípios naquelas regiões específicas que compõem a macrorregião e até os próprios prestadores de serviço para fazer a governança regional no sentido da execução. Só com os prestadores que sirvam de referência macrorregional. Porque aí naquele momento a execução, você acaba cobrando inclusive algumas ações específicas desse prestador como também a ele fica a possibilidade de definir algumas discussões em relação ao fluxo assistencial em termos de referência. Essa experiência é inusitada, inclusive, não é uma experiência que exista no Brasil. Por que isso? Porque essa é a verdadeira governança, porque você vai fazer a partir do município, a partir do estado e também vai fazer a partir da ação de discussão. Não é para ele fazer a política de gestão. Gestão é com a Bipartite. Mas ele vai discutir a operacionalização da rede, porque essa é governança. (Entrevista 3)

Bem, na verdade, a gente tem mantido também uma conversa muito próxima com os prestadores privados. Os nossos hospitais filantrópicos lá que são lá os privados. Eles são responsáveis por 70 por cento do atendimento no estado. Então, obrigatoriamente tem que ter essa relação, tem que ter um fórum com os prestadores. (Entrevista 5)

3.2.2 Eixo II - Planejamento e Organização Institucional

3.2.2.1 Classe 3 – Planejamento

Esta classe composta por 42 UCE (10%) apresentou associação significativa com o processo de planejamento.

O Alceste forneceu uma tabela contendo o vocabulário característico para esta classe, sendo as palavras mais importantes: planejamento, rede, governança, base, execução, bipartite, executivo, avaliação, desenho, exemplo, elemento, profissional, plano, implantação, ferramenta, pactuação, regional, grupo.

O planejamento é apontado como elemento que deve estar presente tanto na discussão local como na governança regional.

O planejamento é um componente importante na governança. Fundamental. Sem ele não tem nada. Se eu não tiver o planejamento, eu não tenho as bases que vão levar à pactuação, que possivelmente vai ser o próprio COAP. E se eu não tiver o COAP dentro da área de planejamento, eu não vou ter os elementos de acompanhamento que esse comitê executivo tem que acompanhar para fins de fazer toda governança no sentido de uma rede macrorregional. (Entrevista 3)

Então, a gente sai de uma discussão de pactuação de pacto bipartite e de como que a gente avança na questão da regionalização, desenhando as nossas redes de atenção à saúde e quais são todos os elementos e instrumentos de planejamento que vão estar sempre colocados nesse processo. (Entrevista 4)

Esse processo (do COAP) amarra uma questão que a gente nunca conseguiu trabalhar com razoável eficiência, que é colocar o planejamento, a execução e o financeiro juntos. Então, vamos lá. Numa região, descobrimos um vazio assistencial em ter uma definição e um compromisso de uma meta a ser alcançada naquela região. Isso tem que ter um respaldo financeiro. Então, a secretaria tem que responder integralmente a isso. (Entrevista 4)

[...] nós vamos ter três etapas de planejamento. E todas elas depois vão acabar também sendo acompanhadas pela governança executiva por parte da bipartite. A primeira etapa é o planejamento local, que nós vamos fazer com base na modelagem das redes e que esses profissionais participam. A segunda etapa é o planejamento regional em que o conjunto dos municípios daquela região vai desenhar os fluxos assistenciais e as pactuações daquela região. E a terceira etapa, que é o planejamento macrorregional, em que todo o conjunto das regiões do estado vai fechar esse planejamento de acordo com aquilo que foi feito. (Entrevista 3)

Mas com base em rede, com o profissional trabalhando na ponta. Se eu entender que esse profissional participou desse planejamento ascendente, ele faz parte da governança sim porque em cima daquele planejamento vai ser executado e vai ser avaliado. (Entrevista 3)

A gente fez a revisitação das regiões. De sentir essa dificuldade. E isso desencadeou um processo muito legal que foi o planejamento regional. Aí sim. Aí a CIB tomou força. Porque o planejamento aconteceu todo dentro da CIB. Aí a CIB deixou de ser burocrática. Eu acho que as comissões de gestores elas não estão ainda na sua capacidade total. Eu acho que elas evoluíram. (Entrevista 1)

A organização dos serviços em redes de atenção à saúde como elemento importante para a governança na região de saúde.

Como é que você faz governança, por exemplo, regional? E aí a grande discussão é que ferramenta se utiliza para fazer governança regional? Nós estamos adotando [...] a figura da governança regional, mas com foco especificamente na governança de redes. E aí o foco da governança de redes pela lógica de que a rede não se completa só na região, ela vai ser em cima da governança dos aspectos de rede macrorregional. (Entrevista 3)

Então, como é que a bipartite vai fazer a governança macrorregional? Através de mecanismos de execução, que nesse caso vão ser os comitês executivos de funcionamento e implantação das redes. Esse que é o trabalho que se está discutindo hoje de governança regional. (Entrevista 3)

Mas com base em rede, com o profissional trabalhando na ponta. Se eu entender que esse profissional participou desse planejamento ascendente, ele faz parte da governança sim porque em cima daquele planejamento vai ser executado e vai ser avaliado. (Entrevista 3)

3.2.2.2 Classe 5 – Organização institucional

Esta classe composta por 136 UCE (34%) apresentou associação significativa com estrutura organizacional, organização da SES e do Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde - Cosems.

O Alceste forneceu uma tabela contendo o vocabulário característico para esta classe, sendo as palavras mais importantes: gente, movimento, Cosems, Ministério da Saúde, oficina, transporte sanitário, discussão, pacto, enfrentamento, decreto, compromisso, espaço, construção, momento, estrutura, processo, movimento, organizacional, apoiador, COAP.

A Secretaria se em 2006, a partir do pacto de 2006, ou seja, se em 2007 e 2008 a Secretaria foi capaz de fazer o enfrentamento, superar o desafio do pacto com a sua estrutura organizacional, apenas fazendo aqueles movimentos internos, funcionais, para esse enfrentamento não dá. A estrutura da Secretaria de Saúde hoje não é capaz de construir uma situação que possa dar resposta às necessidades e os desafios que o COAP estabelece para nós. (Entrevista 4)

Enfim, tudo isso que a gente já conversou tem outro momento que é o momento de olhar para dentro da Secretaria e buscar uma transformação da estrutura organizacional da secretaria, superando algumas fragilidades por conta de algumas fragmentações que a gente enfrenta na estrutura organizacional da Secretaria. Então, a gente vai ter um movimento. Nós fizemos um movimento recente, interno de

discussão desse tema, no sentido de buscar um fortalecimento da Secretaria num processo de integração interna para dar a capacidade aos atores, aos personagens da Secretaria que estão se apresentando para essa discussão em nome da Secretaria, regionalmente e na pactuação estadual. (Entrevista 4)

Eu só estou dando isso de exemplo não para falar do movimento mais recente, mas para reiterar o quão forte foi aquele movimento do Pacto de criar essa identidade, essa cultura, que foi bastante importante realmente com reflexos dentro dos municípios, dentro do Cosems, dentro da secretaria. E, no caso da secretaria, com fortalecimento da área de planejamento de saúde, que impacta justamente no planejamento. (Entrevista 4)

Eu acredito que houve uma mudança grande a partir do pacto pela saúde (na estrutura organizacional). A evolução foi grande. Eu acho que se a Noas já tinha contribuído com tudo o que a gente pôde criticar de positivo ou negativo para nós, acho que o pacto impulsionou muito mais, é que foi uma continuidade no processo. (Entrevista 2)

Sem dúvida a secretaria se reorganizou para discutir a governança no SUS do estado. A gente percebe isso claramente no dia a dia do trabalho. De todos os trabalhadores da saúde. (Entrevista 7)

Mas esse processo, primeiro, não é um processo que foi construído isoladamente pela secretaria. Ele trazia como desafio importante a construção conjunta com o município. Exatamente. E isso no foco da região de saúde. A gente acabou se articulando fortemente aqui com o Cosems. Tínhamos um grupo bipartite formalmente instituído. [...] E aí vem aquela que a gente falou da incorporação de profissionais nesse processo. Então, você acaba tendo um movimento importante. E ele é até mais intenso no Cosems, porque o Cosems tinha uma deficiência maior que o estado de poder fazer esse apoio regional. Esse foi mais um movimento nesse sentido de construir apoiadores dos municípios nessa discussão regional. (Entrevista 3)

3.2.3 Eixo III - Desafios na Organização das Ações e dos Serviços na Região de Saúde

3.2.3.1 Classe 2: Desafios na organização das ações e dos serviços na região de saúde

Esta classe que está isolada em relação às demais é composta por 64 UCE (16%), apresentou associação significativa com a organização dos serviços na região de saúde, a integralidade da atenção, e a economia de escala (micro e macrorregional).

O Alceste forneceu uma tabela contendo o vocabulário característico para esta classe, sendo as palavras mais importantes: atenção, governabilidade, níveis, microrregião, região, entes, perda, visão, macrorregião, terciária, federativo, informação, coletivo, usuário, escala, projeto, referência, integralidade, garantia, secundária, primária.

Se são poucas, (essas unidades de saúde da atenção terciária com qualidade) eu tenho que ter governabilidade na atenção primária do município, numa região, que eu não consigo chamar de outro jeito a não ser de micro, para poder então ter a macrorregião ou atenção terciária. (Entrevista 2)

E essa qualidade, a meu ver, tem uma relação muito direta com economia de escala e o escopo para um SUS que ainda tem limite de financiamento. Então, para mim, a governança do estado vai além de uma cooperação. Ele teria que estar realmente, vamos dizer assim, municinando de informações todos esses interessados para que eles tivessem clareza de onde é que eles conseguem garantir acessibilidade do seu usuário, mas com economia de escala e escopo. Sabe? E aí tenho uma visão de um projeto coletivo. (Entrevista 2)

Agora, a governabilidade tem que estar nos três níveis de atenção ao usuário, porque o objetivo do SUS é atender o usuário com integralidade. E a integralidade se dá em três níveis de atenção, não é nem só no município, nem só na realidade regional, no caso que ficou definido, o conceito que ficou tido como região. Então, se não houver essa perda de foco, de objetivo que a linha é a da integralidade, é a da acessibilidade que vai da primária à terciária, que não fica na secundária, aí está ótimo. Aí eu acho que a gente consegue a governabilidade do SUS. (Entrevista 2)

O que não se pode perder é essa capacidade de governança, inclusive, de uma rede que está nos três níveis de atenção. (Entrevista 2)

4. DISCUSSÃO

O objetivo deste estudo foi compreender a conformação do processo de governança no SUS para apreender os principais modos de governança, principalmente o seu significado para os gestores estaduais do SUS, visando oferecer subsídios para refletir sobre o seu aprimoramento.

O estudo possibilitou conhecer os conceitos de governança na literatura, que destaca três modos de governança: corporativa, social e pública. Podem ser ressaltados nesses modos de governança alguns aspectos relacionados às estruturas, aos processos, ao financiamento, aos regulamentos e às responsabilidades de prestar contas.

A governança em saúde tem sido estudada com diferentes propósitos e analisada em muitos aspectos entre eles na implementação da atenção primária em saúde e das redes de atenção à saúde; nas atividades de enfermagem; na descentralização dos serviços e ações de saúde; e também com enfoque na regulação e na avaliação entre outros. Dentro do conjunto de trabalhos teóricos sobre o tema, percebe-se também o esforço analítico e empírico para examinar as características dos processos de ajustamento e inovação institucional e de participação social, seja da sociedade ou dos trabalhadores da saúde em particular.

Além disso, a promoção de valores sociais, mudanças nas normas organizacionais e a introdução de novos incentivos financeiros podem ser componentes que estimulem diferentes modos de governança promovidos no âmbito das reformas dos sistemas de saúde, com a necessidade de modificação nas relações entre estado e sociedade, em direção a um padrão mais democrático de governança, apesar de práticas governamentais concentradoras de poder na tomada de decisão e na implementação de políticas públicas.

A Figura 5 apresenta um resumo dos princípios, valores e finalidades dos modos de governança corporativa, social e pública que atribuem significados à governança no SUS.

Figura 5 - Princípios, valores e finalidades que atribuem significados à governança no SUS

Modos de governança	Princípios, valores e finalidades
Corporativa	Transparência; supervisão; controle; responsabilidade em prestar contas; integridade e compromisso dos dirigentes.
Social	Transparência e mecanismos eficazes de prestação de contas; participação da sociedade na formulação de políticas e na gestão pública.
Pública	Transparência, eficiência e qualidade na produção de bens e serviços públicos; garantia de proteção dos direitos sociais; diálogo; negociação e cooperação.

Em relação às percepções dos gestores estaduais do SUS sobre o significado da governança a discussão será norteadada pelos três eixos temáticos: “Participação dos gestores e da sociedade civil no SUS”, “Planejamento e organização institucional” e “Desafios na organização das ações e dos serviços na região de saúde”, resultantes da classificação hierárquica descendente gerada pela análise das entrevistas e realizada pelo Alceste.

A análise revelou primeiramente que desde a aprovação da Lei 8.080/90, que dispõe sobre a organização do SUS, a sua implantação evoluiu especialmente em relação aos processos de descentralização e regionalização das ações e serviços de saúde. Além disso, é evidente que a organização de fóruns intergestores para ouvir os interlocutores localizados nas três esferas de governo e a participação da sociedade civil estão na identidade desse sistema, que oferece aos cidadãos universalidade de acesso, integralidade e igualdade da assistência à saúde.

4.1 EIXO I – PARTICIPAÇÃO DOS GESTORES E DA SOCIEDADE CIVIL NO SUS

Este eixo é formado por duas classes temáticas e trata da evolução da implantação dos fóruns de pactuação e deliberação do SUS, bem como das comissões e comitês criados nos estados para articulação com grupos da sociedade e com prestadores de serviços do SUS. As classes componentes desse eixo são “Os Fóruns de pactuação e deliberação e os Comitês Técnicos de Gestão Participativa” e “A Ouvidoria do SUS e os Comitês de Prestadores de Serviços”.

4.1.1 Os Fóruns de pactuação e deliberação e os Comitês Técnicos de Gestão Participativa

Com a edição da Norma Operacional Básica SUS 01/93 – NOB/SUS 01/93, mediante a Portaria/GM/MS n. 545 de 20 de maio de 1993, tendo como base o documento “Descentralização das ações e Serviços de Saúde: a Ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei”, aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde em 15 de abril de 1993, o Ministério da Saúde assume, como prioridade absoluta, o cumprimento dos dispositivos da Lei Orgânica da Saúde que regulamentam a implantação do SUS e pressupõem que o processo de descentralização implica em redistribuição de poder, redefinição de papéis e estabelecimento de novas relações entre as três esferas de governo. Tem como pressuposto básico a necessidade de um processo pactuado e flexível, que permita diálogo e negociação.⁷¹

A NOB/SUS 01/93 define como instâncias de articulação, negociação e decisão dos gestores do SUS, no âmbito federal, a Comissão Intergestores Tripartite – CIT e no âmbito estadual as Comissões Intergestores Bipartite – CIB, que devem explicitar os compromissos e as responsabilidades compartilhadas entre União, Estados e Municípios com o processo de descentralização e municipalização. Houve, portanto, uma mudança

significativa nas parcerias propostas nesse momento para a efetivação do SUS, avançando no processo de gestão colegiada iniciado com a implantação da Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação em 1988 - CIPLAN e das comissões estaduais, regionais e locais.

Em 1982 o recém-criado Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária - Conasp apresentou o Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no Âmbito da Previdência Social, que propunha a recuperação operacional do setor público da saúde, o aumento da eficiência e da qualidade, a racionalização do sistema como estratégia para a redução de custos, a criação de instrumentos de gerenciamento para maior previsibilidade orçamentária e a extensão da cobertura aos trabalhadores rurais, além de estabelecer a regionalização e a hierarquização do sistema público com a articulação do Instituto Nacional de Assistência Social – Inamps, Ministério da Saúde e Secretarias Estaduais de Saúde.

Essa proposta foi concretizada a partir de 1983 com a implantação do Programa de Ações Integradas de Saúde - AIS - que proporcionaria uma base técnica e princípios estratégicos para os momentos posteriores da reforma sanitária e, com ampliação conceitual e operacional em 1987, na criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde - SUDS - quando a União começou a transferir para Estados e Municípios ações e serviços de saúde que eram, até então, de sua competência exclusiva, uma proposta inovadora e de caráter estratégico num momento de abertura democrática, quando se ampliavam as oportunidades de discussão das propostas do movimento sanitário.

As AIS, num primeiro momento - 1983/1985, se caracterizaram como um programa de atenção médica que visava estimular a utilização dos serviços públicos de saúde, transformando o setor estatal em prestador de serviços em condições semelhantes aos prestadores privados. Num segundo momento - 1985/1987 as AIS conseguiram um avanço significativo com a adesão de 2500 municípios conveniados, cobrindo cerca de 70% da população brasileira; a introdução da Programação e Orçamentação Integrada - POI, um mecanismo de planejamento descentralizado e integrado resultou na valorização dos processos de cogestão, na introdução de financiamento a ações preventivas e na democratização do controle e avaliação.

Teve início, assim, um processo de coordenação interinstitucional e de gestão colegiada, para planejamento, gestão e acompanhamento das AIS, nos diferentes níveis de governo: a Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação - CIPLAN - no âmbito federal e as Comissões Interinstitucionais estaduais - CIS, regionais - CRIS, municipais - CIMS e locais CLIS, com a participação de vários órgãos e com características de centralização de poder no órgão com a maior parcela dos recursos financeiros (o Inamps) e segmentação, pois cada órgão envolvido tinha sua própria visão do processo.

AS CIS funcionaram como instâncias decisórias e gestoras das AIS em cada unidade estadual, e as CRIS, CLIS, CIMS nas regionais de saúde e dos municípios. As CIS deveriam ser compostas pelo Secretário Estadual de Saúde, pelo então Superintendente Regional do Inamps, e pelos representantes do Ministério da Saúde e do então Ministério da Educação e Cultura. As CRIS eram compostas pelas instituições conveniadas, pelos representantes das secretarias municipais de saúde e de entidades comunitárias, sindicais, representando a população em geral. Estes órgãos de gestão colegiada nos diferentes níveis do governo deveriam garantir a necessária coordenação entre os diversos serviços e tinham a atribuição de redefinir as políticas de saúde no seu âmbito de ação. Dessa maneira, a organização dessas Comissões proposta pelas AIS, nas diferentes instâncias de poder, já indicavam, nesse período anterior ao SUS, uma intenção de viabilizar a gestão colegiada envolvendo os órgãos públicos prestadores de serviços de saúde, os gestores e a sociedade.

Foi, então, um momento de abertura aos municípios para sua participação nos fóruns de discussão oficiais como as CIMS e as CLIS ou em outras reuniões ou encontros de secretários municipais de saúde que estavam acontecendo em alguns estados, apontando para um movimento de organização das lideranças municipais do setor saúde. Este período pode ser considerado como de surgimento de um novo pacto entre os setores governamentais (com o movimento da municipalização nascendo dentro das prefeituras como reflexo da necessidade de melhoria da assistência à saúde de todos os cidadãos - inclusive os excluídos pelo sistema vigente) e a sociedade, apontando para uma nova formulação da política nacional de saúde.

Pode-se concluir que o referendo da NOB-SUS 01/93, à Comissão Técnica Tripartite já criada por meio da Portaria GM/MS 1.180 em 1991, denominando-a de Comissão Intergestores Tripartite, valorizando a sua influência como fórum de gestores públicos para tratar das questões operacionais do SUS, fortaleceu o papel de cada um dos parceiros como gestor único na sua esfera de governo, estimulando a pactuação necessária à decisão colegiada e a parceria no compartilhamento da responsabilidade sanitária.⁷¹

A descentralização que se iniciou então, a partir da implantação das Normas Operacionais no período de 1993 a 2002 e o processo de regionalização ainda incipiente podem ser considerados fatores de estímulo ao desenvolvimento e ao aprimoramento dos fóruns intergestores de negociação e pactuação para o cumprimento das atribuições e as responsabilidades assumidas de cooperação técnica e financeira das três esferas de poder componentes do SUS.

Com a implantação do Pacto pela Saúde, com os seus três componentes: Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, a partir de 2006 as relações intergestores foram fortalecidas. A regionalização, diretriz importante do Pacto de Gestão, introduziu a organização dos Colegiados de Gestão Regional, hoje transformados em Comissões Intergestores Regionais – CIR, que são espaços de decisão onde se dá a identificação, a definição de prioridades e a pactuação de soluções para a organização de uma rede regional de ações e serviços de atenção à saúde, integrada e resolutiva. É constituída pelos gestores municipais de saúde do conjunto de municípios da região e por representantes do gestor estadual.

Essas comissões atuam na região, um território em geral marcado por diferenças socioeconômicas, de distribuição desigual de serviços, de tecnologias e de profissionais de saúde. Um espaço de conflito e de negociação permanente, onde convivem interesses diversos dos vários entes que o compõem, contudo, o lugar em que deve ser realizada uma gestão solidária e cooperativa, com o intuito de planejar, organizar e executar de maneira compartilhada as ações de saúde necessárias à população.

O Decreto 7.508 de 28/06/11 que regulamenta a Lei 8.080/90 nos aspectos da organização do SUS, do planejamento da saúde, da assistência à

saúde e da articulação interfederativa, além de estabelecer a organização e o funcionamento das regiões de saúde, reconhece os fóruns intergestores que já estavam em funcionamento no SUS e ressalta a importância da CIR na região, que em parceria com a CIB no estado deve trabalhar uma agenda de pactuação que envolve: aspectos operacionais e administrativos da gestão compartilhada do SUS; diretrizes gerais sobre as regiões de saúde; integração de limites geográficos; referência e contra referência e demais aspectos vinculados à integração das ações e serviços de saúde entre os entes federativos; diretrizes estaduais e regionais para a organização das redes de atenção à saúde; responsabilidades individuais e solidárias dos entes federativos na rede de atenção à saúde na região; referências das regiões intraestaduais e interestaduais de atenção à saúde para o atendimento da integralidade da assistência.

O discurso dos gestores entrevistados demonstra a importância que é dada no âmbito dos estados para esses fóruns intergestores do SUS nos aspectos de planejamento e organização da gestão do sistema de saúde e mais especificamente o grau de aproximação dos gestores às necessidades de saúde da população daquele território após a implantação das CIR. A participação do estado como membro nos fóruns regionais está colaborando para facilitar e melhorar a coordenação desse processo de regionalização que é sua atribuição, por norma.

Alguns mencionam que a governança está sendo realizada apenas nos fóruns intergestores, isto é, apenas com os interlocutores do governo, com os técnicos das secretarias de saúde e os gestores do SUS e reconhecem que a governança nesses fóruns é adequada. Não há nesse caso menção de que a governança inclui outros setores da sociedade conforme os princípios da governança pública consensual ou da governança social, o que seria possível de acontecer nos Conselhos de Saúde, mas há críticas quanto ao funcionamento desses conselhos.

Um dos entrevistados menciona a “questão da governança por territórios” o que remete ao pensamento já mencionado anteriormente, de que há relações importantes que se processam nos territórios e remetem ao cotidiano da população, às relações entre o Estado, à sociedade civil organizada e aos cidadãos, que com interações políticas, econômicas, sociais

e simbólico-culturais transformam o território em um ente vivo⁶³. Entretanto, neste caso as Comissões Intergestores não dão conta dessa governança preconizada pelo autor, pois são fóruns de gestores. Muito importantes e resolutivos nas atribuições que lhes são conferidas, mas reúnem apenas os representantes das três esferas de governo e onde se desenvolvem apenas as relações intergovernamentais.

Por outro lado, foi também mencionado por um dos entrevistados que as comissões intergestores são 'instâncias apenas de pactuação, mas têm pouca capacidade de execução' e que "governança é um pouco mais do que isso". A falta de institucionalização e de estrutura desses fóruns de governança e a instabilidade das relações entre os seus componentes também foram destacadas.

De fato não está se propondo a mudança do caráter ou da estrutura dessas comissões intergestores, agregando outros participantes, pois como está inscrito nos artigos 14A e 14B da Lei 8.080/90, são fóruns compostos por gestores do SUS. Entretanto, é o caso de se verificar como estão funcionando no SUS os fóruns de participação da sociedade, que são principalmente os Conselhos de Saúde e qual tem sido sua contribuição efetiva para a gestão do sistema a fim de que sejam agregados de fato como participantes da governança nos territórios onde devem ter atuação.

Os Conselhos de Saúde, criados a partir da edição da Lei 8.142/90 são colegiados que pelas normativas do SUS fazem parte da governança, porém com atribuições e finalidades diferentes das Comissões Intergestores. São fóruns onde os gestores também têm assento como representantes do governo, mas são compostos, ao mesmo tempo, por usuários do sistema, profissionais de saúde e prestadores de serviço.

O Conselho Nacional de Saúde, por sua vez, foi instituído em 1937, pela Lei n. 378, de 13 de janeiro. Seu campo de atuação, quando foi criado, como acontecia com as Conferências Nacionais de Saúde era bastante restrito, pois a assistência médico-hospitalar, não era atribuição do então Ministério da Educação e Saúde. Somente em 1970, por meio do Decreto n. 67.300 de 30 de setembro, o Conselho, órgão de consulta vinculado ao Ministério da Saúde ampliou sua atuação passando a examinar e emitir pareceres, sobre problemas relativos à promoção, proteção e recuperação da saúde.

Com a implantação do SUS os Conselhos de Saúde passaram a ter outro papel, diferente daquele que o Conselho Nacional de Saúde exercia anteriormente e desde então, por meio de Resoluções aprovadas no plenário do Conselho Nacional de Saúde têm sido aprovadas as diretrizes para sua instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento. A Resolução n. 453 de 10/05/12 define que o Conselho de Saúde é uma instância colegiada, deliberativa e permanente do SUS em cada esfera de Governo, integrante da estrutura organizacional do Ministério da Saúde, da Secretaria de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, com composição, organização e competência fixadas na Lei no 8.142/90.

O processo bem-sucedido de descentralização da saúde promoveu o surgimento de Conselhos Regionais, Conselhos Locais, Conselhos Distritais de Saúde, incluindo os Conselhos dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, sob a coordenação dos Conselhos de Saúde da esfera correspondente. Assim, os Conselhos de Saúde são espaços instituídos de participação da comunidade nas políticas públicas e na administração da saúde, que atuam na formulação e proposição de estratégias e no controle da execução das políticas de saúde, inclusive nos seus aspectos econômicos e financeiros.

Toda sociedade, para se coordenar, usa um conjunto de mecanismos de controle ou de coordenação, que podem ser organizados e classificados de muitas maneiras. Uma simplificação, a partir de uma perspectiva institucional, é afirmar que existem três mecanismos de controle fundamentais: o Estado, o mercado e a sociedade civil.²⁶

No Estado está incluído o sistema legal ou jurídico, constituído pelas normas jurídicas e instituições fundamentais da sociedade; o sistema legal é o mecanismo mais geral de controle, praticamente se identificando com o Estado, na medida em que estabelece os princípios básicos para que os demais mecanismos possam minimamente funcionar. O mercado, por sua vez, é o sistema econômico em que o controle se realiza através da competição. Finalmente, a sociedade civil - ou seja, a sociedade estruturada segundo o peso relativo dos diversos grupos sociais - constitui-se em um terceiro mecanismo básico de controle; os grupos sociais que a compõem tendem a se organizar, seja para defender interesses particulares, corporativos, seja para

agir em nome do interesse público; em qualquer das hipóteses, são um mecanismo essencial de controle.²⁶

O Conselho Nacional e Secretarias Municipais de Saúde - Conasems se manifesta sobre o assunto mencionando que são muitas as expressões utilizadas corriqueiramente para caracterizar a participação da sociedade na gestão pública, mas que optou por adotar o termo contido na CF que é o de participação da comunidade na saúde. Embora o termo controle social seja o mais utilizado considera que se trata de um reducionismo, uma vez que este não traduz a amplitude do direito assegurado pela Constituição Federal, que permite não só o controle e a fiscalização permanente da aplicação de recursos públicos. Esta também se manifesta através da proposição, onde cidadãos participam da formulação de políticas, intervindo em decisões, orientando a Administração Pública quanto às melhores medidas a serem adotadas que atendam interesses públicos legítimos. Manifesta-se também através da ação, ou seja, cada um de nós, seres humanos, cidadãos e políticos, temos um papel na sociedade que desempenhamos através da execução de nossas funções.⁷²

O grau de representatividade nos Conselhos de Saúde foi discutido com os gestores nas entrevistas realizadas e a comunicação entre os conselheiros e a comunidade a quem eles representam foi apontada como um aspecto que precisa ser aprimorado. Para uma efetiva participação dos conselhos na governança do SUS é necessário que estes fóruns estejam em conexão constante com a sociedade e que os cidadãos efetivamente contribuam na elaboração da agenda de discussão e tenham informações sistemáticas sobre o controle social que está sendo realizado.

Foi mencionado que alguns Conselhos são bastante atuantes, as capacitações dos conselheiros são importantes, porém as disputas políticas existentes muitas vezes atrapalham uma melhor contribuição que poderia ser dada na lógica da gestão participativa. Os Conselhos de Saúde poderiam ser um canal de comunicação com a sociedade, visando seu acesso democrático às informações em saúde bem como poderiam se articular com outros conselhos já organizados nos estados e municípios, potencializando a intersectorialidade tão necessária na discussão dos determinantes de saúde e contribuindo para o fortalecimento da integralidade da atenção.

No Brasil, ainda está sendo construída uma prática de participação cidadã, sendo muito comum, todavia, a não prestação de contas do representante para com seus representados, e os representados exercem pouco ou quase nada seu direito de cobrança em relação às ações dos representantes.⁷³ O conselheiro deve ter consciência da importância de seu papel representativo, entendendo que ele não representa interesses individuais e sim da coletividade. Daí a necessidade de existirem meios de comunicação e articulação entre os conselheiros e a sociedade para que haja, de um lado, a consulta, discussão e divulgação sobre o que é tratado no conselho, garantindo a representatividade do conselheiro e, de outro, a visibilidade das atividades e deliberações do Conselho na sociedade.⁷⁴

O artigo 44 da LC 141 de 13/01/12 estabelece que no âmbito de cada ente da federação o gestor do SUS disponibilizará ao Conselho de Saúde com prioridade para os representantes dos usuários e dos trabalhadores da saúde, programa permanente de educação na saúde para qualificar sua atuação na formulação de estratégias e assegurar efetivo controle social e execução da política de saúde.

O que se percebe, entretanto, após algumas décadas de funcionamento desses colegiados e inúmeros cursos de capacitação de conselheiros já executados é que os melhores resultados nessa metodologia não vão além da tentativa de transmitir esses conteúdos em cursos, quando se sabe que a participação social de fato é desenvolvida por meio de práticas democráticas. Esse processo de participação precisa ser estimulado e construído e é produto de reflexão e amadurecimento dos cidadãos nas suas comunidades, ao exercerem efetivamente o seu papel no Estado democrático.

Reafirmando a necessidade de participação da sociedade nos processos cotidianos do SUS a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa aprovada por meio da Portaria 3.027 de 26/11/07 estabelece como princípios, entre outros, a valorização dos diferentes mecanismos de participação popular e de controle social nos processos de gestão do SUS, especialmente os Conselhos e as Conferências de Saúde, garantindo sua consolidação como política de inclusão social e conquista popular; a promoção da inclusão social de populações específicas, visando à equidade no exercício do direito à saúde; a afirmação do protagonismo da população na luta por saúde a partir da

ampliação de espaços públicos de debates e construção de saberes; a ampliação dos espaços de ausculta da sociedade em relação ao SUS, articulando-os com a gestão do sistema e a formulação de políticas públicas de saúde; e fortalecimento das formas coletivas de participação e solução de demandas.

Como parte de um dos componentes dessa Política está a proposta de organização de processos participativos de gestão, integrando a dinâmica de diferentes instituições e órgãos do SUS, nas três esferas de governo, tais como conselhos gestores/conselhos de gestão participativa, direção colegiada, câmaras setoriais, comitês técnicos, grupos de trabalho, polos de educação permanente em saúde e setoriais de saúde dos movimentos sociais, entre outros. A estruturação das mesas de negociação como ferramenta para a gestão do trabalho vem-se consolidando como inovadora prática de gestão participativa das relações de trabalho.

Conforme se registra nas falas dos entrevistados as mesas de negociação com trabalhadores quando são organizadas contribuem para soluções de conflitos emergentes nas relações entre trabalhadores, organizações sindicais e gestores e podem evitar muitas vezes demandas na justiça. O que se percebe, entretanto é que em geral são organizadas e implantadas conforme o interesse dos governos que muitas vezes não criam mesas permanentes setoriais, mas apenas mesas de negociação para os servidores do estado.

Conforme informação do portal do Ministério da Saúde⁷⁵, em 2010 havia um total de 47 mesas de negociação permanente do SUS registradas e desse total apenas 20 estavam funcionando. O que se conclui é que há dificuldade na implantação dessas mesas de negociação e mais ainda, de manter o seu funcionamento.

Os gestores entrevistados ao mesmo tempo em que valorizam a inter setorialidade como fundamental para o SUS esclarecem que em alguns estados não serão organizados comitês técnicos na secretaria de saúde para tratar de questões relacionadas com ações inter setoriais de inclusão social envolvendo população negra e quilombola, populações do campo e da floresta, população de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Transgêneros e Travestis - GLBTT, ciganos, população em situação de rua, tendo em vista que o governo estadual

trabalha numa outra lógica e muitas vezes organiza um único fórum de direitos humanos de âmbito estadual, composto por vários segmentos da sociedade. Os Comitês Técnicos estabelecidos na Política estão em processo lento de implantação nos estados, apesar da transferência de recursos realizada pelo Ministério da Saúde para esse fim, tendo em vista que os estados trabalham de forma diferenciada, numa lógica particular, olhando também para suas prioridades locais, além das prioridades definidas pelo Ministério da Saúde de forma nacional. Esse é mais um financiamento federal fragmentado, voltado para a indução de programas específicos, delimitando a decisão dos gestores locais sobre a sua utilização.

As garantias institucionais do federalismo – isto é, a autonomia política de estados e municípios – também devem funcionar como um contrapeso no plano local à concentração de autoridade na União, porque estados e municípios podem ser um ponto de veto à implementação de políticas federais, já que têm a prerrogativa constitucional da não-adesão aos programas iniciados pelo governo federal ou pelos governos estaduais. Portanto, no SUS o governo federal pode "regular" as decisões dos governos locais porque controla o financiamento e os mecanismos de coordenação intergovernamental, mas, como contrapeso, estados e municípios têm direitos institucionalizados de participação na formulação das regras das políticas que lhes afetam diretamente e, no limite, têm a prerrogativa de não aderir à política federal.⁷⁶

4.1.2 A Ouvidoria do SUS e os Comitês de Prestadores de Serviços.

Nessa mesma perspectiva de avanço na democratização do estado brasileiro e do fortalecimento do controle social das políticas públicas, o Ministério da Saúde criou a Ouvidoria Geral do SUS em 2003, não só organizando e consolidando o trabalho que vinha sendo realizado desde 1996 pelo Disque Saúde, mas também atendendo recomendação da 12ª Conferência Nacional de Saúde.

Novos canais de participação social estimulam uma relação de corresponsabilidade entre o Estado e a sociedade, ao mesmo tempo em que conferem legitimidade às decisões e ações de governo. Conforme Bobbio⁷⁷ uma das “promessas não cumpridas pela democracia real em contraste com a ideal é exatamente a eliminação do poder invisível do Estado”.

Os cidadãos em geral, que não participam de organizações e movimentos sociais como os conselhos ou as conferências podem recorrer às ouvidorias para apresentar uma demanda que pode ser individual ou expressar um problema coletivo. O grande potencial das ouvidorias se traduz no fato que, a partir de uma demanda individual, geralmente fruto de um conflito ou de um problema vivenciado no cotidiano, pode-se gerar uma oportunidade democrática, gerencial e comunicativa mais ampla para o cidadão e para a administração pública, com possibilidades de repercussões positivas tanto na gestão pública, quanto no exercício da cidadania.⁷⁸

Uma das questões que a proposta de democracia deliberativa deixa em aberto é o aspecto motivacional do cidadão em participar.⁷⁹ No entanto, aprendemos com a prática que os atores sociais, se chamados a participar e se avaliarem que são ouvidos e levados em conta, eles participam.

A Controladoria-Geral da União⁷⁸ explica como deve ser compreendida e como deve atuar a Ouvidoria pública:

A Ouvidoria pública deve ser compreendida como uma instituição que auxilia o cidadão em suas relações com o Estado. Deve atuar no processo de interlocução entre o cidadão e a Administração Pública, de modo que as manifestações decorrentes do exercício da cidadania provoquem contínua melhoria dos serviços públicos prestados [...]. A ouvidoria não é apenas um instrumento ou mesmo um canal entre o cidadão e a Administração Pública. Trata-se de uma instituição de participação que, juntamente com os conselhos e as conferências, tem o dever de promover a interação equilibrada entre legalidade e legitimidade.⁷⁸

Segundo as orientações para sua implantação, veiculadas pela Presidência da República, as Ouvidorias têm as funções de estímulo à eficiência, de relações públicas e de defensoria. Devem ter como propósito:

Conhecer o grau de satisfação do usuário de serviço público, buscar soluções para as questões levantadas, oferecer informações gerenciais e sugestões ao dirigente do órgão, visando o aprimoramento da prestação do serviço público; ser um importante instrumento de interação entre o órgão e o ambiente, aliado na

defesa dos direitos do usuário, na busca de solução de conflitos extrajudiciais e colaborador eficaz com os programas de qualidade implantados nas organizações; e atuar em defesa da administração, procurando subsidiar o atendimento de reivindicações de funcionários, exercendo um controle preventivo e corretivo de arbitrariedades ou de negligências, de problemas interpessoais ou, ainda, de abuso de poder das chefias.⁸⁰

No Sistema Único de Saúde a Ouvidoria tem sido organizada como um espaço de cidadania; instrumento de gestão e de mediação do acesso aos serviços do SUS; instrumento de disseminação de informações em saúde; canal democrático e direto de comunicação; instrumento de subsídio à política de saúde do país e de contribuição com o controle social; ferramenta de fortalecimento da gestão participativa e de promoção da cidadania em saúde.

As expectativas da população por melhor acesso aos serviços prestados pelo SUS não são poucas, mas para que essas melhorias sejam concretizadas a efetiva participação da sociedade pode ser significativa. Assim, as Ouvidorias surgem como mais um serviço para o fortalecimento da participação social e da qualificação da gestão no SUS.

A decisão política e técnica de implantar Ouvidorias nas Secretarias Estaduais de Saúde significa o reconhecimento legítimo do direito do cidadão de expressar sua opinião e de ser ouvido. Em muitos estados foram criadas estruturas formais de organização por meio da publicação de portarias e leis que definem as atribuições do órgão, do ouvidor e os direitos dos usuários. As Secretarias Estaduais de Saúde têm organizado os processos de trabalho das Ouvidorias conforme as suas possibilidades e necessidades, mas de forma geral estão abertos vários canais de comunicação com os usuários como: telefone, carta; caixa de sugestões nas unidades de saúde; internet e atendimento presencial.

Foi ressaltado pelos gestores o atual estágio de organização das ouvidorias e o seu papel de instrumento útil para melhoria de processos de trabalho nos serviços e de ferramenta de gestão.

Alguns estados têm avançado em iniciativas que têm ajudado os gestores a conhecer o grau de satisfação dos cidadãos que utilizam os serviços do SUS com a realização de pesquisas de satisfação cujos resultados são divulgados interna e externamente e contribuem para a melhoria do sistema. Ou ainda com a organização de fóruns de ouvidores com o objetivo de

contribuir para o desenvolvimento da capacidade técnica, institucional e gerencial do serviço de Ouvidoria do SUS.

A Figura 6 mostra o total de informações disseminadas pela Ouvidoria Geral do SUS em 2011, o que dá uma ideia do uso dessa instituição pela população, no âmbito federal.

Figura 6 - Informações disseminadas por mês pela Ouvidoria-Geral do SUS em 2011

Canais de Atendimento				
Informações disseminadas	Atendimento eletrônico	FAQ Fale conosco Portal Saúde	Atendimento humano	Total
Janeiro	622.687	13.693	19.473	655.853
Fevereiro	701.160	14.797	15.897	731.854
Março	646.763	18.445	14.548	679.756
Abril	509.658	14.425	8.390	532.473
Maior	625.480	16.152	18.743	660.375
Junho	502.399	12.905	15.709	531.01
Julho	528.075	13.366	13.544	554.985
Agosto	514.559	12.766	11	527.336
Setembro	441.023	10.252	1.191	452.466
Outubro	448.250	11.265	4.130	463.645
Novembro	464.204	9.964	16.962	491.130
Dezembro	415.655	9.375	18.542	443.573
Total	6.419.913	157.405	147.140	6.724.458

Fonte: *Sistemas Web Report, OuvidorSUS e Portal Saúde/Ministério da Saúde.*

Outro fórum de discussão que foi mencionado nas entrevistas realizadas foi o comitê de prestadores de serviços do SUS tanto públicos como privados, que apareceu nos discursos de alguns como um espaço de agregação já implantado e em outros discursos como uma necessidade de investimento nessa aproximação, principalmente com os serviços complementares, para

melhores resultados tanto no atendimento ao usuário como no alcance das metas e uso dos recursos financeiros.

Quando as disponibilidades de oferta de serviços na rede pública de saúde são insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o gestor estadual ou municipal pode complementar a oferta com serviços privados de assistência à saúde, desde que comprovada a necessidade de complementação dos serviços públicos de saúde e haja a impossibilidade de ampliação desses serviços.

Após ter sido dada a devida preferência às entidades filantrópicas e sem fins lucrativos, e ainda persistindo a necessidade de complementação da rede pública de saúde, é permitido ao ente público recorrer à iniciativa privada, observado o disposto na Lei n. 8.666, de 1993. Para tanto serão utilizados os seguintes instrumentos: 1) convênio, firmado entre ente público e a instituição privada sem fins lucrativos, quando houver interesse comum em firmar parceria em prol da prestação de serviços assistenciais à saúde; 2) contrato administrativo, firmado entre ente público e instituições privadas com ou sem fins lucrativos, quando o objeto do contrato for a compra de serviços de saúde

Esses serviços contratados e conveniados ficam submetidos às normas do Ministério da Saúde e das Secretarias de Saúde dos Estados e Municípios, devem utilizar como referência a Tabela de Procedimentos do SUS para efeito de remuneração e devem ser identificados no contrato pelo código do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Essa complementação dos serviços deve observar os princípios e as diretrizes do SUS, em especial, a regionalização, a pactuação, a programação, os parâmetros de cobertura assistencial e a universalidade do acesso, ser aprovada pelo Conselho de Saúde e constar no Plano de Saúde respectivo.

Para justificar a necessidade de complementaridade com a oferta de serviços privados de assistência à saúde, o gestor deve elaborar um Plano Operativo para a sua rede de serviços públicos de saúde. O Plano Operativo é um instrumento que integrará todos os ajustes entre o ente público e a instituição privada, devendo conter elementos que demonstrem a utilização da capacidade instalada necessária ao cumprimento do objeto do contrato, a definição de oferta, fluxo de serviços e pactuação de metas. As instituições privadas de assistência à saúde contratadas ou conveniadas com o SUS

devem atender algumas condições, entre elas: manter registro atualizado no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde; submeter-se a avaliações sistemáticas; submeter-se à regulação instituída pelo gestor; obrigar-se a apresentar, sempre que solicitado, relatórios de atividade que demonstrem, quantitativa e qualitativamente, o atendimento do objeto; atender as diretrizes da Política Nacional de Humanização e submeter-se ao controle do Sistema Nacional de Auditoria. Para o monitoramento e acompanhamento dos resultados os gestores que contratarem esses serviços devem adotar instrumentos de controle e avaliação para garantir o acesso da população a serviços de saúde de qualidade.

Como pode ser observado, os prestadores de serviço têm que cumprir normas claramente estabelecidas e a relação dos gestores do SUS com eles além de ser dinâmica e constante deve ser de coordenação e regulação, pois os serviços que serão contratados e executados devem constar dos planos e das programações de saúde e os resultados serão expressos nos relatórios de gestão conforme o Decreto 7.508/11 e a LC 141/12.

Médicos e provedores privados continuam exercendo influência sobre os gestores locais, mas através de canais informais de participação.⁸¹ Não sabemos a extensão em que governos locais são capturados por produtores de insumos médico-hospitalares no SUS, mas seria ingênuo duvidar que esse fenômeno ocorra. Mais que isso, ele desafia os indicadores tradicionais de desempenho, pois, neste caso, a expansão do gasto e da produção de serviços não é necessariamente expressão de melhoria do atendimento e de eficiência dos serviços.⁷⁶

No âmbito federal existem algumas iniciativas neste sentido de aproximação com os prestadores de serviço do SUS em fóruns de discussão. A Agência Nacional de Saúde Suplementar tem uma Câmara de Saúde Suplementar, que é um órgão de participação institucionalizada da sociedade naquela agência; tem caráter permanente e consultivo e a sua finalidade é auxiliar a Diretoria Colegiada nas suas discussões. Da mesma forma o Ministério da Saúde tem um Comitê Consultivo para assistir o Departamento de Certificação de Entidades Beneficentes de Assistência Social na área da saúde, com a finalidade de colaborar com aquele Departamento no encaminhamento de questões que surjam no desenvolvimento de suas

atividades com os prestadores privados que requerem a certificação de entidades beneficentes de assistência social.

Conforme se verifica no depoimento dos gestores estaduais a organização de fóruns de discussão com os prestadores de serviço contratados no SUS que era incipiente, começa a se modificar com a implantação das redes de atenção nas regiões de saúde e já se percebe um movimento de organização em alguns casos de câmara técnica de atenção hospitalar, ou comitê de prestadores de serviços ou comitê executivo de implantação da rede de atenção na CIB com assento para os prestadores. Em alguns casos porque os serviços contratados têm um impacto significativo na rede de serviços do estado e em outros numa clara mudança de atitude em relação aos prestadores de serviço que são incluídos na discussão da organização da rede de atenção na região, criando vínculos de responsabilidade na prestação dos serviços e no atendimento da população.

O grande desafio que se apresenta para os gestores é a articulação de um maior nível de participação com os critérios da eficácia e da busca de resultados imediatos no plano regional, ou seja, a governança nesse caso se identifica com o universo das parcerias e da gestão compartilhada com diversos atores, entre eles os prestadores de serviço, levando em conta as diferentes atribuições e a diversidade dos interesses e lógicas de cada um deles. Nesse caso é dada ênfase em princípios da governança social que privilegia a participação de atores governamentais e não governamentais situados em um território e integrados em propósitos comuns, para a produção do bem estar social, por meio da produção e do consumo de bens públicos e privados. Caracteriza-se dessa forma a ação entre o Estado, o mercado e a sociedade civil. Um modo de governança no SUS que privilegia a ação.

4.2 EIXO II – PLANEJAMENTO E ORGANIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Este eixo é formado por duas classes temáticas e trata da importância do processo de planejamento na governança regional e na organização das redes de atenção à saúde. Chama atenção o movimento interno de

organização das secretarias estaduais para assumir a coordenação dos processos de planejamento e de regionalização. As classes componentes desse eixo são “Planejamento” e “Organização Institucional”.

4.2.1 Planejamento

A Lei 8.080/90 e sua regulamentação, instituída no Decreto 7508/2011 e na LC 141/12 estabelecem que o planejamento da saúde seja ascendente e integrado, do nível local até o federal, ouvidos os respectivos Conselhos de Saúde. Ao longo dos anos de implantação do SUS, essa atividade de planejamento foi pouco realizada da forma como previam as normas, ou foi desempenhada de forma incipiente, apesar de os gestores, na sua esfera de gestão, terem elaborado individualmente seus instrumentos de planejamento.

O Pacto pela Saúde, instituído em fevereiro de 2006, recoloca o planejamento como uma diretriz para a gestão e cria o sistema de planejamento do SUS. Desde então, o processo de planejamento no âmbito do SUS configura-se como responsabilidade dos entes públicos e deve ser desenvolvido de forma contínua, articulada, integrada e solidária entre as três esferas de governo, de modo a conferir direcionalidade à gestão pública da saúde, incluindo o monitoramento e a avaliação. Pressupõe que cada ente federado realize o seu planejamento considerando as especificidades do território; as necessidades de saúde da população; a definição de diretrizes, objetivos e metas a serem alcançadas mediante ações e serviços programados pelos entes federados; a conformação das redes de atenção à saúde, contribuindo para melhoria da qualidade do SUS e impactando na condição de saúde da população brasileira.⁸²

De acordo com as normas, como parte integrante do ciclo de gestão, o Sistema de Planejamento do SUS, denominado de PlanejaSUS deveria buscar, de forma tripartite, a pactuação de bases funcionais do planejamento, monitoramento e avaliação do SUS, bem como promover a participação social e a integração intra e inter-setorial, considerando os determinantes e condicionantes de saúde. No cumprimento da responsabilidade de coordenar o

processo de planejamento deveriam ser consideradas as diversidades existentes nas três esferas de governo, de modo a contribuir para a consolidação do SUS e para a resolubilidade e qualidade, tanto da sua gestão, quanto das ações e serviços prestados à população brasileira.

O PlanejaSUS tinha como principais objetivos pactuar diretrizes gerais para o processo de planejamento no âmbito do SUS e o elenco dos instrumentos a serem adotados pelas três esferas de gestão; formular metodologias e modelos básicos dos instrumentos de planejamento, monitoramento e avaliação, com capacidade de adaptação às particularidades de cada esfera administrativa; promover a institucionalização e fortalecer as áreas de planejamento no âmbito do SUS, nas três esferas de governo, com vistas a legitimá-lo como instrumento estratégico de gestão do SUS; promover a capacitação contínua dos profissionais que atuam no contexto do planejamento no SUS; promover a integração do processo de planejamento e orçamento no âmbito do SUS, bem como a sua intersectorialidade, de forma articulada com as diversas etapas do ciclo de planejamento.

Em 2006 e 2007 o Ministério da Saúde publicou portarias com normas sobre o PlanejaSUS e criou um incentivo financeiro para a sua implantação. Os estados elaboraram projetos e os recursos financeiros foram transferidos, gerando um movimento de capacitação de técnicos, realização de oficinas, cooperação técnica entre estados e municípios e a publicação de material sobre o processo de planejamento.

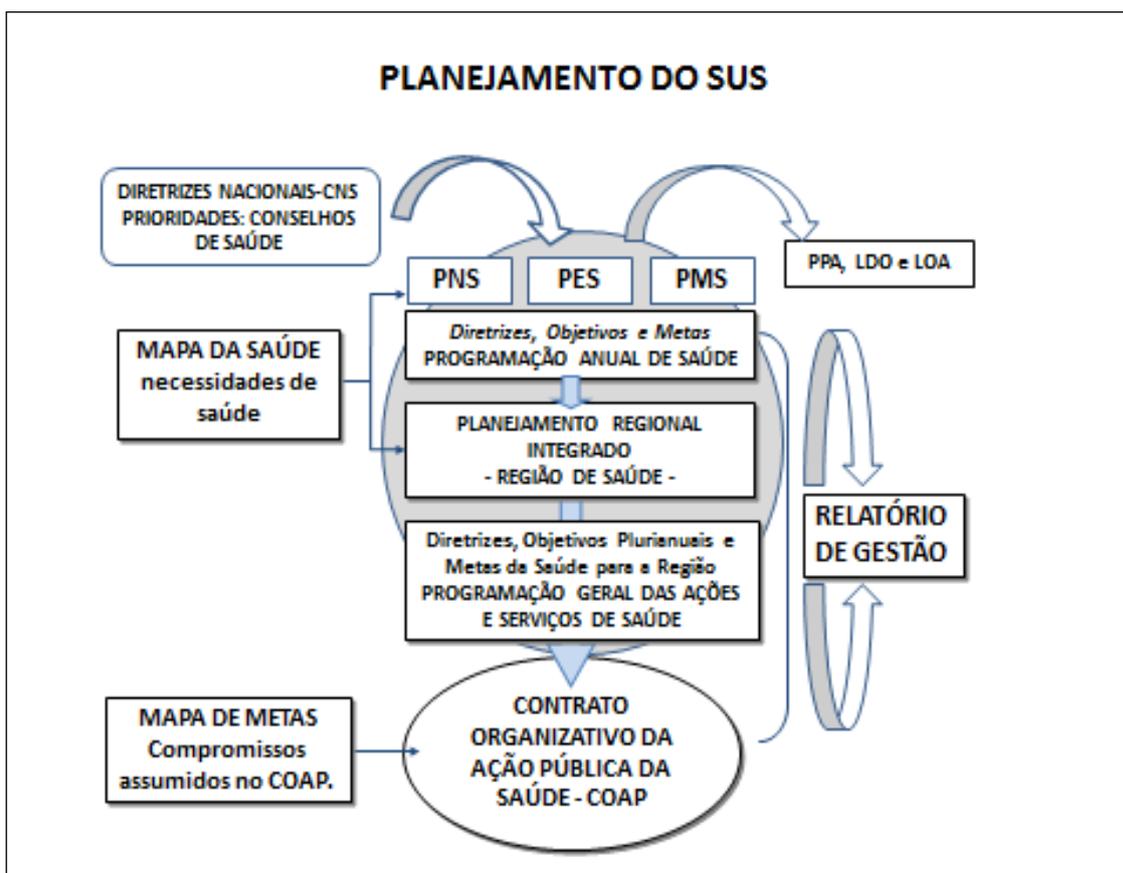
Nesse contexto, a edição do Decreto 7.508/11 e da LC 141/12 coloca o planejamento da saúde na centralidade da agenda da gestão, ao tempo em que introduz significativas mudanças nesse processo, apontando a necessidade de fomento à cultura de planejamento da saúde; de modelagem do processo de planejamento da saúde integrado; de reordenamento dos instrumentos de planejamento e gestão vigentes; e de reformulação do processo de programação das ações e serviços de saúde, entre outros.⁸²

Na reunião da CIT de novembro de 2011 foi aprovado, como resultado de uma oficina realizada, um documento sobre planejamento nessa nova perspectiva denominado “Planejamento do Sistema Único de Saúde” que deveria ser publicado como Resolução daquela Comissão, o que não ocorreu até o final de 2012.

Mesmo sem estar formalmente publicado o documento tem sido utilizado como referencial técnico para as discussões sobre planejamento no âmbito do SUS. O documento reúne informações sobre o planejamento da saúde, afetas à orientação desse processo essencial à gestão do SUS e aborda: (i) os pressupostos a serem considerados no processo de planejamento da saúde; (ii) os instrumentos e suas inter-relações – plano de saúde e suas programações e relatório de gestão; (iii) mapa da saúde e correlação com o planejamento e o Contrato Organizativo de Ação Pública - COAP; e (iv) modelagem do planejamento integrado da saúde.

A Figura 7 apresenta os elementos do processo de planejamento da saúde e suas inter-relações, aprovados na CIT, a partir das novas normativas do SUS de 2011 e 2012.

Figura 7 - Elementos do processo de planejamento da saúde e suas inter-relações



Fonte: SGEP/MS

A formulação de um plano estratégico não assegura a sua implementação. O processo de planejamento é uma etapa em que, partindo da agenda previamente definida, a burocracia estatal constrói isoladamente ou em parceria com segmentos não governamentais, as alternativas de ação com suas devidas fundamentações técnicas-fim, jurídicas e financeiras, e submete à apreciação, à avaliação e ao julgamento dos fóruns decisórios do Poder Executivo e de esferas não exclusivamente governamentais de decisão, onde há participação direta da sociedade civil.⁸³

A partir da CF de 1988 foram estabelecidos os principais instrumentos do sistema de planejamento e orçamento da administração pública: o Plano Plurianual - PPA, a Lei de Diretrizes Orçamentárias - LDO e a Lei de Orçamentos Anuais - LOA, que constituem a base de um sistema integrado de planejamento e orçamento. Esse sistema permite um maior detalhamento das ações e disponibiliza uma série de informações sobre as ações previstas, garante maior transparência das informações e amplia as condições para o controle das ações governamentais.

Nesse sentido, a sistemática de planejamento pressupõe a cooperação entre instituições para a obtenção de recursos, coordenação das ações, participação nas decisões e na definição das metas. Destaca-se a importância da ampliação da participação dos atores internos e externos ao Estado que de alguma forma tenham seus interesses afetados, a busca pelo consenso, a responsabilização dos agentes executores, assim como a legitimação das instituições envolvidas para o alcance de resultados efetivos. Entende-se dessa forma, que é possível adotar essa estratégia de ação com o objetivo de maximizar o potencial de aplicação dos recursos orçamentários e o impacto dos resultados alcançados, fortalecendo a capacidade de governança governamental.⁸⁴

O processo democrático trouxe para a arena os movimentos sociais, as exigências de maior transparência com os negócios públicos e a prestação de contas. O planejamento e o orçamento tendem a emular esse ambiente social que exige a crescente governança para governar “com” e para fazer “com” a sociedade. Conceitos como parceria, participação social, concessões públicas eram pouco usuais na administração pública até o início dos anos 90. O Estado que escuta e negocia, demanda ferramentas fortes de planejamento e de

programação, em que diretrizes, objetivos e resultados se vinculam de forma transparente aos meios de que dispõe o setor público para cumprir com as suas funções.⁸⁵

Para haver associação das ideias de boa governança e planejamento é necessário aplicar conceitos modernos que facilitem o acompanhamento, a fiscalização e o controle, tanto pela sociedade quanto pelo próprio estado, fortalecendo as relações institucionais e sociais. Uma tendência de potencialização da capacidade de governança estatal consiste na adoção de processos ancorados em sistemas de informação informatizados, como ferramenta operacional para o planejamento. Esses sistemas aprimoram a captação de informações, o acompanhamento e o monitoramento das ações, assim, como a avaliação quanto à realização de metas e resultados.⁸⁶

A análise sobre o processo de planejamento na governança regional e na organização das redes de atenção à saúde oferecida pelos gestores entrevistados remete à compreensão de que este processo necessita de tempos e movimentos distintos que ocorrerão nas esferas envolvidas. O planejamento integrado é um tema apresentado por todos uma vez que é a abordagem adotada pelo SUS atualmente e considerado um dos mecanismos relevantes para se assegurar a unicidade e os princípios que constituem esse sistema.

Foram ressaltados e descritos alguns aspectos pelos gestores: a) que é a base para a pactuação cujo resultado é a elaboração do COAP; b) fornece elementos para o acompanhamento das políticas; c) é essencial para a organização da região de saúde; d) o planejamento, a execução e o financiamento são elementos indispensáveis para a gestão e a governança e devem estar vinculados entre si; e) deve haver participação dos profissionais de saúde em todas as etapas, desde a base local, passando pela regional e estadual como garantia de sua melhor execução; f) a organização das redes de atenção nas regiões de saúde é um componente importante para o planejamento.

Essa descrição revela a eficácia do processo de planejamento num enfoque estratégico situacional, mas também de participação intergestores, de distribuição de poder e de intervenção sobre a realidade, neste caso a região de saúde.

4.2.2 Organização Institucional

Esta classe apresenta o discurso dos gestores que contam com equipe técnica estruturada, têm experiência acumulada em planejamento no SUS e já estão em processo de implantação dos elementos necessários ao funcionamento das regiões de saúde no estado. Relatam os esforços de organização e integração das áreas técnicas da secretaria no intuito de dar conta da tarefa de se estruturar para assumir as responsabilidades de gestão impostas pelas novas normativas do SUS.

O estudo das organizações e dos processos de administração tem sua base nas ciências sociais e se desenvolveu centrando seu foco na organização do trabalho, visando à produtividade. Essa origem remete a um contexto cuja marca fundamental é a Revolução Industrial que, no final do século XVIII, causou inegável impacto na organização do trabalho e da própria sociedade.

A teoria das organizações constitui uma disciplina que tem por domínio específico a construção e testagem de teorias sobre as organizações, os seus membros e a sua gestão, as relações organização-ambiente e os processos organizativos. Os temas da teoria das organizações incluem a escolha estratégica, a dependência de recursos, a ecologia organizacional e a teoria institucional. Os desafios a que procura responder incluem a melhoria da qualidade, as alianças estratégicas, a implementação de novas tecnologias, os processos de governança e controle, as reestruturações organizacionais e a diversidade estratégica global. Segundo Robbins⁸⁷, a organização é "uma entidade social conscientemente coordenada, com uma fronteira relativamente identificável, que funciona numa base relativamente contínua para alcançar um objetivo e/ou objetivos comuns".

A busca por modelos de estruturas organizacionais eficazes, relacionando variáveis ambientais e formas estruturais marca o surgimento de um modelo dotado de grande flexibilidade, descentralização e desburocratização, que é colocado como opção para ambientes em constante mutação e condições instáveis, contrapondo-se, de certa forma, ao modelo mecanicista que prevalece em situações e ambientes relativamente estáveis. Aquele modelo enfatiza a cooperação; a valorização de grupos de trabalho; a

diminuição de níveis hierárquicos; delegação de tarefas, responsabilidade compartilhada e transparência nas decisões. No entanto, as teorizações das diversas correntes administrativas acerca da organização do trabalho encontram-se ainda bastante centradas no aumento da produtividade e eficiência da organização, permanecendo o trabalhador em segundo plano, embora, nem sempre, esta condição seja explicitada. A discussão acerca dos modelos participativos traz uma contribuição diferenciada no sentido de aliar produtividade e participação.⁸⁸

Há escassas oportunidades de participação direta dos trabalhadores e usuários na formulação das políticas e na construção das práticas. Ora, a centralização dos processos políticos e a fragmentação do trabalho levam os profissionais à loucura ou ao desinteresse, à alienação e à desresponsabilização em relação aos resultados finais. Se no campo da produção em geral essa maneira de operar a organização do trabalho traz problemas, em saúde a coisa é ainda mais complicada e os resultados, medíocres, e, no caso do SUS, mais grave ainda, pois é impossível transformar práticas com esse tipo de condução política e técnica.^{89,90}

A literatura sobre planejamento e teoria das organizações chama atenção para a necessidade de integração de três ações fundamentais: o planejamento estratégico, o diagnóstico institucional e a mudança organizacional. O planejamento estratégico permite definições concernentes à identidade organizacional como análise do ambiente externo, atores-chave e declarações de missão, incorporando os compromissos com os resultados de programas. O diagnóstico institucional busca avaliar a efetiva prontidão para a implementação de um novo alinhamento estratégico e a mudança organizacional pode implicar na revisão de estruturas, processos, pessoas e sistemas informacionais para a melhoria e alinhamento de todo o conjunto das áreas de gestão às novas estratégias.

Neste sentido, é importante destacar a necessidade de institucionalizar no SUS uma nova política de gestão pública que integre os instrumentos de planejamento e orçamento governamental, de modernização institucional e de gestão de recursos humanos.

Segundo o postulado da coerência de Testa⁹¹, um movimento (ou projeto) tem que adotar meios e organizações coerentes com o conteúdo de

suas propostas. Desse modo, a consolidação do SUS requer coerência com os princípios do movimento da Reforma Sanitária, tanto no que diz respeito à consciência sanitária, como aos modos de fazer política e de organizar o processo de trabalho.⁹²

Na percepção dos gestores as organizações do setor saúde são por definição complexas o que introduz a necessidade de pactuação e diálogo permanente, a fim de aumentar a integração entre as áreas técnicas e administrativas e reduzir o ruído na comunicação entre suas estruturas, que convivem num ambiente de baixa institucionalização de processos, altamente mutável e sujeito a pressões e interferências políticas de toda ordem.

A análise dos entrevistados sobre o tema é de que as secretarias têm adaptado suas estruturas e muitas estão se reestruturando para atender às novas atribuições que lhes são conferidas a cada novo projeto ou programa desde a edição das normas operacionais. Particularmente neste momento de implantação do COAP as secretarias estão revendo rotinas de trabalho, descentralizando tarefas e formando equipes para estar presente nas discussões nas regiões de saúde e realizar as tarefas de acompanhamento e monitoramento. Há clareza para os gestores de que é necessário o envolvimento dos trabalhadores num processo de integração interna que os capacite para participar da discussão nas regiões de saúde, uma vez que cabe ao estado coordenar esse processo de regionalização.

Outro ponto de destaque é a menção ao Conselho de Secretários Municipais de Saúde – Cosems como integrante do processo de trabalho na região de saúde e o interesse na sua organização e estruturação institucional e no preparo de apoiadores para atuarem na região. Dessa forma há o reconhecimento de que não apenas as Secretarias Estaduais de Saúde devem rever suas estruturas organizacionais, mas também os Cosems, uma vez que ambos participam da governança do SUS na região de saúde.

4.3 EIXO III - DESAFIOS NA ORGANIZAÇÃO DAS AÇÕES E DOS SERVIÇOS NA REGIÃO DE SAÚDE

Este eixo é formado por apenas uma classe com a mesma denominação e apresentou associação significativa com a organização das ações e dos serviços na região de saúde, a integralidade da atenção, o financiamento (economia de escala na micro e macrorregião).

A CF, nos seus artigos 196 a 200, estabelece os princípios, diretrizes e competências do SUS, mas não aborda especificamente o papel de cada esfera de governo no SUS. Um maior detalhamento da competência e das atribuições da direção do SUS em cada esfera – nacional, estadual e municipal –, é apresentado na Lei 8080 de 19/09/90, que estabelece no artigo 15 as atribuições comuns das três esferas de governo de forma bastante genérica, além de abranger vários campos de atuação. Nos artigos 16 a 19 são definidas as competências de cada gestor do SUS, ou seja, a União os Estados, o Distrito Federal e os Municípios.

Em caráter meramente didático, podem ser identificados quatro grandes grupos de funções ou macro-funções gestoras na saúde:

- formulação de políticas/planejamento;
- financiamento;
- coordenação, regulação, controle e avaliação (do sistema, de redes e dos prestadores públicos ou privados);
- e prestação direta de serviços de saúde.

Cada uma dessas-macro funções compreende, por sua vez, uma série de sub funções e de atribuições dos gestores na área da saúde. Por exemplo, dentro da macro-função de formulação de políticas/planejamento estão incluídas as atividades de diagnóstico de necessidades de saúde, identificação de prioridades e programação de ações, entre outras. Definir o papel e as atribuições dos gestores do SUS nos três níveis de governo, portanto, significa identificar as especificidades da atuação de cada esfera no que diz respeito a cada uma dessas macro-funções gestoras, de forma coerente com a finalidade de atuação do Estado em cada esfera governamental, com os princípios e objetivos estratégicos da política de saúde, e para cada campo da atenção na

saúde (promoção da saúde, articulação inter-setorial, vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, saúde do trabalhador, assistência à saúde, entre outros).⁹³

Um dos papéis fundamentais das Secretarias Estaduais de Saúde - SES é o de coordenar o processo de implantação e de funcionamento do SUS no respectivo estado. Para a execução deste importante papel, o gestor estadual do SUS precisa agir de forma articulada e solidária com as outras duas esferas de governo (federal e municipal) e com o controle social representado pelo Conselho Estadual de Saúde. O processo de construção colegiada dos arranjos de gestão do SUS tem produzido grandes acordos na busca das melhores alternativas, desde a implantação das Normas Operacionais do SUS nos anos 1990.

Esse processo coloca um desafio para o gestor estadual qual seja a coordenação do SUS no âmbito estadual e não mais (pelo menos como prioridade) a prestação direta de serviços assistenciais. A máquina administrativa da SES desenhada para atender a necessidades anteriores à implantação do SUS surpreende-se tanto no que se refere à sua nova missão quanto aos novos papéis que deve assumir frente às demais instâncias governamentais e aos próprios prestadores de serviços que compõem a rede assistencial. Dessa forma, torna-se indispensável a busca da consolidação da função de Gestor Estadual do Sistema que deve ter por base o desenvolvimento de um processo de planejamento consistente com a elaboração do Plano Estadual de Saúde e a respectiva Programação Anual de Saúde.

Portanto, os estados devem desempenhar papel regulador/mediador buscando em conjunto com os municípios definir metas regionais, visando à melhoria da saúde da sua população, mas compreendendo e intervindo favoravelmente para que as desigualdades existentes entre municípios e regiões, sejam de saúde, econômicas ou políticas, não acabem por ampliar as desigualdades ou criar modelos de captura de recursos capaz de aumentar a distância existente entre os que tudo podem e os que nada têm.

A atuação do estado como fomentador de políticas regionais e locais, no financiamento de estruturas necessárias e na manutenção de outras é

fundamental para a correção das distorções existentes e para avançar ao patamar de qualidade de saúde que todos esperam.

Mais recentemente, as normas regulamentadoras da Lei 8.080/90 destacam a importância de três componentes na organização das ações e dos serviços de saúde, que remetem a atribuições específicas do gestor estadual: a Região de Saúde, a Rede de Atenção à Saúde e o Contrato Organizativo de Ação Pública - COAP. No Decreto 7.508/11 estão expressas as seguintes definições:

- Região de Saúde é o espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde;
- Rede de Atenção à Saúde é o conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde;
- Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde é o acordo de colaboração firmado entre entes federativos com a finalidade de organizar e integrar as ações e serviços de saúde na rede regionalizada e hierarquizada, com definição de responsabilidades, indicadores e metas de saúde, critérios de avaliação de desempenho, recursos financeiros que serão disponibilizados, forma de controle e fiscalização de sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde. O seu objeto 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.

Essas normas estabelecem ainda, que cabe à Secretaria Estadual de Saúde coordenar a organização das regiões de saúde, onde estão construídas as redes de atenção, bem como coordenar a implementação do COAP. Isto significa constituir um processo bipartite de discussão, negociação e pactuação entre os gestores do SUS no estado, tão descentralizado quanto possível para respeitar a autonomia dos atores participantes. Essa coordenação central deve garantir a troca de informações e a comunicação no processo de governança e, ao mesmo tempo, assegurar ampla transparência sobre as providências e atividades a serem desenvolvidas na região.

Além da definição de responsabilidades, indicadores e metas de saúde, critérios de avaliação de desempenho, recursos financeiros que serão disponibilizados, forma de controle e fiscalização de sua execução, é necessário

conhecer as necessidades e as demandas da população e a rede de serviços e a sua capacidade para oferecer as ações de saúde necessárias.

Dessa forma, conclui-se que para implantar os três componentes mencionados e que vão impactar na organização, no planejamento e na execução das ações e serviços de saúde no estado devem ser envolvidos, também, outros sujeitos com interesses relevantes na governança, isto é a sociedade civil e os prestadores de serviço.

Os gestores, ao tratar da organização dos serviços na região de saúde – portanto um território compartilhado -, chamam atenção para questões fundamentais que remetem aos princípios do SUS ao mencionar a descentralização, a integralidade da atenção, o acesso, o financiamento (recursos financeiros limitados e economia de escala e escopo) e a rede de atenção. Reconhecem que o estado precisa ser o coordenador, apesar da descentralização das ações e serviços, tendo em vista a necessidade de integração de esforços que aperfeiçoem e racionalizem os recursos existentes na região.

Enfatizam também a importância da governança uma vez que a rede de atenção à saúde na região é composta pelos três níveis de atenção e a capacidade de oferta dos entes federativos não é uniforme o que significa que a organização dos serviços em rede que vai atender uma população, num território precisa ter uma estrutura bem pactuada para garantir a viabilidade operacional sustentável.

A garantia da integralidade na atenção à saúde da população deve ser fruto da interação democrática de todos os sujeitos (gestores, prestadores, sociedade, trabalhadores) implicados na construção de respostas governamentais capazes de contemplar as diferenças expressas nas demandas em saúde.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A guisa de algumas considerações finais destaca-se a constatação que alguns princípios dos modos de governança corporativa, social e pública, relacionados às estruturas, aos processos, ao financiamento, aos regulamentos e às responsabilidades de prestar contas são elementos que atribuem significados à governança no SUS.

Ademais, a governança no SUS apresenta indícios da governança consensual, que se estabelece a partir de uma perspectiva dialógica, que tem como referências a descentralização, a negociação, o acordo, a coordenação, e a cooperação. Os choques de interesse e as situações de conflito são tratados sob a perspectiva de negociação, consenso e pactuação.

A governança no SUS não se constitui apenas nos fóruns intergovernamentais uma vez que precisam fazer parte dela os atores governamentais e não governamentais situados em um território e integrados em propósitos comuns; a intersetorialidade deve ser exercida, com a participação de vários atores do território com a coordenação do estado; deve haver o exercício do controle social sobre os agentes públicos para verificar a responsabilidade e eficácia da ação pública; devem ser observadas a descentralização e a autonomia dos atores políticos e a formulação de políticas públicas por meio de audiências, consultas públicas e conferências; é preciso maior transparência com a implantação de mecanismos eficazes de prestação de contas; a sociedade deve participar na gestão pública.

Considerando a complexidade dessas relações deve ser analisada a possibilidade de sua regulamentação ou a promulgação de normas que as protejam, reduzindo o seu caráter casuístico, amparando-as em regras claras e diminuindo a incerteza e a instabilidade presentes.

A prática da governança no SUS precisa ser fortalecida, nessa lógica de inclusão de todos os atores que estão atuando nas regiões de saúde, território que é referência para a organização das ações e serviços de saúde e para a transferência de recursos entre os entes federativos, como decorrência das normas do SUS. A predominância de atuação dos fóruns intergestores nos processos decisórios e na governança deve ensejar uma análise mais

detalhada, considerando que são fóruns de negociação e de pactuação, mas contribuem muito pouco na implantação, execução e monitoramento das ações e serviços de saúde. Outras soluções como a organização de comitês gestores com a função de implantar e acompanhar as ações pactuadas nos fóruns intergovernamentais são recursos que alguns estados estão estruturando ainda de forma incipiente, mas com grandes possibilidades de contribuir com efetividade na governança do SUS.

Os outros fóruns que integram a governança do SUS e que reúnem os atores da sociedade são organizados de forma distinta em cada estado, apesar do incentivo financeiro oferecido pelo MS para sua implantação. É o caso dos Comitês Técnicos ou Comissões para a formulação de políticas de promoção da equidade em saúde; as ouvidorias e as mesas de negociação de trabalhadores. Os estados que organizaram fóruns de discussão com os prestadores de serviço consideram que os resultados são positivos e que têm dado uma boa contribuição para a governança, uma vez que são os responsáveis diretos pela execução dos serviços de saúde oferecidos à população.

Os fóruns intergestores do SUS são reconhecidos como importantes na governança, mas a implantação da Comissão Intergestores Regional é apontada como um avanço no processo de governança, pois atua na região e aproxima a decisão dos gestores das questões locais, ou seja, são reconhecidas as diferenças loco-regionais e a possibilidade da diversidade operativa em pactos próprios da região para garantir a integralidade da assistência.

O processo de planejamento, na atual conjuntura do SUS, foi considerado fundamental e basilar para a elaboração de uma agenda estratégica que privilegie o processo de planejamento regional integrado que expresse as demandas da população e inclua os procedimentos que estão envolvidos na organização das redes de atenção à saúde e na construção do COAP. A participação dos profissionais de saúde que atuam diretamente nos serviços de saúde no processo de planejamento, aponta para uma melhor execução dos serviços prestados à população. O planejamento, a execução e o financiamento são elementos indispensáveis para a gestão e a governança e devem estar vinculados entre si.

Foi ressaltado o valor da governança no enfrentamento dos desafios inerentes à organização das ações e dos serviços na região de saúde, uma vez que a rede de atenção à saúde deve ser composta pelos três níveis de atenção e a capacidade de oferta dos entes federativos não é uniforme o que significa que a organização dos serviços em rede que vai atender uma população, num território, precisa ter uma estrutura bem pactuada para garantir uma viabilidade operacional sustentável com a definição clara de responsabilidades e do provimento dos recursos financeiros necessários de forma tripartite.

As secretarias estaduais de saúde estão organizando suas estruturas institucionais e se reestruturando para rever rotinas de trabalho, aumentar a integração entre as áreas técnicas e descentralizar tarefas, a fim de favorecer a coordenação estadual do processo de implantação de ações e serviços na região de saúde, na nova lógica de governança naquele território.

Na governança do SUS o estado deve desenvolver ações de cooperação e de coordenação, consciente que essa coordenação não significa hierarquia, uma vez que as relações na governança atravessam os distintos níveis de governo, todos autônomos.

Os cidadãos devem estimular o Estado a agir, assegurando políticas pautadas pelas demandas coletivas e o Estado democrático por outro lado, que espera a participação social em todas as esferas deve garantir que a sociedade seja incluída na formulação das políticas e realize um amplo controle sobre a condução dos processos.

Podem ser considerados como avanços na governança do SUS até este momento, a implantação das regiões de saúde conforme o Decreto 7.508/11; o aprimoramento do funcionamento das comissões intergestores e a organização das Comissões Intergestores Regionais; a organização de comitês e comissões com a participação da sociedade e dos prestadores de serviço para discutir com os gestores e contribuir na formulação e na execução de políticas públicas.

Os desafios mais importantes que se apresentam para a governança do SUS apontam para algumas questões importantes como: a inclusão de outros atores: a sociedade, os trabalhadores de saúde e os prestadores de serviço; a organização e funcionamento dos comitês técnicos e comissões para a inclusão e equidade social, fóruns de prestadores e de trabalhadores, de forma

que contribuam na formulação de políticas e cooperem na governança; a organização de comitês gestores com a função de implantar e acompanhar as ações pactuadas nos fóruns intergovernamentais; o tratamento das situações de conflito nas relações intergovernamentais sob a perspectiva da negociação, do consenso e da pactuação; a defesa da autonomia dos entes participantes nas ações intergovernamentais de cooperação e coordenação, sem hierarquia; a avaliação e o aperfeiçoamento da atuação e do funcionamento dos conselhos e das conferências de saúde, para maior contribuição e um trabalho mais efetivo na governança do SUS.

REFERÊNCIAS

1. Rosenau JN. Governança, ordem e transformação na política mundial. In: Rosenau JN, Czempiel E. Governança sem governo: ordem e transformação na política mundial. Brasília: Ed. UnB; São Paulo: Imprensa Oficial do Estado, 2000. p. 11-46.
2. Silva JA da. Curso de direito constitucional positivo. 28. ed. São Paulo: Malheiros; 2007.
3. Zimmermann A. Curso de direito constitucional. 2. ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris; 2002.
4. Azambuja D. Teoria geral do estado. 4. ed. rev. ampl. atual. São Paulo: Globo; 2008.
5. Bobbio N. A era dos direitos. Rio de Janeiro: Campus; 1992.
6. Canotilho JJG. Direito constitucional e teoria da constituição. 2. ed. Coimbra: Livraria Almedina; 1998.
7. Bobbio N. O futuro da democracia. Tradução de Marco Aurélio Nogueira. 7. ed. rev. ampl. São Paulo: Paz e Terra; 2000.
8. Foucault M. Sécurité, territoire, population: cours au Collège de France, 1977-1978. Paris: Gallimard/Seuil; 2004.
9. Hesse K. A força normativa da constituição. Porto Alegre: Sérgio Fabris; 1991.
10. Rovira A. Federalismo y cooperación en la RFA. Madri: Centro de Estudios Constitucionales; 1986.
11. Bercovici G, et al. O federalismo no Brasil e os limites da competência legislativa e administrativa: memórias da pesquisa. Rev. Jur., Brasília. 2008 Abr/Maio;10(90):1-18. Disponível em: www.planalto.gov.br/revistajuridica.
12. Dallari DA. Elementos da teoria geral do estado. São Paulo: Saraiva; 2003.
13. Almeida MHT. Federalismo e políticas sociais. Revista Brasileira de Ciências Sociais. 1995 Jun;10(28):88-108.
14. Garrido E. El Consorcio como instrumento de cooperación administrativa. Revista Española de Administración Local e Autonómica. 1996;270.
15. Habermas J, Häberle P. Sobre a legitimação pelos direitos humanos. In: Merle J, Moreira L (Org.). Direito e legitimidade. São Paulo: Landy; 2003.

16. Banting K, Corbett S. Federalism and health care policy: an introduction. In: Health Policy and Federalism Workshop. 2001 Oct;15-16.
17. Elazar DJ. Exploración del federalismo. Barcelona: Hacer; 1990.
18. Agranoff R. Marco para el análisis comparado de las relaciones intergubernamentales. In: Merino Huerta, M (Org.). Cambio político y gobernabilidad. México: CONACYT; 1992.
19. Anderson W. Intergovernmental relations in review. Minneapolis: University of Minnesota Press, 1960 apud Agranoff, R. Marco para el análisis comparado de las relaciones intergubernamentales. 1962
20. Wright DS. Para entender las relaciones intergubernamentales. Mexico: Fundo de Cultura Económica; 1997.
21. Nascimento VB. Interdependência e autonomia na gestão pública da saúde. Lua Nova – Revista de Cultura e Política, 52, 2001.
22. Meirelles HL. Direito administrativo brasileiro. 38. ed. São Paulo: Malheiros; 2012.
23. Petrucci V, Schwarz L. Administração pública gerencial: a reforma de 1995: ensaios sobre a reforma administrativa brasileira no limiar do século XXI. Brasília: Universidade de Brasília/ENAP; 1999.
24. Bresser-Pereira LC, Yoshiaki N. Uma estratégia de desenvolvimento com estabilidade. Revista de Economia Política. 2002 Jul, 21(2): 146-177.
25. Brasil. Ministério da Administração Federal e da Reforma do Estado. Plano Diretor da Reforma do Estado. Brasília, novembro 1995.
26. Bresser Pereira LC. A reforma do Estado dos anos 90: lógica e mecanismos de controle. In: II Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública Isla Margarita, Venezuela, 14-18 de octubre 1997.
27. Brasil. Presidência da República. Mensagem presidencial 1995. [acesso em 2012 Ago]. Disponível em: <http://www.biblioteca.presidencia.gov.br/ex-presidentes/fernando-henrique-cardoso/mensagens-presidenciais-1>.
28. Moraes A. Direito Constitucional. São Paulo: Atlas; 2001.
29. Otero P. Conceito e fundamento da hierarquia administrativa. Coimbra: Coimbra Editora; 1992.

30. Andrewes CW, Kouzmin A. Dando nome à rosa: o discurso da nova administração pública. In: I Seminário Internacional da Reforma do Estado. São Paulo, 1998.
31. Pietro MSZ. Cidadão e sua defesa: a “res pública” e sua defesa. São Paulo: Ministério da Administração e Reforma do Estado; 1998.
32. Berlinguer G, Teixeira SF, Campos GWS. Reforma Sanitária – Itália e Brasil. São Paulo: Hucitec-CEBES; 1988.
33. Paim JS. Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: RDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.
34. Escorel S. Reviravolta da saúde: origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1998.
35. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
36. Machado CV. Direito universal, política nacional: o papel do Ministério da Saúde brasileira de 1990 a 2002. Rio de Janeiro; [s.n.]; 2007.
37. Presoto LH, Westphal MF. A participação social na atuação dos conselhos municipais de Bertioga/SP. Saúde e Sociedade. 2005 Jan/Apr;14(1).
38. Westphal MF. Participação popular e políticas municipais de saúde: Cotia e Vargem Grande Paulista. São Paulo, 1992. Tese [Livre docência em Saúde Pública] – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.
39. Campilongo CF. A representação política e o direito moderno. Revista da Ordem dos Advogados do Brasil. 1988 Set;19(49):98-107.
40. Silva FB, et al. Políticas sociais no Brasil: participação social, conselhos e parcerias. In: Jaccoud L (Org.). Questão social e políticas sociais no Brasil contemporâneo. Brasília: IPEA; 2005.
41. Cunha EP, Cunha ESM. Políticas públicas e sociais. In: Carvalho A, Salles F, Guimarães M, Ude W (Org.). Políticas públicas e sociais. Belo Horizonte: UFMG; Proex; 2002.
42. Terrón Montero, CV. Principios y técnicas de cooperación en los estados compuestos: reflexiones sobre su aplicación al caso de España. In: Bueso JC (Org.). Comunidades Autónomas y Instrumentos de Cooperación Interterritorial. Madrid: Tecnos; 1990.
43. Boneti LW. Políticas públicas por dentro. Ijuí: Ed. Unijuí; 2006.

44. Chizzotti A. Pesquisa em ciências humanas e sociais. 3. ed. São Paulo: Cortez; 1998.
45. Minayo MCS. O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde. 11. ed. São Paulo: Hucitec; 2008.
46. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1995.
47. Franco MLPB. Análise de conteúdo. 2. ed. Brasília: Liber Livro Editora; 2005.
48. Machado MNM. Entrevista de pesquisa: a interação entrevistador / entrevistado. Belo Horizonte. Tese [Doutorado], 1991.
49. Camargo BV. Alceste um programa informático de análise quantitativa de dados. João Pessoa: Editora Universitária da UFPB; 2005.
50. Hermet G. A democratização dos países emergentes e as relações entre o Estado, as OIGs e as ONGs. In: Milani C, Arturi C, Solinís G. (Orgs.). Democracia e governança mundial: que regulações para o século XXI?. Porto Alegre: Editora da UFRGS; UNESCO; 2002. p. 33-46.
51. World Bank. Governance and Development. Washington. 1992.
52. Tomassini L. Governabilidad y politicas publicas em America Latina. In: Florez FC (Editor). Democracia em déficit. Governabilidad y desarrollo em America Latina y el Caribe. Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo; 2001.
53. Araújo VC. A conceituação de governabilidade e governança, da sua relação entre si e com o conjunto da reforma do Estado e do seu aparelho. Brasília: ENAP; 2002.
54. Streit RE, Klering LR. Governança pública sob a perspectiva dos sistemas complexos. Encontro Nacional de Pós-graduação e Pesquisa em Administração (ENANPAD). Brasília. 2005.
55. Scott WR. Introduction: institutional theory and organizations. In: Scott WR, Soren C. The institutional construction of organizations: international and longitudinal studies. Thousand Oaks: Sage; 1995.
56. Meyer JW, Rowan B. Institutionalized organizations: formal structure as myth and ceremony. American Journal of Sociology. 1977;83(2):340-363.
57. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal; 1988.

58. Andrade A, Rossetti JP. Governança corporativa: fundamentos, desenvolvimento e tendências. São Paulo: Atlas; 2004.
59. Marini Caio. Um decálogo da boa gestão pública: os desafios de um Estado para resultados. In: XIII Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, Buenos Aires, Argentina, nov. 2008, p. 1-10.
60. Santos M. A natureza do espaço: técnica e tempo, razão e emoção. 4. ed. São Paulo: Edusp; 2006.
61. Martins HF. Publicização e organizações sociais: construindo organizações multicêntricas. III Congresso Internacional do Centro Latino-americano de Administração para o Desenvolvimento. Madrid, 1998, p.1-11.
62. Bresser Pereira LC. Reforma do Estado e cidadania: a reforma gerencial brasileira na perspectiva internacional. Brasília: ENAP; 1998.
63. Löffler E. Governance: the new generation of constitutional and administrative modernization. In: Management & Administration. 2001.
64. Kickert WJM, Klijn EH, Koppenjan FJM. Managing complex networks: strategies for the public sector. [s.l.]: SAGE Publications; 1997.
65. Harmon M, Mayer R. Organizational theory for public administration. Boston: Little, Brown; 1986
66. Oliveira GJ de. Governança pública e parcerias do Estado: a relevância dos acordos administrativos para a nova gestão pública. Revista Eletrônica sobre a Reforma do Estado (RERE), Salvador, Instituto Brasileiro de Direito Público. 2010 Set/Out/Nov;23. [acesso em 2012 Out]. Disponível em: <http://www.direitodoestado.com/revista/Rere-23-Setembro-2010-Gustavo-Justino-Oliveira.pdf>.
67. Oliveira G, Schwanka C. A Administração Consensual como a Nova face da Administração Pública no séc. XXI: Fundamentos Dogmáticos, Formas de Expressão e Instrumentos de Ação. [acesso em 2012 Out]. Disponível em: http://conpedi.org/manaus/arquivos/anais/salvador/gustavo_henrique_justino_de_oliveira.pdf.
68. Knopp G, Alcoforado F. Governança social, intersectorialidade e territorialidade em políticas públicas. Revista Eletrônica sobre a Reforma do Estado. 2010 Jun/Jul/Ago;22.

69. Marques MCC. Corporate governance in the public sector in Portugal: principles, elements and conceptual framework. 2005. [acesso em 2012 Ago]. Disponível em: <http://www.aaahg.org/am2005/display.cfm?filename=subid%51772%2edf&mimetype=application%2fpdf>.
70. Barret P. Corporate governance in the public sector. Canbbera, 2001. [acesso em 2012 Ago]. Disponível em: <http://www.governança/corporate%20governance%20in%20public>.
71. Almeida LA, Caldas N. Intergesto no SUS uma análise do processo no âmbito nacional. Monografia apresentada como conclusão do Curso de Especializao em Saúde Coletiva. Universidade de Brasília. 1996.
72. Conasems. A participao social no SUS: o olhar da gestão municipal. Brasília: [s.n.]; 2007.
73. Serapioni M, Roman O. Potencialidades e desafios da participao em instâncias colegiadas dos sistemas de saúde: os casos de Itália, Inglaterra e Brasil. Cadernos de Saúde Pública. 2006;22(11):2411-21.
74. Correia MVC. A relao estado e sociedade e o controle social: fundamentos para o debate. Serviço Social & Sociedade. 2004;XXIV(77): 22-45.
75. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educao em Saúde. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm?idtxt=31143.
76. Arretche M. Financiamento federal e gestão local de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulao, responsabilidade e autonomia. Ciência e Saúde Coletiva. 2003;8(2).
77. Bobbio N. O futuro da democracia; uma defesa das regras do jogo. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1986.
78. Brasil. Controladoria Geral da União. Orientao para a implementao da Lei de Acesso  Informao nas Ouvidorias Públicas. 2012. Disponível em: http://www.cgu.gov.br/Publicacoes/ColecaoOGU/Arquivos/OGU-Implementacao_LAI.pdf.
79. Habermas J. Between facts and norms: a discourse theory of law and democracy. Cambridge: Cambridge University Press; 1996.
80. Brasil. Presidência da República. Orientao para Implantao de Unidade de Ouvidorias. 2004.

81. Côrtes SMV. Participação de usuários nos Conselhos Municipais de Saúde e de Assistência Social de Porto Alegre. Trabalho apresentado no seminário Sociedade Civil e Espaços Públicos no Brasil, Unicamp, 20-1 de março de 2002. Mimeo.
82. Brasil. Ministério da Saúde. Comitê Gestor de Implementação dos dispositivos do Decreto 7.508/2011. Planejamento do Sistema Único de Saúde. 2011.
83. Silva MS. Orçamento público e controle: uma primeira leitura da experiência do Fórum Popular do Orçamento do Rio de Janeiro. VI Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública. Buenos Aires, Argentina, 5-9 Nov 2001
84. Araujo ANSM. Articulação entre o conceito de governança e as funções de planejamento e controle na gestão de políticas públicas. Revista do CONSAD. 2010.
85. Pares A, Valle B. PA retomada do planejamento governamental no Brasil e seus desafios. In: Giacomoni J, Pagnussat JL (Org.). Planejamento e orçamento governamental; coletânea. Brasília: ENAP; 2006. Volume 2.
86. Albuquerque CM de. Gestão de finanças públicas. 2. ed. Brasília: [s.n.]; 2008.
87. Robbins SP. Comportamento organizacional. 9. ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall; 2002.
88. Guimarães VN. Tecnologia e democracia industrial: abordagens teóricas referenciais 2000. [acesso em 2012 Abr]. Disponível em: http://www.eps.ufsc.br/teses/valeska/cap_4cap4.htm
89. Campos GWS. Apoio subjetividade e administração de pessoal. In: Onocko R, Merhy E. Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec; 1997.
90. Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo em ato. São Paulo: Hucitec; 2002.
91. Testa M. Pensamento estratégico e lógica de programação: o caso da saúde. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco; 1995.
92. Feuerwerker LM. Modelos tecno asistenciales, gestión y organización del trabajo en salud: nada es indiferente en el proceso de lucha para la

consolidación del SUS. Interface – Comunic., Saúde, Educ. 2005 Set/Dez;9(18):489-506.

93. Souza RR. Construindo o SUS: a lógica do financiamento e o processo de divisão de responsabilidades entre as esferas de governo. 2002.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O(A) Senhor(a) está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), da pesquisa “**O significado da governança na saúde**”.

O Objetivo da pesquisa é realizar uma revisão bibliográfica sobre o tema, especificamente na área da saúde, bem como conhecer os significados atribuídos à governança pelos gestores do SUS com a realização de entrevistas com dez gestores, estaduais do SUS, visando contribuir para a reflexão sobre a matéria.

Sua participação não é obrigatória, e, a qualquer momento poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com a pesquisadora ou com a instituição.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília. Para quaisquer dúvidas com relação à assinatura deste termo ou sobre o projeto e sobre sua participação, seguem as seguintes informações: Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, Faculdade de Ciências da Saúde – Campus Universitário Darcy Ribeiro – Brasília, DF, CEP 70.904-970; telefone: (61) 3107-1947; <http://fs.unb.br/cep/>; cepfs@unb.br; Pesquisadora Responsável: Lourdes Lemos Almeida; endereço: SQN 309 bloco P AP 104 Asa Norte – Brasília – DF; telefone: (61) 3272-0780.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder as perguntas a serem realizadas sob a forma de entrevista semi estruturada, isto é, seguindo um roteiro de questões previamente definidas, que procura garantir que todos os entrevistados respondam às mesmas questões, num ambiente de conversa informal. A entrevista será gravada em áudio para posterior transcrição e apreciação dos dados por meio da análise de conteúdo utilizando o programa Alceste - Análise Lexical Contextual de um Conjunto de Segmentos de Texto, visando organizar e resumir as informações consideradas mais relevantes.

O(A) Sr(a) não terá nenhum custo ou quaisquer compensações financeiras e não haverá riscos de qualquer natureza relacionados à sua participação.

O benefício relacionado à sua participação será de aumentar o conhecimento científico para a área de gestão na saúde, no que se refere à governança no SUS.

As respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Os dados coletados ficarão sob a guarda da pesquisadora e serão utilizados apenas nesta pesquisa e os resultados divulgados em eventos e/ou revistas científicas.

Assinatura do Entrevistado

Assinatura do Pesquisador

APÊNDICE B - TERMO DE CONCORDÂNCIA DOS GESTORES ESTADUAIS DE SAÚDE

O Secretário de Saúde do Estado _____ está de acordo com a realização na Secretaria de Saúde do Estado, da pesquisa “O significado da governança na saúde” de responsabilidade da pesquisadora Lourdes Lemos Almeida para conhecer os significados atribuídos à governança pelos gestores do SUS, visando contribuir para a reflexão sobre a matéria, após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

O estudo envolve a realização de entrevistas com gestores do Sistema Único de Saúde. Tem duração de dois meses, com previsão de início para agosto de 2012.

Brasília, de 2012

Secretário de Saúde

Lourdes Lemos Almeida
Pesquisador Responsável pelo protocolo de pesquisa:

APÊNDICE C - ROTEIRO DAS ENTREVISTAS COM OS GESTORES DOS ESTADOS

O SIGNIFICADO DE GOVERNANÇA PARA OS GESTORES ESTADUAIS DE SAÚDE.

1. O que significa ser gestor após a instituição do Pacto pela Saúde com a definição de mecanismos de cogestão e planejamento regional e com a valorização da função de cooperação entre os gestores?
2. Houve alguma mudança na estrutura técnica da Secretaria de Saúde para dar conta dessas novas tarefas decorrentes do Pacto pela Saúde e do Decreto 7.508/11?
3. A SES tem foros de discussão ou grupos temáticos para acompanhamento da implantação de políticas de saúde?
4. Qual é a composição desses foros?
5. Qual a contribuição da participação social por meio do conselho de saúde para a tomada de decisão tanto no âmbito do estado como nas regiões de saúde?
6. Como é exercida a coordenação do sistema estadual de saúde em um espaço essencialmente conflitivo que é o contexto das relações interfederativas?
7. Como se traduz governança pública, na prática no seu estado?
8. O que o(a) senhor(a) pensa sobre a afirmativa de alguns autores de que o Estado tradicional vem se transformando de um Estado dirigente ou gestor em um Estado cooperativo, que produz o bem público em conjunto com outros atores, ao invés de um Estado produtor do bem público?

9. Alguns autores defendem a ideia de que existe uma “zona de convergência” para construção de consensos, ou mesmo de acordos, onde convergem os interesses comuns da esfera pública governamental, da sociedade civil e suas organizações e da esfera privada corporativa. O(a) Sr.(a) consegue identificar essa zona de convergência na governança na saúde no seu estado?

10. Considerando que a Constituição Federal define que a iniciativa privada participará de forma complementar do SUS, segundo suas diretrizes, mediante contrato, é possível a participação da iniciativa privada na construção de consensos ou acordos, numa “zona de convergência”?

11. Existe algum fórum de discussão com os prestadores do SUS na secretaria estadual?

12. O(A) senhor(a) tem conhecimento de normas do SUS que definem como deve ser exercida a governança na saúde?

13. A discussão intersetorial tanto com entidades públicas como com organizações sociais é uma prática incorporada ao processo de planejamento e tomada de decisão no seu estado?

14. De que modo trabalhos pontuais de cooperação podem ser transformados em arranjos permanentes de governança pública? É possível criar alianças e outras formas estáveis e duradouras de cooperação?



Universidade de Brasília
Faculdade de Ciências da Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/FS

PROCESSO DE ANÁLISE DE PROJETO DE PESQUISA

Registro do Projeto no CEP: **088/12**

Título do Projeto: “O significado de governança na sua saúde.”.

Pesquisadora Responsável: Lordes lemos almeida

Data de Entrada: 19/06/12

Com base na Resolução 196/96, do CNS/MS, que regulamenta a ética em pesquisa com seres humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, após análise dos aspectos éticos e do contexto técnico-científico, resolveu **APROVAR** o projeto **088/12** com o título: “O significado de governança na sua saúde.”, analisado na 6ª Reunião Ordinária, realizada no dia 03 de julho de 2012.

A pesquisadora responsável fica, desde já, notificada da obrigatoriedade da apresentação de um relatório semestral e relatório final sucinto e objetivo sobre o desenvolvimento do Projeto, no prazo de 1 (um) ano a contar da presente data (item VII.13 da Resolução 196/96).

Brasília, 11 de dezembro de 2012.

Prof. Natan Monsores
Coordenador do CEP-FS/UnB