



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA  
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO PÚBLICA E COOPERAÇÃO  
INTERNACIONAL  
MESTRADO ACADÊMICO EM GESTÃO PÚBLICA E COOPERAÇÃO  
INTERNACIONAL**

**SALMON CARLOS VITORINO**

**GOVERNANÇA NAS REGIÕES DE SAÚDE:  
Um estudo na Comissão Intergestores Regional (CIR) de saúde da Paraíba**

**JOÃO PESSOA**

**2018**

**SALMON CARLOS VITORINO**

**GOVERNANÇA NAS REGIÕES DE SAÚDE:  
Um estudo na Comissão Intergestores Regional (CIR) de saúde da Paraíba**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão Pública e Cooperação Internacional, da Universidade Federal da Paraíba, como requisito obrigatório para obtenção do título de Mestre em Gestão Pública e Cooperação Internacional.

Linha de Pesquisa: Políticas públicas

Orientador: Prof. Dr. Vanderson Gonçalves Carneiro

Coorientador: Prof. Dr. André Luís Bonifácio de Carvalho

**JOÃO PESSOA**

**2018**

**Catálogo na publicação**  
**Seção de Catalogação e Classificação**

V845g Vitorino, Salmon Carlos.

GOVERNANÇA NAS REGIÕES DE SAÚDE: Um estudo na Comissão Intergestores Regional (CIR) de saúde da Paraíba. / Salmon Carlos Vitorino. - João Pessoa, 2018.  
99 f.

Orientação: Vanderson Gonçalves Carneiro Carneiro.  
Coorientação: André Luís Bonifácio de Carvalho  
Carvalho.

Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCSA.

1. Agentes públicos. 2. Comissão Intergestores Regional. 3. Gestão pública. 4. Governança colaborativa. 5. Políticas públicas de saúde. I. Carneiro, Vanderson Gonçalves Carneiro. II. Carvalho, André Luís Bonifácio de Carvalho. III. Título.

UFPB/BC



**FOLHA DE APROVAÇÃO**

**SALMON CARLOS VITORINO**

**GOVERNANÇA NAS REGIÕES DE SAÚDE:  
Um estudo na Comissão Intergestores Regional (CIR) de saúde da Paraíba**

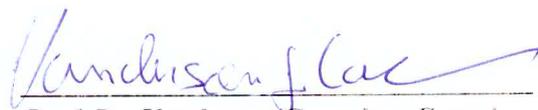
Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão Pública e Cooperação Internacional da Universidade Federal da Paraíba como exigência final para a obtenção do título de Mestre.

**Orientador(a): Prof. Dr. Vanderson Gonçalves Carneiro**

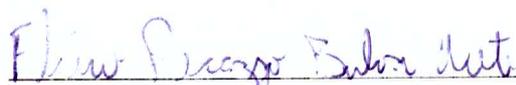
**Coorientador: Prof. Dr. André Luís Bonifácio de Carvalho**

**Data de aprovação: 31/07/2018**

**Banca examinadora:**



**Prof. Dr. Vanderson Gonçalves Carneiro**  
Universidade Federal da Paraíba  
Orientador/ Presidente da banca examinadora



**Prof. Dr. Flávio Perazzo Barbosa Mota**  
Universidade Federal da Paraíba  
Examinador Interno

---

**Prof. Dr. André Luís Bonifácio Carvalho**  
Universidade Federal da Paraíba  
Examinador Externo

*A Deus e minha família,  
Dedico.*

## AGRADECIMENTOS

A trajetória acadêmica é vivenciada em mão dupla, num processo contínuo de ensino e aprendizagem. Assim, agradeço a oportunidade de aprimorar minha capacitação profissional e, por isso, e muito mais sou grato a Deus, por me lembrar de que sou mais forte que em alguns momentos penso ser.

Agradeço aos meus pais, Francisco Vitorino da Silva (*in memoriam*) e Maria Alves Vitorino, por me ensinarem com muito amor e carinho a significância da verdade, da moral e dos valores essenciais à minha personalidade, inclusive nessa trajetória acadêmica.

A minha querida esposa, Renata Maria Lopes Simão, por considerá-la maior inspiração e, principalmente, principal responsável por mais esta vitória.

Sou grato, também, aos amigos que interagi no decorrer do curso de Mestrado Acadêmico em Gestão Pública e Cooperação Internacional, do Centro de Ciências Sociais Aplicada (CCSA), da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), pelo companheirismo e por tornarem a travessia acadêmica mais leve e agradável.

Agradeço também aos professores, que contribuíram para o meu crescimento profissional e pessoal.

E, principalmente, agradeço aos meus orientadores, professor Dr. Vanderson Gonçalves Carneiro e professor Dr. André Luís Bonifácio de Carvalho, pelo incentivo, paciência e dedicação nas orientações dessa Dissertação de Mestrado. Enfim, agradeço a todos aqueles que acreditaram e me ajudaram a hoje poder dizer – Valeu a pena!

Muito obrigado a todos vocês!

*“Nunca se vence uma guerra lutando sozinho.”*  
Raul Santos Seixas

## RESUMO

A pesquisa tem como tema a análise dos principais aspectos que interferem nas políticas públicas de saúde, com ênfase no processo de governança e de colaboração entre agentes públicos que atuam na Comissão Intergestores Regional (CIR), mais precisamente no perímetro que circunscreve a 1ª Região de saúde da Paraíba. Na perspectiva técnica e política exposta, privilegiam-se as principais normas relacionadas ao Sistema Único de Saúde (SUS), a partir da Constituição Federal de 1988, cujas normas incentivam a relação de cooperação entre instituições e agentes públicos. Tendo como objetivo compreender o processo de governança colaborativa a partir das atuações nas práticas de gestão com colaboração dos agentes públicos envolvidos nas reuniões dessa comissão. No tocante à metodologia, pode ser caracterizada como sendo uma pesquisa de caráter qualitativa, básica, descritiva e exploratória, ocorrendo por meio da pesquisa bibliográfica e documental, tendo como instrumentos de coleta de dados a aplicação de um questionário semiestruturado e a observação direta, cujos sujeitos participantes foram os secretários de saúde e seus respectivos técnicos. O modelo explicativo de Governança colaborativa, elaborado por Ansell e Gash (2008), mostrou-se efetivo como instrumento de pesquisa analítica, pois orientou o levantamento de dados e a verificação da percepção dos agentes públicos de saúde integrantes desta comissão. Os resultados obtidos evidenciam que a colaboração deve ser vista como um fator relevante à atividade política e ao conjunto da técnica em Gestão Pública, servindo de norte à eficiência governamental em prol da qualidade das práticas de gestão e do desempenho no SUS, pois o processo ainda é incipiente, mas vem evoluindo, sendo necessário investimento no aprimoramento e na qualificação de alguns dos agentes públicos de saúde da CIR pesquisada.

**Palavras-chave:** Agentes públicos. Comissão Intergestores Regional. Gestão pública. Governança colaborativa. Políticas públicas de saúde.

## ABSTRACT

The research has as its theme the analysis of the main aspects that populate the public health policies, with emphasis on the process of governance and collaboration between public agents that work in the Regional Interagency Commission (RIC), more precisely within the perimeter that circumscribes the Region of health of Paraíba. From the technical and political perspective exposed, the main norms related to the Unified Health System (UHS) are based on the Federal Constitution of 1988, whose norms encourage the relationship of cooperation between institutions and public agents. Aiming to understand the process of collaborative governance based on the perceptions of the public agents involved in the meetings of this commission. Regarding the methodology, it can be characterized as a qualitative, basic, descriptive and exploratory research, occurring through bibliographical and documentary research, having as instruments of data collection the application of a semistructured questionnaire and direct observation, whose subjects were the health secretaries and their respective technicians. The explanatory model of Collaborative Governance, elaborated by Ansell and Gash (2008), proved effective as an analytical research tool, since it guided the data collection and the verification of the perception of the public health agents that are members of this commission. The results show that collaboration should be seen as a piece intertwined with political activity and the set of techniques in Public Management, serving as a guide to the efficiency of paths mapped in favor of the quality of management practices and performance in UHS, since the process is still incipient, but has been evolving, requiring investment in the improvement and qualification of some of the public health agents of RIC surveyed.

**Keywords:** Collaborative governance. Public administration. Public agents. Public health policies. Regional interagency committee.

## **LISTA DE FIGURAS**

<b>FIGURA 1:</b> Modelo de Governança Colaborativa .....	44
<b>FIGURA 2:</b> Tipologias das regiões de saúde da Paraíba .....	53
<b>FIGURA 3:</b> Mapa da CIR 1ª Região de saúde da Paraíba - Mata Atlântica .....	54

## LISTA DE QUADROS

<b>QUADRO 1:</b> Esquema geral da pesquisa .....	14
<b>QUADRO 2:</b> Categorias para Análise das Políticas Públicas .....	38
<b>QUADRO 3:</b> Consulta ao BDTD sobre CIR .....	39
<b>QUADRO 4:</b> Consulta ao Banco de Teses e Dissertações da CAPES .....	40
<b>QUADRO 5:</b> Modelo de Governança Colaborativa .....	41
<b>QUADRO 6:</b> Classificação das regiões de saúde nos estados .....	52
<b>QUADRO 7:</b> Dados relativos aos sujeitos participantes .....	55
<b>QUADRO 8:</b> Reuniões da CIR pesquisada .....	58
<b>QUADRO 9:</b> Relacionamento histórico e político entre os municípios da CIR pesquisada...	61
<b>QUADRO 10:</b> Satisfação dos agentes públicos em relação à CIR .....	63
<b>QUADRO 11:</b> Repercussão da CIR na Secretaria de Saúde .....	64
<b>QUADRO 12:</b> Percepção dos agentes sobre a participação dos municípios na CIR .....	65
<b>QUADRO 13:</b> Relação entre a participação na CIR e soluções de problemas .....	65
<b>QUADRO 14:</b> Diferenciação entre os municípios da CIR (poder e recursos) .....	68
<b>QUADRO 15:</b> Satisfação dos participantes em relação à liderança nas reuniões da CIR .....	72
<b>QUADRO 16:</b> Nível de satisfação dos agentes no tocante ao respeito mútuo .....	77
<b>QUADRO 17:</b> Nível de satisfação dos agentes da CIR em relação à construção de confiança .....	78
<b>QUADRO 18:</b> Nível de satisfação do desenvolvimento de compromisso na CIR .....	80
<b>QUADRO 19:</b> Nível de satisfação da compreensão compartilhada na CIR .....	81

## LISTAS DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APAC	Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo
CCM	Centro de Ciências Médicas
CCSA	Centro de Ciências Sociais Aplicadas
CES	Conselho Estadual de Saúde
CF	Constituição Federal
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIR	Comissão Intergestores Regional
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONARES	Conselho Nacional de Representantes Estaduais
CONASEMS	Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional dos Secretários de Saúde
COAP	Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde
EdPopSUS	Educação Popular em Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
FEM	Fator de Estímulo à Municipalização
FEGE	Fator de Estímulo à Gestão Estadual -
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística -
IDSUS	Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social -
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	Normas Operacionais Básicas
PCCS	Plano de Carreira, Cargos e Salários
PGPCI	Pós-Graduação em Gestão Pública e Cooperação Internacional
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SAI	Sistema de Informação Ambulatorial
SIH	Sistema de Informação Hospitalar
SUS	Sistema Único de Saúde
TIC	Tecnologia da Informação e Comunicação
UCA	Unidade de Cobertura Ambulatorial
UFPB	Universidade Federal da Paraíba

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	12
<b>2</b>	<b>POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL</b>	16
2.1	A GOVERNANÇA DO SUS: Federalismo, Descentralização e Regionalização	19
<b>2.1.1</b>	<b>Federalismo na saúde pública</b>	21
<b>2.1.2</b>	<b>Descentralização das políticas públicas de saúde</b>	23
2.1.2.1	<i>Contexto normativo da descentralização</i>	25
<b>2.1.3</b>	<b>Regionalização nas políticas públicas de saúde</b>	29
2.1.3.1	<i>Da indução da Regionalização às fases de regiões: normativa, negociada e contratualizada</i>	30
2.2	A INTEGRAÇÃO REGIONAL DO SUS E O DECRETO PRESIDENCIAL Nº 7508/2011	33
2.3	ARTICULAÇÃO INTERFEDERATIVA DAS REGIÕES DE SAÚDE DA CIR	36
2.4	ESTUDOS DA COMISSÃO INTERGESTORES NA ACADÊMIA: revisão de literatura	38
<b>3</b>	<b>O MODELO DE GOVERNANÇA COLABORATIVA</b>	41
3.1	CONDIÇÕES INICIAIS	45
<b>3.1.1</b>	<b>Histórico de cooperação ou conflito</b>	45
<b>3.1.2</b>	<b>Incentivos para participação</b>	45
<b>3.1.3</b>	<b>Desequilíbrios de poder e recursos</b>	46
3.2	PROCESSO COLABORATIVO	47
<b>3.2.1</b>	<b>Desenho institucional</b>	47
<b>3.2.2</b>	<b>Diálogo face a face e construção de confiança</b>	48
<b>3.2.3</b>	<b>Desenvolvimento de compromisso</b>	48
<b>3.2.4</b>	<b>Visão compartilhada</b>	48
<b>3.2.5</b>	<b>Liderança facilitadora</b>	49
<b>4</b>	<b>ASPECTOS METODOLÓGICOS</b>	51
4.1	CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA	51
4.2	LOCAL DA PESQUISA	52
4.3	UNIVERSO E SUJEITOS PARTICIPANTES	54
<b>4.3.1</b>	<b>Crítérios de inclusão</b>	55
4.4	INSTRUMENTOS DE COLETA DOS DADOS	55
<b>4.4.1</b>	<b>Questionário semiestruturado</b>	56
<b>4.4.2</b>	<b>Observação direta</b>	56
4.5	PERSPECTIVA DE ANÁLISE DE DADOS	58
4.6	POSICIONAMENTO ÉTICO	59
4.7	RISCOS E BENEFÍCIOS	59
<b>5</b>	<b>ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b>	60
5.1	ANÁLISE DAS CONDIÇÕES INICIAIS À GOVERNANÇA COLABORATIVA	60
<b>5.1.1</b>	<b>História prévia (conflito e/ou cooperação)</b>	60
<b>5.1.2</b>	<b>Incentivo para participação</b>	62
<b>5.1.3</b>	<b>Desequilíbrio de poder</b>	66
<b>5.1.4</b>	<b>Conclusões das variáveis relacionadas às condições iniciais do modelo de Governança Colaborativa</b>	68
5.2	ANÁLISE DAS VARIÁVEIS E FATORES DO PROCESSO COLABORATIVO	69
<b>5.2.1</b>	<b>Liderança e desenhos institucional</b>	69
<b>5.2.2</b>	<b>Diálogo face a face e construção de confiança</b>	75
<b>5.2.3</b>	<b>Desenvolvimento de compromisso</b>	78
<b>5.2.4</b>	<b>Compreensão compartilhada</b>	80
5.3	CONSIDERAÇÕES ADICIONAIS DA OBSERVAÇÃO DIRETA	82
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	83
	<b>REFERÊNCIAS</b>	85
	<b>APÊNDICES</b>	91

## 1 INTRODUÇÃO

No cenário brasileiro, o contexto histórico das políticas públicas de saúde evidencia o dinamismo relacionado à organização e ao planejamento político-administrativo, cuja organização federativa envolve inúmeros desafios para bancar as demandas de saúde na sociedade vigente. O grande marco do sistema de saúde pública foi a promulgação da Constituição Federal (CF, 1988), em virtude da regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS), assegurando que a população brasileira tivesse o direito constitucional à saúde, tendo o Estado como tutor e garantidor dos serviços especializados (BRASIL, 1988).

Porém, a implantação do SUS não vem se mostrando suficiente para gerar bons resultados ao atendimento à sociedade, sendo necessário, também, a edição e implementação de todo um arcabouço legal para organizar administrativa e politicamente a política pública de saúde nacional. Nesse sentido, aspectos legais e teóricos foram elaborados e introduzidos ao longo dos anos, como estratégia para organizar o SUS no Brasil, em virtude de está sendo socialmente construído num movimento do tipo incrementalismo lento, especialmente através de normas operacionais condensadas pelos três níveis de governo, e materializados em portarias ministeriais (MENDES, 2002).

Portanto, esse estudo almeja contribuir com o desenvolvimento de desenhos institucionais atualizados, em prol de políticas eficazes à mitigação das nuances que povoam a interface da alocação técnica, precisa e criteriosa dos recursos públicos, cujas ações estatais sejam efetivas aos planos municipal, estadual, regional e nacional. Mas, para efeito de pesquisa esse estudo delimita seu campo de atuação à governança pública da Comissão Intergestores Regional da 1ª Região de Saúde da Paraíba. Ou seja, torna-se de suma relevância debruçar-se sobre as temáticas que dizem respeito aos modelos de formulação, implementação, monitoramento, avaliação e tomada de decisão de políticas públicas; federalismo e sistemas de políticas públicas, implementação de serviços públicos.

Por sua vez, essa pesquisa insere as atividades de Gestão Pública como campo de conhecimento necessário à condução das melhores práticas de gestão nas políticas públicas de saúde no país e na busca de melhores resultados à sociedade. A “Gestão pública é a área de conhecimento científico aplicado, que associa habilidades técnicas e políticas, dedicada à resolução dos problemas públicos de determinada comunidade” (VIEIRA, 2018, p. 4).

Em relação ao contexto do SUS no âmbito brasileiro, cabe destacar que a descentralização e a regionalização representam conceitos fundamentais à elaboração de estratégias organizativas à implementação da macropolítica de saúde pública. Portanto,

compreender o processo de descentralização da saúde e sua conexão com o processo de regionalização é relevante para entender as trajetórias das políticas públicas de saúde no Brasil, até os dias atuais.

Ora, regionalizar a saúde de modo efetivo e cooperativo é uma alternativa necessária para garantir o real e não apenas formal acesso universal, integral e equânime no território brasileiro (SANTOS; CAMPOS, 2015). Na perspectiva técnica e política exposta, essa pesquisa privilegia as principais normas relacionadas às políticas de saúde a partir da CF (1988), mais precisamente com o SUS, cujas normas incentivam a relação de cooperação entre instituições e agentes públicos, ou seja, a Gestão Pública é um empreendimento cooperativo.

Tratar de Gestão Pública é, também, resolver coletivamente os problemas públicos, por meio da cooperação obtida coercitivamente ou voluntariamente. Sendo assim, a colaboração deve ser vista como uma peça entrelaçada à atividade política e ao conjunto da técnica em Gestão Pública, servindo de norte à eficiência dos caminhos traçados em prol da qualidade das práticas de gestão e do desempenho no SUS. Entretanto é preciso singularizar as atividades políticas da Gestão Pública, pois seu propósito não perpassa pela perpetuação dos governantes no poder, mas para garantir resolubilidade aos problemas públicos. Portanto a política é o meio, não o fim da Gestão Pública (VIEIRA, 2018).

Quanto à relação da atividade política com a Gestão Pública, ela basicamente opera para lidar com questões direcionadas a quem recebe “o que”, “quando” e “como” no Estado, motivando relações de cooperação e/ou conflito e definindo a melhor maneira para alocar os custos e os benefícios na comunidade. A habilidade política deve equilibrar as forças de cooperação e de conflito, sobre a distribuição dos custos e benefícios sociais, buscando o desenvolvimento, a resolução dos problemas públicos e o bem-estar da população (VIEIRA, 2018).

A pesquisa tem como tema a análise dos aspectos relacionados aos processos de governança das políticas públicas de saúde, por meio de agentes públicos que atuam na CIR da 1ª Região de saúde da Paraíba. Para isso, adota-se o modelo explicativo e analítico de Governança Colaborativa elaborada por Ansell e Gash (2008), por apresentar variáveis críticas que irão influenciar os resultados: História prévia de conflito e cooperação, incentivos para participação, desequilíbrios de poder, liderança e desenho institucional. Além disso, trazem os fatores cruciais: diálogo face-a-face, construção de confiança e desenvolvimento de compromisso e visão compartilhada.

Portanto, o bom uso dos recursos disponíveis também deve ser pensando pelos agentes públicos, pois a escassez de verbas é constante para o atendimento das demandas crescentes.

Verifica-se que há desproporcionalidade na repartição dos recursos entre os municípios maiores e os menores, por vários critérios, dentre eles o número de habitantes (Veloso et al., 2011).

Desse modo, esse estudo buscou responder ao seguinte questionamento: **Como os agentes públicos atuam nas práticas de gestão com colaboração, no âmbito dos trabalhos da CIR da 1ª Região de Saúde da Paraíba?**

Para tanto, o Objetivo Geral da pesquisa foi compreender o processo de governança colaborativa a partir das reuniões dos agentes públicos na CIR da 1ª Região de saúde do estado da Paraíba. Por meio dos seguintes Objetivos Específicos: acompanhar a dinâmica dos trabalhos nas reuniões da CIR 1ª Região de Saúde da Paraíba; identificar os desafios e perspectivas para a efetivação do processo de colaboração entre os agentes públicos nos trabalhos da CIR 1ª Região de Saúde da Paraíba; apresentar proposições e recomendações voltadas para fomentar a cooperação na CIR.

No tocante aos aspectos metodológicos, essa pesquisa pode ser caracterizada como sendo um estudo de caráter qualitativo, básico, descritivo, exploratório (MERRIAM, 2009). A execução ocorreu por meio de uma pesquisa bibliográfica aliada a uma pesquisa documental, tendo como instrumentos de coleta de dados a aplicação de um roteiro de entrevista semiestruturado e a observação direta (GIL, 2007), cujos sujeitos participantes são os secretários de saúde e seus respectivos técnicos atuantes na CIR 1ª Região de Saúde da Paraíba. Para melhor visualização, consolida-se no Quadro 1 o esquema geral da pesquisa:

**QUADRO 1:** Esquema geral da pesquisa

<b>PERGUNTA DE PESQUISA</b>	Como os agentes públicos atuam nas práticas de gestão com colaboração, no âmbito dos trabalhos da CIR da 1ª Região de Saúde da Paraíba?	
<b>OBJETIVO GERAL</b>	Compreender o processo de governança colaborativa a partir das reuniões dos agentes públicos na Comissão Intergestores Regional (CIR) da 1ª Região de saúde do estado da Paraíba.	
<b>OBJETIVO ESPECÍFICO</b>	<b>INSTRUMENTOS DE CONSTRUÇÃO DOS DADOS</b>	<b>ANÁLISE DOS DADOS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Acompanhar a dinâmica dos trabalhos nas reuniões da CIR 1ª Região de Saúde da Paraíba;</li> <li>● Identificar os desafios e perspectivas para a efetivação do processo de colaboração entre os agentes públicos nos trabalhos da CIR 1ª Região de Saúde da Paraíba.</li> <li>● Apresentar proposições e recomendações voltadas para fomentar a cooperação na CIR.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Questionário semiestruturadas junto aos agentes públicos de saúde que atuam na CIR da 1ª Região de Saúde do estado da Paraíba.</li> <li>● Observação direta das reuniões da CIR da 1ª Região de Saúde.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Análise de conteúdo</li> </ul>

Fonte: Dados de pesquisa, 2018.

Essa dissertação de mestrado está estruturada em seis capítulos: o primeiro capítulo apresenta a Introdução. O segundo capítulo trata das Políticas Públicas de Saúde no Brasil. A terceira seção dispõe sobre o modelo de Governança Colaborativa. O quarto capítulo expõe

os aspectos metodológicos. O quinto capítulo apresenta a Análise e Discussão dos Resultados. E, por fim, a sexta secção trata das considerações finais.

## 2 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL

A política pública de saúde no Brasil é reconhecida como uma atividade de promoção da qualidade de vida das pessoas, portanto naturalmente se enquadra na classificação de política social. Para Viana (2011), o contexto histórico apresenta três institucionalidades da política social, ou seja, corte liberal, a fase de transição e o neodesenvolvimentista. Essas três fases identificadas no Brasil, dizem respeito aos anos de 1995 a 2011, cujo corte liberal ocorreu de 1995 a 2002, com a transição do governo de Itamar Franco para Fernando Henrique Cardoso, posteriormente com a fase de transição, mais precisamente com o primeiro governo de Luiz Inácio Lula da Silva, entre os anos de 2003 a 2006 e, por fim, no seu segundo mandato de 2007 a 2011, ou seja, o neodesenvolvimentista.

Em cada fase há seu impacto nos percursos das ações das políticas sociais, principalmente, devido à dimensão econômica e, portanto, o fato de compreender essa associação demonstra ser relevante para a eficácia e qualidade da governança dos gestores públicos. As constantes mudanças, geradas por cada uma dessas três fases de institucionalidade podem ser vistas como o modo capitalista de produzir e reproduzir desigualdades sociais em sua concretude estrutural (BEHRING; BOSCHETTI, 2007). Para mitigar as disfunções provocadas por essas mutações de modelos, o Estado deveria financiar um sistema de proteção social objetivando prover bens e serviços essenciais aos cidadãos (VIANA; MACHADO, 2008).

Ainda nesse contexto, faz-se relevante considerar, também, outras dimensões existentes que impactam nos rumos das políticas públicas brasileiras, tais como: políticas, sociais, institucionais, estratégicas, ideológicas, teóricas, técnicas, culturais, dentre outras, que não permitem seus isolamentos em determinado momento da política (FLEURY; OUVÉNEY, 2012). Nessa perspectiva, as políticas de saúde devem ser concebidas em função dos seguintes e principais aspectos que as influenciam, e que são fundamentais para servir de sustentáculo à governança dos gestores públicos, em virtude de fomentar a reflexão sobre as possíveis ações que devem ser antecipadas para superar barreiras e potencializar oportunidades, influenciando positivamente em seus resultados.

Esses principais aspectos que interferem na formulação e, conseqüentemente, na implementação de políticas públicas, devem estar aliadas aos que se relacionam à governança desses atores envolvidos. Vale destacar que o ambiente de trabalho perpassa pela estruturação de uma comissão capaz de nortear o processo de tomada de decisões de políticas públicas, tendo

nas figuras de gestores e assessores a representação de elementos-chave desse fenômeno sociopolítico.

As políticas públicas representam um resultado oriundo de uma interface entre dispositivos legislativos, demandas socioculturais e governanças de gestores públicos. Portanto, ao analisar as diversas formas de relações sociais existentes na dinâmica de políticas públicas, passa-se a exigir diferentes estratégias para aperfeiçoar as interações entre os agentes públicos, buscando potencializar a cooperação e reduzir os conflitos, com o propósito de obter os melhores resultados almejados nas políticas de saúde.

No tocante à governança das políticas públicas, os principais *stakeholders*<sup>1</sup> dessas relações são gestores públicos, agentes políticos de unidades governamentais e empresas. Como também merecem destaque nesses processos de relação social os indivíduos, grupos sociais (religiosos, famílias, grupo ocupacionais, entre outros), cidadãos, poderes públicos, consumidores e provedores de bens e serviços etc.

Outros atores também se relacionam em diferentes contextos, cuja ação política deve envolver estratégias específicas e planejadas, preferencialmente formalizadas em planos, instrumentos e processos mediados por instituições culturais (FLEURY; OUVÉRY, 2012). Ainda nesse sentido, promover colaboração entre esses *stakeholders* sugere ser a melhor opção para se alcançar bons resultados durante as etapas de construção das políticas públicas, sobretudo, nas políticas de saúde que possuem desdobramentos e impactos em diversas áreas da sociedade brasileira.

Sendo assim, os serviços de saúde no Brasil são direitos de todos e disponibilizados pelo Estado, tal como está descrito na CF (BRASIL, 1988). Entretanto ofertar de modo universal os serviços de saúde, em nível nacional, representa um desafio aos governos, em virtude de assimetrias de recursos e da dimensão continental do país. Entretanto, para superar as dificuldades recorrentes à governança da saúde pública, em prol do dinamismo operacional do SUS, deveria existir uma interdependência entre as instituições e seus respectivos agentes públicos.

Portanto, para que os resultados aconteçam uma das condições é a colaboração entre esses atores envolvidos e, conseqüentemente, a governança em função das dimensões técnicas e políticas buscam legitimar o comportamento de cooperação, geralmente por meio de normas legislativas que estão em constante devir, ou seja, devem ser atualizadas de acordo com as

---

<sup>1</sup> Termo comumente utilizado para designar um sujeito ou um grupo de pessoas que estão diretamente envolvidos em ações estratégicas de gestão em uma organização ou instituição, podendo ser afetado positivamente ou negativamente de acordo com as políticas e modos de atuação.

demandas vigentes, objetivando aperfeiçoar sua operacionalidade em diferentes realidades socioculturais do território nacional.

No Brasil, a política de saúde teve como estratégia-chave no primeiro período, de 1995 a 2002, conhecido como institucionalidade liberal, a descentralização junta com a ênfase na atenção primária, principalmente, para populações e regiões mais pobres. No que tange à descentralização, representa uma proposta à redefinição das responsabilidades entre os gestores públicos, reforçando a importância dos executivos subnacionais na gestão da política pública de saúde. Também envolve a transferência do poder decisório, da gestão dos prestadores e dos recursos financeiros estatais, permitindo que os gestores municipais consigam gerir o orçamento local, pois antes da descentralização de fato, era responsabilidade da esfera federal encaminhar as verbas aos estados e, simultaneamente, aos municípios.

Portanto, antes da descentralização, a União exercia o papel centralizador de governança dos recursos financeiros destinados às políticas públicas, inclusive no tocante ao SUS. Mas, a descentralização que favoreceu com o respaldo dos governos locais, em virtude de contribuir com a promoção da democratização, evidenciar o aperfeiçoamento e destacar a relevância da eficiência da governança, “assim como, os mecanismos de *accountability*<sup>2</sup> das políticas públicas, respeitando o desenho federativo e atendendo aos interesses da nação” (LIMA *et al.*, 2012. p. 1904).

Contextualizando no campo da saúde, percebe-se que a transferência de poder decisório da União para os municípios é um desdobramento da descentralização da governança dos recursos públicos, cujos gestores públicos passaram a tomar suas decisões em relação às demandas vigentes às especificidades locais, contribuindo significativamente à eficiência no aspecto de gestão na área da saúde pública, principalmente nos aspectos que povoam as políticas do SUS.

Por outro lado, a partir do período da institucionalidade neodesenvolvimentista, entre os anos de 2007 a 2011, a estratégia de governança e do processo de tomada de decisões referentes à saúde foram pautadas na concepção de regionalização, em conjunto com o forte investimento público federal e estadual, com foco na construção de equipamentos de saúde, ambulatórios e hospitais. Ora, no cenário sociopolítico brasileiro, a regionalização ganhou notoriedade recentemente na política nacional de saúde, pois apesar de estar prevista na CF (1988), apenas a partir do início do século XXI, com a edição da Norma Operacional de Assistência à Saúde

---

<sup>2</sup> Terminologia no idioma inglês, que pode ser traduzido para o português como sendo prestação de contas, que é usual para conceituar a obrigatoriedade, a transparência na prestação de contas de gestores públicos aos órgãos ou instituições controladoras.

(NOAS), por meio da portaria n. 95, de 26 de janeiro de 2001, do Ministério da Saúde (MS). A regionalização estimulou o complexo econômico-industrial da saúde e o componente científico-tecnológico da política de saúde (VIANA, 2011).

Dessa maneira, percebe-se que em cada um dos contextos econômico a política de saúde tem suas linhas estratégicas alteradas. Com base no exposto, entende-se a complexidade que envolve a elaboração da política de saúde nos aspectos de sua implementação e gestão. Esse panorama aponta para a exigência de conhecimentos robustos para desenvolver as melhores práticas de gestão, visando um bom engajamento dos gestores públicos para que resultem na efetividade das políticas públicas nas várias dimensões administrativas, jurídicas e sociais, dentre outras.

Apesar das estratégias de descentralização e regionalização terem surgidos juntas no texto constitucional, ambas não avançaram em conjunto. Inicialmente a descentralização teve destaque dentro da conjuntura da época que apesar das suas contribuições na política de saúde apresentou disfunções que a regionalização tinha como proposta corrigir. Esse contexto será melhor discutido na seção seguinte.

## 2.1 A GOVERNANÇA DO SUS: Federalismo, Descentralização e Regionalização

No contexto brasileiro, ao final do século XX, mais precisamente na última década, ou seja, no decorrer dos anos 1990, justamente, após a implantação do SUS, com a CF (BRASIL, 1988), o direcionamento político adotado pelos gestores públicos era fundamentado na descentralização das políticas sociais da União para às federações e, sobretudo, aos municípios. Da descentralização à municipalização da saúde, esse foi o percurso governamental estratégico em prol da organização priorizada.

As políticas públicas de saúde no Brasil tiveram com a CF (BRASIL, 1988) a criação do SUS, em que seu objetivo era o de ofertar serviços e ações de saúde pública, diretamente ou através de terceiros. O SUS foi regulamentado em 1990 com a edição das leis n.º 8.080/90 e n.º 8.142/90. Nesse conjunto de alinhamento para a regionalização das políticas públicas de saúde, a própria Lei n.º 8.080 apresenta, no art. 9º, que as instâncias governamentais deverão administrar a “prestação dos serviços através dos seguintes órgãos: o Ministério da Saúde – no Governo Federal –, e as respectivas Secretarias de Saúde ou órgão equivalente – nos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios” (BRASIL, 1990).

As discussões em torno da regionalização se concretizam no plano jurídico-legal, como por exemplo, na CF (BRASIL, 1988) e na Lei Orgânica da Saúde (1990). Essas normas definiram a descentralização e a regionalização como princípios norteadores da organização político-territorial do SUS, apresentando um modelo desafiador ao SUS, pois, “ao mesmo tempo em que ele se constitui pela sua unicidade e universalidade, ele se organiza de maneira descentralizada, hierarquizada e integrada por todo o desigual território brasileiro” (VIANA, 2011, p. 39).

Por outro lado, a regionalização foi deixada de lado quase que inteiramente, passando a ganhar destaque com o início do século XXI, a partir da edição da NOAS em 2001 – e de sua reformulação em 2002 – e da publicação do Pacto pela Saúde, em 2006 (LIMA et al., 2012). Cabe salientar que a estratégia de descentralização e regionalização surge simultaneamente na CF (1988), porém implementadas em momentos diferentes.

De acordo com Dourado e Elias (2011, p. 207), “a primeira década do SUS foi marcada por um processo de intensa transferência de competências e recursos em direção aos municípios”, cujo MS tinha o papel de orientador do processo, a partir do instrumento normativo denominado de Normas Operacionais Básicas (NOBs). Os mesmos autores afirmam que, a partir da definição dos critérios de habilitação e de incentivos realizados por meio dessa transferência de recursos financeiros, as sucessivas NOBs levaram os municípios a adquirirem uma progressiva autonomia na gestão das ações e dos serviços de saúde em seus territórios.

No tocante ao formato de implementação adotado, percebe-se que deparou com obstáculos estruturais que impediram avanços qualitativos. Tais obstáculos, conforme Noronha, Lima e Machado (2012), seriam: o modelo médico-assistencial privatista sobre o qual se ergueu o SUS; a proteção social fragmentada no país; e as características do próprio federalismo nacional, marcado pelas suas profundas desigualdades socioeconômicas de diferentes níveis (inter-regionais, interestaduais e intermunicipais).

Portanto, apesar dessa autonomia, o empoderamento dos municípios na atuação da gestão de saúde na prática era considerado incipientes. De acordo com a literatura, as formas de coordenação e condução da política da rede regionalizada do SUS são de alta complexidade, cujos resultados mostraram que existem regiões brasileiras que a governança é de responsabilidade de municípios com características distintas na rede de prestação de serviços, mas, por outro lado, outros municípios quem assume a governança é a respectiva Secretarias de Estado de Saúde (SES), por meio da implementação de estruturas regionais, através de coordenadorias, diretorias, escritórios ou núcleos regionais. Porém, consta-se que geralmente é composta “por arranjos e instrumentos de gestão compartilhada (Comissões Intergestores

Regionais, consórcios de saúde), visando ampliar a coordenação federativa do processo de regionalização” (VIANNA; LIMA; FERREIRA, 2010, p. 2320).

Cabe salientar que de acordo com Lima *et al.* (2012), a descentralização do SUS foi idealizada desde suas origens, tendo por base o estabelecimento de uma relação direta entre a esfera federal e a municipal. Portanto, sem uma ideia de regionalização, a descentralização foi acoplada ao esquema federativo brasileiro, gerando uma desconsideração completa do papel dos governos estaduais e uma forte distribuição de atribuições aos municípios, em função de prestações dos serviços de saúde.

Portanto, observa-se que há fragilidade nas relações federativas que são firmadas entre Estados e Municípios isso dificulta uma clara definição das responsabilidades desses entes, gerando dúvida inclusive sobre o papel do comando das políticas públicas de saúde quando foram apresentadas as propostas para redefinição desse quadro (DOURADO; ELIAS, 2011).

### **2.1.1 Federalismo na saúde pública**

Em relação ao federalismo no contexto da saúde pública brasileira, cabe destacar que assim como a descentralização, a regionalização e seus respectivos reflexos na política de saúde, tornam-se requisitos fundamentais para compreender as relações entre as unidades da federação, seus desafios e estratégias para implementar o SUS dentro da macroestrutura definida pela CF (BRASIL, 1988). As principais características dessa relação interfederativa, de conflito e/ou cooperação, parecem que são reproduzidas, em partes, nos espaços de decisões coletivas, como por exemplo nas CIRs. Nesse sentido, entender a proposta teórico-empírica para a organização dos sistemas de saúde nos levam ao compreender o modelo atual (ABRUCIO, 2005).

Com a promulgação da CF (BRASIL, 1988), o Estado federal foi mantido com a República Federativa. Por sua vez, os municípios, tornaram-se unidades federativas e foi necessário que redesenhassem as relações interfederativas (SANTOS L., 2013).

Esse formato de organização, denominado de federalismo, destina-se à articulação entre os poderes local, regional e central. Visando complexas alianças, com obrigações mútuas, perseguindo a preservação dos valores e os interesses singulares dos atores políticos (ROCHA, 2013). Ou seja, diz respeito à forma de organização político-territorial, que tem como base o compartilhamento da legitimidade e das decisões coletivas entre as esferas do governo (ABRUCIO; FRANZESE, 2007).

Dentre as características do federalismo, a repartição de competências é um dos elementos essenciais. O fato de não existir hierarquia entre os entes federados, possibilita a autonomia para a realização das funções que lhes foram constitucionalmente atribuídas para cada ente, portanto a CF (1988) deu conta de elaborar um sistema de divisão de competências administrativas e legislativas (TAVARES, 2013).

Logo, esta distribuição constitucional de poderes é o ponto nuclear e central de toda a ideia por trás de um Estado Federal (SILVA, 2016). O desenho institucional do modelo corresponde à necessidade de equilíbrio entre diversidade e concentração de poder em um único centro (DOURADO; ELIAS, 2011). Mas, também cabe destacar que um aspecto importante presente na Carta Magna diz respeito aos direitos fundamentais, com destaque para o direito à saúde, pois é explicitamente registrado que a todas “as pessoas fossem asseguradas ações e serviços públicos de saúde em território brasileiro independente de contrapartida” (RAMOS; NETTO, 2017, p. 306).

De modo geral, o texto constitucional sugere que ao estabelecer o direito à saúde como dever do Estado, as três esferas federativas (federal, estadual e municipal) devem dividir as competências em comum, conforme disposto no art. 23 da CF de 1988: "Art. 23. É competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios: [...] II - cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiência” (BRASIL, 1988). É nesse contexto que surge, portanto, o SUS, representando um arcabouço de agências e agentes objetivando assegurar o acesso da população brasileira aos serviços de saúde. No tocante à concepção de agências, compreende-se que se trata de um conjunto de “instituições e empresas através de organizações públicas ou privadas. Já os agentes são os profissionais e trabalhadores de saúde, que, individualmente ou em equipe, executam ações de saúde cuidando das pessoas e das comunidades” (PAIM, 2009, pp.13-14).

Para Dourado (2011), o surgimento do SUS, foi criado numa conjuntura de reconhecimento na dimensão política do direito à saúde como fundamental no Brasil, orientada pela descentralização político-administrativa. Para materializar esse entendimento as leis nº 8.080/90 e nº.8.142/90 reforçaram a estrutura federativa nacional da área da saúde e os deveres que todos os entes deviam atuar para promoção, proteção e recuperação da saúde, garantindo a autonomia de cada esfera de governo para gerir seus sistemas considerando seus territórios. Sendo assim, uma forma de organização política designada federalismo sanitário brasileiro se estabeleceu.

Para a situação encontrada, o desenho federativo exigia um esforço de coordenação muito maior do que o desenho unitário, modelo que não reconhece autonomia a nenhuma de

suas partes constitutivas, atuando com decisões centralizadas (RABAT, 2002). Mas, para o caso brasileiro, esses esforços são maiores, seja pela presença da desigualdade socioeconômica intra e interregional, e pelas próprias características apresentadas pelo texto constitucional. Em primeiro, a garantia de autonomia às esferas do governo, cujo município é considerado um ente federado, que por consequência, insere formalmente milhares de atores na dinâmica da política.

O segundo ponto está relacionado à instituição do federalismo cooperativo, propondo a colaboração mútua entre as unidades federadas à consecução dos objetivos socioeconômicos, partindo da premissa que algumas das funções públicas não podem ser de competência exclusiva ou hegemônica por estarem apresentadas no texto constitucional como interdependência e interesses comuns (DOURADO; ELIAS, 2011). E, como terceiro aspecto, há muitas atribuições comuns e concorrentes entre as esferas que ainda não foram regulados pelo marco legal-regulatório pós 1988.

O SUS está inserido nesse modelo compreendido que se convencionou chamar de federalismo sanitário brasileiro (DOURADO; ELIAS, 2011). Por sua vez, a descentralização e a regionalização como processos devem ser entendidas dentro do contexto da dinâmica federalista o que sugere ter caminhado no avanço de implementação negociada e lenta (VIANA, 2010).

### **2.1.2 Descentralização das políticas públicas de saúde**

O processo de descentralização, além de sua função de reorganização dos serviços, foi entendido no contexto da reforma sanitária como sendo parte integrante da agenda neoliberal de organismos internacionais, que focava na alocação ótima de recursos, eficiência dos sistemas de saúde, e a criação de mecanismos de *accountability* (DUARTE *et al.*, 2015). Entende-se que a descentralização redefiniu responsabilidades entre os entes federados e reforçou o poder do ente executivo subnacional na gestão da política de saúde transferindo, em certa medida, aspectos de decisão, organização e de gestão da prestação de serviços e dos recursos financeiros que antes eram concentrados na esfera federal (LIMA *et al.*, 2012).

Nesse contexto, há um cenário que promove um federalismo cooperativo direcionado à articulação de forças e recursos por partes dos entes federados, para alcançarem seus objetivos, ou seja, há uma relação de interdependência permanente. Esse arranjo direciona os municípios a assumirem suas responsabilidades, assim como, torna necessária a produção de estratégias de integração dos três entes federados (FLEURY; OUVÉRY, 2012). Ainda assim, considerando as assimetrias de recursos humanos e financeiros entre os municípios brasileiros,

a gestão interfederativa precisa ser construída dentro de valores que respeitem essas diferenças dentro do país (SANTOS, 2013).

Contudo, a descentralização do sistema de saúde está em construção negociada no contexto nacional. A literatura apresenta cinco etapas de avanço no processo. O detalhe é que apenas no quarto ciclo da NOAS de 2001, e reformulada em 2002, que foi dada a regionalização como estratégia dentro do sistema. Com base no exposto, verifica-se que os processos de descentralização e regionalização não caminharam juntos inicialmente, pois foi dado ênfase primeiramente na descentralização. Apesar de serem incorporados conjuntamente às diretrizes operacionais do SUS (VIANA; ELIAS, 2008).

Os motivos desse descompasso podem ser atribuídos a duas dimensões, uma estratégica e outra de ordem política. Na primeira situação, Gadelha *et al* (2011) coloca que a estratégia da descentralização da saúde não tinha como foco um modelo de desenvolvimento do país, cuja intervenção socioeconômica partiria com base nas demandas locais. Que para os autores, configura-se o entendimento de que o território não representa um objeto de análise e planejamento à formulação e implementação de políticas públicas.

Na dimensão política, a descentralização administrativa do SUS tentou garantir a transferência da provisão de recursos de saúde diretamente aos municípios, desprezando o aspecto de planejamento regional e o papel de cada esfera de governo. As responsabilidades transferidas para o âmbito subnacional foram adequadas ao projeto político que, por um lado, havia um enxugamento do Estado brasileiro – perspectiva neoliberal – e, por outro, a retirada de poder da esfera federal – perspectiva democrática (VIANA *et al.*, 2010)

A combinação desses dois motivos culminara na conformação, em algumas partes do país, do modelo municipalizado atomizado (LUCCHESI, 2009), tendo como estratégia a garantia da vitória social do SUS, com presença em todo território nacional, independente da capacidade institucional do município.

Não se pode afirmar que a municipalização autárquica (PESTANA; MENDES, 2004) orientou toda a descentralização do SUS, pesquisadores buscaram verificar os pontos positivos e negativos que o modelo deixou. Como positivo houve a ampliação do acesso aos serviços de saúde, sobretudo na atenção primária, resultou na melhoria dos indicadores nacionais de saúde e, além disso, houve um forte incentivo à cobertura de vacinação e assistência pré-natal, redução da mortalidade infantil e nas internações não necessárias, ocasionado pela expansão da Estratégia Saúde da Família (ESF) (DUARTE *et al.*, 2015).

Vale ressaltar, ainda, como positivo, a ampliação dos ajustes às demandas locais de saúde, o fortalecimento da organização dos atores locais por meio os conselhos de

representação; e, por fim, fomento à capacitação técnica-institucional das Secretarias Municipais de Saúde, por meio das habilitações<sup>3</sup> (LIMA; VIANA, 2011)

Como pontos negativos a descentralização trouxe algumas disfuncionalidades que levaram a necessidade de repensar os moldes até então praticados (PESTANA; MENDES, 2004). Para Abrúcio (2005), o próprio desenho federalista brasileiro impõe um modelo predatório e não cooperativo entre as relações intergovernamentais, logo, a municipalização autárquica ou a atomização do sistema potencializam essas características.

### *2.1.2.1 Contexto normativo da descentralização*

No tocante ao contexto normativo da descentralização, segundo Nascimento (2007, pp. 158-157), “as Leis Orgânicas da Saúde (Leis n. 8.080/90 e n. 8.142/90) não foram precisas no que se referente à definição de competências e da origem dos recursos financeiros para a gestão do SUS”. Corroborando com esse posicionamento, Andrade (2004) diz que as Leis Orgânicas da Saúde não foram consideradas autoaplicáveis para o processo de descentralização, então surge a necessidade da edição das NOBs. E, logo depois, uma multiplicidade de arranjos administrativos foi sendo adotados no processo de construção e organização do sistema público de saúde brasileiro.

Dourado (2010) destaca que na década de 1990, o processo de descentralização foi predominante como estratégia de organização do sistema de saúde brasileiro, marcada pelas sucessivas publicações das NOBs. Os principais pontos das normas mais relevantes ao contexto da organização da política de saúde no Brasil foram editadas na forma de portarias ministeriais, classificadas como NOBs e posteriormente, assumiram o conceito de NOAS.

A primeira delas foi a NOB/SUS nº. 01/91, editada pelo então presidente do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), por meio da Resolução nº 258, de 07 de janeiro de 1991, e reeditada com alterações pela Resolução do INAMPS nº 273, de 17 de julho de 1991, publicadas no Boletim de Serviço daquele Instituto. Teve como objetivo estabelecer a política de financiamento do SUS, assim como, transferências de recursos aos estados, Distrito Federal e municípios através de convênio, com base nos seguintes critérios: a) populacional com base nos dados estatísticos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

---

<sup>3</sup> As Normas Operacionais definem critérios para que os Estados e municípios voluntariamente se habilitem a receber repasses de recursos do Fundo Nacional de Saúde. A habilitação é condicionada ao cumprimento de requisitos apresentados nas Normas Operacionais, além disso o ente deve assumir responsabilidades em relação à gestão do sistema de saúde (BRASIL, 2003)

(IBGE); b) empenho global (valor semestral e/ou anual); c) índice de reajuste com base na Unidade de Cobertura Ambulatorial (UCA). Estabelecem o Sistema de Informação Ambulatorial (SIA-SUS) e o Sistema de Informação Hospitalar (SIH), respectivamente para ações ambulatoriais e internação hospitalar, como modalidades de repasses de recursos, com pagamentos centralizados no INAMPS (BRASIL, 1991).

A NOB/SUS nº. 01/91 foi colocada de maneira vertical, não houve debates com a sociedade, fato este que vai de encontro à normatização do SUS que tem como um de seus princípios a participação, sobretudo, da sociedade incluído os seus usuários. Ocorreu uma centralização da gestão do SUS na esfera federal, nas esferas subnacionais as transferências de recursos, ocorriam por meio de pagamentos por produção de serviços, similar à lógica do funcionamento aos prestadores de saúde privados (CARVALHO; MARTIN; CORDONI JUNIOR, 2001; DOURADO, 2010). A NOB/SUS nº. 01/92 também instituída pelo Presidente do INAMPS pela Portaria nº. 234, de 07 de fevereiro de 1992, teve entre seus objetivos, normalizar a assistência à saúde no SUS, criar instrumentos operacionais à efetivação dos preceitos constitucionais da saúde.

Nessa perspectiva, os gestores substituíram, progressivamente, o modelo assistencial, centrado na doença e baseado no atendimento, para um modelo de atenção integral à saúde, com a incorporação progressiva de ações de promoção e proteção da saúde, de prevenção da doença, e recuperação. Mantém a Unidade de Cobertura Ambulatorial (UCA) para definição dos montantes a serem repassados aos estados, Distrito Federal e municípios. Institui um Fator de Estímulo à Municipalização (FEM), com a finalidade de repassar os recursos de custeio aos municípios efetivamente municipalizados no SUS; e o Fator de Estímulo à Gestão Estadual (FEGE), para definir e reajustar os quantitativos a serem repassados mensalmente, regulares e automáticos aos estados habilitados, visando reposição e modernização tecnológica dos equipamentos da rede pública estadual e municipal (BRASIL, 1992).

Essa norma dá ênfase aos recursos financeiros federais do SUS, alocados no INAMPS que deveriam ser somados aos recursos estaduais e municipais. Além disso, estabelece que o controle e avaliação sejam responsabilidade primária dos municípios e simultaneamente dos estados e do MS. E, também, que as ações de auditoria analítica e operacional sejam de responsabilidades dos três entes federados da gestão do SUS, exigindo a estruturação do respectivo órgão de controle, avaliação e auditoria. Entretanto o documento é claro ao colocar que a avaliação técnica e financeira do SUS, em todo território nacional, ficaria sendo coordenada pelo MS e INAMPS em conjunto com os estados, Distrito Federal e municípios (BRASIL, 1992).

Outro ponto significativo da NOB/SUS nº. 01/92 foi a definição de critérios para os municípios receberem recursos regularmente e automática à cobertura das ações e serviços de saúde, como também terem acesso ao Fundo Municipal de Saúde, de natureza contábil e financeira. Para tanto, deve ser regulamentado o Conselho Municipal de Saúde, com caráter deliberativo e composto de forma paritária com representantes do governo, prestadores de serviços e profissionais de saúde e usuários. Além da necessidade de implementação do Plano Municipal de Saúde, devendo ser aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde e homologado pelo prefeito.

Dessa maneira, foi possível instituir como documento importante à gestão, o Relatório de Gestão abordando no mínimo as finalidades básicas das Secretarias. Ainda trouxe o Plano de Trabalho, que deveria ser elaborado em prol de estipular metas e objetivos previstos. E, por fim, a comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS), que estaria previsto para o prazo de dois anos para sua implantação (BRASIL, 1992).

De acordo com Santos e Andrade (2009, p. 42), essa NOB foi responsável pela “incorporação das ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, porém não foi posta em prática. Sendo apenas um mero documento institucional, mas sem forças de implementação”. A NOB/SUS nº. 01/93, editada pela Portaria nº. 545, de 20 de maio de 1993, estabeleceu normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão dos serviços e ações de saúde. Sendo materializada pelo documento *Descentralização das Ações e Serviços de Saúde: a Ousadia de Cumprir e Fazer Cumprir a Lei*, aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), em 15 de abril de 1993. Essa portaria trazia elementos de natureza política e administrativa (BRASIL, 1993).

Essa NOB/SUS nº. 01/93, diferente da NOB/SUS nº. 01/91, em virtude de na época ter existido uma conjuntura favorável ao movimento municipalista (DOURADO, 2010), surgiu a partir da criação de três modalidades de níveis de gestão para os municípios (incipiente, parcial e semiplena) e outras duas para os estados (parcial e semiplena). A partir dessa norma também foram instituídas as Comissões Intergestores Tripartite (CIT) e a Comissão Intergestores Bipartite (CIB) (CARVALHO; MARTIN; CORDONI JUNIOR, 2001).

Nessa perspectiva, verifica-se que a descentralização do SUS deve ser consubstanciada por alguns pressupostos, dentre eles:

Ser entendida num processo de redistribuição de poder, redefinição de papéis, e de novas relações entre as três esferas de governo, com financiamento compartilhado e assegurado regularmente aos fundos de saúde; uma completa reformulação do modelo assistencial centrado na assistência médico hospitalar individual, para a assistência integral universalizada, equânime, regionalizada e hierarquizada

enquanto responsabilidades sanitárias de cada esfera de governos e o gerenciamento do processo de descentralização com o eixo planejamento integrado em cada esfera de governos, e como foros de negociação e deliberações as Comissões Intergestores e os Conselhos de Saúde (BRASIL, 1993).

Para o âmbito nacional, a CIT, composta de forma paritária com representantes do MS, órgãos de representação do conjunto dos Secretários Estaduais de Saúde/CONASS e com os Secretários Municipais de Saúde/CONASEMS, tem como finalidade apoiar o MS na elaboração das propostas à implantação e operacionalização do SUS, devendo submeter ao poder deliberativo e fiscalizador do CNS (BRASIL, 1993).

Por outro lado, no âmbito estadual, a norma instituía CIB, paritariamente integrada por dirigentes da Secretaria Estadual de Saúde (SES) e com representação dos Secretários Municipais de Saúde do estado, devendo ser criada e formalizada através de portaria da SES, sendo a instância com privilégios para negociação e decisão quanto aos aspectos operacionais do SUS (BRASIL, 1993).

No âmbito municipal, o Conselho Municipal de Saúde, como instância permanente e deliberativa, atua na formulação de estratégias e no controle da execução de Política Municipal de Saúde, com composição e atribuições previstas na legislação municipal, observando o disposto na Lei nº. 8.142, de 1990 (DOURADO, 2010).

Mantém o Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS), com suporte do formulário para Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo (APAC). E a Unidade de Cobertura Ambulatorial (UCA) como definidora dos valores a serem repassados aos estados, Distrito Federal e municípios. Estabelece prazo à definição do financiamento de ações de vigilância em saúde e define condições diferenciadas de gestão do SUS aos municípios e estados, cabendo aos municípios suas habilitações à condição de gestão incipiente, ou gestão parcial, ou de gestão semiplena; e aos estados à condição de gestão parcial ou semiplena (BRASIL, 1993).

Desta maneira, os estados enquadrados nas condições de gestão parcial e semiplena passaram a receber recursos de custeio através do Fator de Apoio ao Estado (FAE), e os Municípios enquadrados nas condições de gestão incipiente, parcial e semiplena, através do Fator de Apoio ao Município (FAM) (BRASIL, 1993).

A NOB/SUS n. 01/93, mantém o financiamento das atividades hospitalares de internação públicos e privados através SIH/SUS através do formulário de Autorização de Internação Hospitalar (AIH), com teto proporcional à população (BRASIL, 1993).

### 2.1.3 Regionalização nas políticas públicas de saúde

A ideia da regionalização da saúde no Brasil foi fortemente influenciada por duas vertentes: (a) oriundas da Inglaterra, redes regionalizadas e hierarquizadas; e (b) e do estado-unidense, sistemas integrados de saúde, Rede de Atenção à Saúde (RAS). A proposta inglesa coloca a hierarquização da organização do território urbano e, dos próprios serviços de saúde (ALBUQUERQUE; VIANA, 2015).

Em relação à organização do território urbano, a regionalização teria a capacidade no determinado território estadual oferecer os recursos de saúde necessários em todos os níveis de atenção, seja dividido em distritos, sub-regiões ou microrregiões. Sobre os próprios serviços de saúde, a ordem dos serviços é pelo seu grau de complexidade, da densidade tecnológica como também da variedade de equipamentos e profissionais. Para isso, os dois fatores devem se interligar por redes de transporte e comunicação, criando uma organização regional de saúde que se molda de acordo com a complexidade e a complementaridade dos serviços oferecidos. E para gestão dessas regiões, deveria haver a criação de uma gestão administrativa única (ALBUQUERQUE; VIANA, 2015).

Por sua vez, a proposta de Dawson no Reino Unido e das RAS nos EUA, foram as principais que incentivaram a Organização Mundial de Saúde (OMS) a difundir tal modelo, além das experiências bem-sucedidas de países que possuíam um sistema universal de saúde como Reino Unido e Canadá, esse modelo trouxe elementos de articulação entre descentralização - regionalização como uma proposta atrativa para o futuro SUS. No Brasil, a regionalização tem destaque quando se revela nos Anais do 17º Congresso Brasileiro de Higiene (1968), o conceito passa a fazer parte dos debates acerca da integração entre administração e planejamento. A partir da década de 1970 é comum encontrar o conceito nos projetos de reorganização sanitária (MELLO; VIANA, 2012).

No Brasil, as perspectivas das redes regionalizadas, hierarquizadas e das RAS inspiraram o modelo de regionalização (KUSCHNIR; CHORNY, 2010; ALBUQUERQUE; VIANA, 2015). A regionalização surge como proposta para superar as disfunções do sistema anterior que focava na descentralização. Esperava-se, com a descentralização, que a oferta de serviço fosse ajustada mediante cooperação entre os entes federativos e que se alcançasse qualidade e eficiência na prestação dos serviços (SILVA; GOMES, 2013).

Assim como eram esperados uma resposta regional a problemas locais. Nesse sentido, a estratégia da regionalização trazia como expectativa a redução dessas disfunções garantindo

a manutenção da identidade e heterogeneidade regionais, e também a garantia do acesso integral à população, em qualquer lugar do Brasil (RIBEIRO, 2015).

Considerando os cinco ciclos da descentralização, segundo Viana (2011), apenas no quarto ciclo que a regionalização é colocada como estratégia para superar o modelo de municipalização. Nos dois últimos ciclos existiram as três fases da indução da regionalização: fase I (2001 – 2005): região normativa; fase II (2006-2010): região negociada; fase III (2011-atual): região negociada e contratualizada (ALBUQUERQUE; VIANA, 2015).

#### *2.1.3.1 Da indução da Regionalização às fases de regiões: normativa, negociada e contratualizada*

As fases de indução são marcadas por diversos marcos regulatórios, abordando várias concepções da conformação de redes e regiões de saúde, e contém um arcabouço de instrumentos de planejamento e com várias propostas para fomentar a coordenação interfederativa. Apesar das suas especificidades, percebe-se que a evolução do marco regulatório da regionalização foi conduzida de maneira incremental, pois buscava-se superar as limitações decorrentes da regulação anterior na normativa subsequente. Portanto, nessa primeira fase predominou um aspecto racional da regionalização, vista como instrumento para retomar a coerência sistêmica do SUS (SANTOS, 2017).

Os marcos regulatórios que regem essa fase são as NOAS (2001/2002). Elas propuseram que os Estados elaborassem seus Planos Diretor de Regionalização (PDR), que definem as regiões de saúde com a identificação das redes de atenção à saúde. O documento traz também a instituição de mecanismos contratuais como o de Programação Pactuada e Integrada (PPI) que busca assegurar a assistência à saúde hierarquicamente com fluxo de referência e contrarreferência com os serviços e o Plano Diretor de Investimento (PDI) onde tinha como objetivo atender as prioridades das ações e serviços de saúde identificando as respectivas fontes de recursos (MESQUITA, 2011),

Para Nascimento (2006), a implementação da estratégia da NOAS caracteriza que a regionalização de saúde não pode ser resolvida somente com parâmetros técnicos, exigem um esforço político e de articulação e pactuação entre as instâncias responsáveis pela gestão do SUS.

Dado o exposto, percebe-se que a cooperação entre os atores é mais uma vez colocada como fator fundamental para o avanço das políticas públicas. Portanto os agentes públicos

devem ter esse espírito, pois só as orientações normativas não são suficientes para que o fenômeno da colaboração aconteça entre os atores da política pública.

A segunda fase tem como objetivo justamente superar a regionalização puramente normativa (VIANA *et al.*, 2008), busca resgatar os aspectos políticos do processo, aspectos esse que sugere ter maior poder para promover a colaboração dentro da política de saúde. Essa fase teve como marco jurídico a Portaria nº. 399, de 22 de fevereiro de 2006, que instituiu o Pacto pela Saúde e suas três dimensões: Pacto Pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão firmados entre o Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASSEMS).

O Pacto pela Saúde (2006) formaliza os compromissos assumidos entre os entes federados por meio do documento denominado Termo de Compromisso de Gestão, o que indica que a validade e efetividade da regionalização dependem da cooperação, negociação e pactuação entre várias partes interessadas (ALBUQUERQUE; VIANA, 2015). Os autores acrescentam que para superar os desafios de promover a cooperação interfederativa são criados fóruns institucionalizados para negociar e pactuar os acordos e compromissos regionais, os Colegiados de Gestão Regional (CGR).

Outro ponto colocado como inovador foi a redução da rigidez na conformação das regiões de saúde, dando flexibilização nos seus critérios constitutivos e ampliando a autonomia para que os atores locais redefinissem suas próprias fronteiras. Ainda assim, esse processo gerou regiões desiguais em relação ao acesso, capacidade técnica e financeira, entre outros, que demandou uma terceira fase da regionalização para os devidos ajustes (ALBUQUERQUE; VIANA, 2015).

A terceira fase ocorre com a publicação da Portaria nº.4.279/2010 e do Decreto nº 7.508/2011, ao regulamentar que as normas de organização do SUS são formadas pela conjugação dos serviços e ações de promoção, proteção e recuperação da saúde devendo serem realizados pelos entes federativos, seja de forma direta ou indireta, com a participação complementar do setor privado, organizado no formato regionalizado e hierarquizado (BRASIL, 2011).

O contexto à época apresentava dificuldade para reduzir as iniquidades inter e intrarregionais e a existência de um contexto de insegurança jurídica nas relações interfederativas para pactuação dos compromissos regionais. Com isso, mecanismos inovadores, jurídicos-administrativos, são criados para garantir a segurança contratual, transparência, *accountability* e possibilidade de avaliação, o Contrato Organizativo da Administração Pública (COAP) é um exemplo desse tipo de mecanismo, assim como, o Mapa

da Saúde, a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES) e a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) (BRASIL, 2011). O Decreto nº 7.508/2011 ainda faz uma alteração no CGR que passam a se chamar CIR. Aliado a isso, foram definidos critérios para a conformação das Redes de Atenção à Saúde (RAS), assim como ajustes nos mecanismos de governança para sua adoção em âmbito subnacional (SHIMIZU, 2013).

Nesse contexto, entende-se que o aspecto relevante da fase III é a existência do fomento a colaboração, e que isso deve ser perseguido nas políticas públicas de saúde nacionalmente. Verificar isso empiricamente, sobretudo, a percepção dos agentes públicos que participam da formulação e implementação das políticas públicas de saúde é fundamental para o aperfeiçoamento das normas acerca do fenômeno – colaboração – principalmente entre os municípios de uma região de saúde. A partir disso pensar ações que reduzam os conflitos, e atuações predatórias devem ser vistas buscando promover colaborações, e conseqüentemente o aperfeiçoamento das políticas de saúde.

Apesar dos municípios terem papel protagonista na dinâmica de organização do SUS, a NOAS e o Decreto nº 7.508/11 deram aos estados mais respaldos regulatórios, sobretudo, no papel para coordenar o processo de regionalização, atuando na articulação das regiões de saúde dando mais sentido as realidades locais e buscando garantir o comprometimento das partes (SANTOS, 2017).

Conforme Bercovici (2002), a CF (1988) institui o federalismo cooperativo no Brasil, no art. 23, ao estabelecer competências comuns entre os entes federados (União, Estados, Distrito Federal e Municípios), onde todos devem colaborar para o cumprimento do que está disposto, por exemplo, o direito à saúde conforme expresso no texto constitucional.

Então para a gestão desse arranjo complexo, é necessário que mecanismos de articulação sejam implantados, que possam coordenar as interdependências e a ampliação da participação social (FLEURY; OUVÉNEY, 2012). Há o pressuposto que o direito à saúde, que é obrigação comum entre os entes, gere um grau de interdependência entre os entes que visam o cumprimento dessas demandas, com isso há um fomento a cooperação para alcançar tais objetivos.

Para Bercovici (2002), na proposta de cooperação, União ou qualquer ente federado não pode atuar isoladamente, porém todos devem exercer suas competências em conjunto. Na repartição de competências, a cooperação acontece nas chamadas competências comuns, conforme no Art. 23 da CF (1988). Nessas competências, todos os entes da Federação colaboraram para a execução de tarefas determinadas na Carta Magna. Assim como, não existindo supremacia de nenhuma das esferas sobre outra para realizar essas tarefas, por serem

responsabilidades comuns, nenhum dos entes da Federação pode se eximir de implementá-las, pois haverá um custo político e de demanda reprimida que poderá impactar em outras esferas de governamentais.

O Congresso Nacional poderá ditar leis complementares disciplinando essa cooperação e assim evitar dispersão e choques nos aspectos relacionados a recursos e esforços. Buscando também a coordenação de ações dos atores políticos para obtenção de melhores resultados. Ainda nesse contexto, faz-se necessário questionar a estrutura federativa brasileira, pois que os municípios não são entidades federadas ao lado da União, dos Estados e do Distrito Federal. Isso porque possuem certa autonomia político-constitucional, todavia não seria o suficiente para torná-los essenciais a definição de Federação – “do contrário, teríamos à conclusão de serem os Municípios uma espécie de Estados-membros de segundo grau dentro de outros Estados-membros” (MENDES; COELHO; BRANCO, 2009, p. 55).

Corroborando com esse contexto, Ramos (2012), coloca que a Federação brasileira apresenta um crítico cenário de desigualdades regionais, o que causa, uma excessiva dependência da maioria dos Estados e Municípios de recursos provenientes da União. Se contrapondo a ideia central por trás da Forma Federativa de Estado, que promove a junção de entes autônomos e capazes de gerir as atividades que lhe são atribuídas.

## 2.2 A INTEGRAÇÃO REGIONAL DO SUS E O DECRETO PRESIDENCIAL Nº 7508/2011

Para Vieira (2018), nos regimes democráticos a legitimidade da autoridade governamental é oriunda da sua capacidade em promover ações que contemplem o interesse público, ou seja, em resolver os problemas públicos. Que incluem provisão de bens públicos, gestão sustentável dos bens comuns e a boa regulação dos bens privados, tendo como objetivo resolver problemas públicos, tudo isso são fundamentais para sustentar a legitimidade governamental.

Com base no exposto, Vieira (2018) coloca que: “A resolução dos problemas públicos nos põe de frente com uma questão fundamental: qual tipo de bem é necessário, ou desejável, prover para resolver o problema público?” O autor acrescenta que a resposta é influenciada sob perspectivas políticas, seja entre comunidades (espaciais) e na mesma comunidade ao decorrer do tempo (temporais). É evidente que há casos positivos e negativos nesse cenário, portanto, a vontade da comunidade com adequação técnica e política ao problema impacta nos resultados desejados. Aliado a isso, não pode deixar de lado a avaliação periódica dos resultados

acumulados, pois são elas que servirão de base para a capacidade de aprender e inovar promovendo mudanças para corrigir os erros.

Dentre as normas publicadas para a organização do SUS no Brasil o Decreto nº.7.508/2011 trouxe como inovação o surgimento de um fórum de decisão para as Regiões de saúde<sup>4</sup>. Os antigos CGR passaram a serem chamados de CIR, que dentre seus papéis está o de decidir de forma consensual quais estratégias e ações de saúde deverão ser tomadas naquela região de saúde.

Desde 1988, houve a edição de um conjunto de leis e portarias para organizar as regras e os mecanismos dos processos de gestão da saúde no Brasil, dentre elas as principais foram além da Constituição Federal de 1988, as Leis Orgânicas da Saúde nº. 8.080 e nº. 8.142 de 1990, e as NOBs de 1993 e de 1996; NOAS (01/2001 e 01/2002), Pacto pela Saúde de 2006 e o Decreto Presidencial n. 7508 de 28 de junho de 2011. Essas normas vêm com o propósito de aperfeiçoar o SUS trazendo como diretriz, desde a CF (1988), a descentralização e a regionalização como estratégias organizativas da política.

Por sua vez, o Decreto n. 7508/2011 tem como proposta intensificar a reforma sanitária brasileira, associando fundamentos e diretrizes em busca de um padrão novo de desenvolvimento nacional, em que os consistentes processos de regionalização assumem papel central, pois buscam a superação das iniquidades de acesso para a utilização dos serviços de saúde. O Decreto n. 7.508, de 2011, e na Lei n. 12.466, de 2011, procuram planejar de modo interfederativo (regional), a execução e o financiamento das ações e serviços de saúde dos municípios e do Estado, fundados nos critérios da Lei Complementar 141/2012, art. 1710, são elementos essenciais nos acordos solidários, visando alcançar a equidade regional no SUS (BEZERRA, 2016).

Em relação às mudanças inseridas pelo Decreto n. 7508/11, seus efeitos para a gestão do SUS, em especial, na gestão das regiões de saúde ainda há poucos estudos. O Decreto n. 7508/11 transforma o CGR, instituição de gestão das regiões de saúde, em CIR, além de definir novas atribuições que visam aperfeiçoar as relações interfederativas como, por exemplo, ao criar o Contrato Organizativo da Administração Pública (COAP) como instrumento jurídico de pactuação entre os municípios de uma região de saúde.

---

<sup>4</sup> Decreto 7508/2011. Art 2º – Inciso I: 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;

Bretas Júnior e Shimizu (2017), destacam que o Decreto Presidencial 7508 de 28 de junho de 2011, busca a integração regional como principal objetivo. Dentre esses os avanços normativos, sobretudo, em rever e adequar os marcos geográficos das regiões de saúde em pactuações intergestores, e também constituir os colegiados regionais. Além disso, programar a oferta de serviços, ajustes que promovessem integração regional oriundas de planejamento e pactuações entre gestores induzidas pelo COAP, tudo isso segundo os autores foram poucos observados até o momento.

As Comissões Intergestores são as instâncias de pactuação consensual entre os entes federativos para definição das regras de gestão compartilhada do SUS. Nesse caso, as instâncias colegiadas que são consideradas de representação, pactuação e negociação do SUS são: (a) Comissão Intergestores Regional (CIR), (b) Comissão Intergestores Bipartite Estadual (CIB); (c) Conselho estadual de saúde (CES), (d) Conselho Nacional de Representantes Estaduais (CONARES), (e) Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), e a Comissão Intergestores Tripartite (CIT).

A CIR, órgão de deliberação e pactuação, composta de Secretários Municipais de Saúde e representantes da Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba – SES/PB, que terão a prerrogativa de deliberar e pactuar sobre assuntos que forem específicos de cada região de saúde. Em âmbito regional, está vinculada à Secretaria Estadual de Saúde para efeitos administrativos e operacionais e deve observar as diretrizes da CIB (Estatuto\_COSEMS, 2015).

Do ponto de vista acadêmico, verifica-se um número relativamente baixo de dissertações e teses que pesquisaram e contribuíram com teorias sobre a CIR. Quanto à questão de pesquisas para o contexto da organização do sistema de saúde, sobretudo, na pactuação entre municípios de uma região de saúde após introdução do decreto, pesquisas podem contribuir para o processo de aprendizagem e avaliação de políticas públicas sociais.

Entretanto, apesar de indiscutível a necessidade, a avaliação das políticas pública de saúde ainda é iniciante no Brasil, conforme Cavalcanti (2003), em especial quando foco são o desempenho e os resultados de uma instituição pública ou de programa governamental na qual a política pública se materializa. A autora acrescenta que em outros países há muito tempo existe o desenvolvimento de projetos na área de avaliação, porém a disseminação da prática aconteceu recentemente. Países em desenvolvimento não dispõem de projetos de avaliação das suas políticas e os desenvolvidos os têm, mas não os utilizam amplamente (ANDRADE et al., 2011), ou seja, se concentram mais no plano federal, dando pouca atenção aos outros níveis de seu sistema.

### 2.3 ARTICULAÇÃO INTERFEDERATIVA DAS REGIÕES DE SAÚDE NO CONTEXTO DA CIR

Em 2006, foi publicado o Pacto pela Saúde incrementando alguns aspectos do processo de regionalização da governança das regiões de saúde. E em 2011, a promulgação do Decreto Presidencial 7.508 de 28 de junho, trouxe como seu principal objetivo a articulação interfederativa das regiões de saúde e cria o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP). Assim permanece as estratégias com foco nos governos locais, incentivando-os a colaboração como melhor alternativa gerencial de implementação das políticas de saúde.

Na busca de contemplar, num contexto prático de análise da política pública de saúde, com base no que foi apresentado, Fleury e Ouverney (2012), apresentam categorias essenciais para a gestão das políticas de saúde. O primeiro aspecto está relacionado a definição dos objetivos e finalidades que a política de saúde deve atingir. Padrões mínimos que devem ser definidos contra riscos sociais e a promoção do bem-estar.

A clareza do que se pretende alcançar pelos agentes públicos envolvidos é a principal diretriz de uma política, pois a partir dela é possível planejar as estratégias com base no diagnóstico situacional e os recursos disponíveis. No contexto das CIR essa categoria pode ser observada quando seus membros definem, por consenso, objetivos para os desafios da região. A compreensão compartilhada e clara entre os membros favorece o fenômeno da cooperação ao que se propõem a dinâmica da comissão.

O segundo aspecto está relacionado a construção e ao emprego de estratégias, por meio de planos, instrumentos e técnicas que vão mais além que apenas definir metas e planos detalhados. É necessário que seja também capaz de analisar e monitorar as condições sociais existentes na população. Ou seja, é preciso dados e evidências para conduzir com eficácia, eficiência, efetividade e equidade a política de saúde. Portanto, nesse aspecto mais uma vez os agentes públicos precisam ter informações para ajuda-los a tomar as melhores decisões, sem essas informações a política está fadada ao fracasso (FLEURY; OUVERNEY, 2012).

Os agentes públicos que integram a CIR devem ter acesso ao maior número de informações e dados. Dada a complexidade dos desafios que a área da saúde traz, informações precisas e compartilhada no grupo podem garantir tomadas de decisões mais assertivas.

Um outro aspecto está relacionado em verificar simultaneamente os desempenhos dos papéis políticos e econômicos nas diversas relações sociais, por exemplo, legitimação política de grupos governamentais, promoção da igualdade e manutenção da dinâmica econômica. Ou

seja, verificar os impactos simultâneos que a política gera em outras áreas do contexto social (FLEURY; OUVÉRY, 2012).

Compreender os impactos transversais que são gerados pela CIR é fundamental para que os membros criem mais comprometimentos com os resultados que são alcançados no fórum. Desse modo, a construção de arenas, canais e rotinas para os processos decisórios também é apontada como aspecto relevante pelos autores. Esses espaços visam orientar a definição das estratégias e os planos de ação da política. A falta de consensos sobre os problemas de política de saúde devido as diferentes concepções dos diversos grupos sociais é um fato relevante que deve ser enfrentado. Portanto é necessário assimilar os múltiplos interesses envolvidos para direcionar melhor a elaboração da política (FLEURY; OUVÉRY, 2012). Este é um grande desafio para aprendizagem dos membros que compõem a CIR. Administrar interesses de grupos é um desafio que pode ser amenizado por uma boa atuação da liderança da CIR.

Um quinto aspecto está relacionado ao reconhecimento de diferentes projetos sociais que surgem dos diversos atores que atuam na cena política. A finalidade desse mapeamento é buscar compatibilizá-los, contrapor-los ou assimilá-los. Tendo em vista que política de saúde consiste no resultado de diferentes projetos que surgem de diferentes atores sociais, grupos, classes ou frações de classe. Dialogar com essas diversas ideias e cenários é fundamental para que haja engajamento entre os atores (FLEURY; OUVÉRY, 2012).

A participação de membros externos à CIR é ponto chave alcançar resultados efetivos. A saúde impacta transversalmente vários contextos sociais, sobretudo, o econômico. Entender os mecanismos que se relacionam com a saúde traz mais maturidade para o grupo que compõem a CIR.

Há também os aspectos relacionados as instituições maiores, aos marcos institucionais ou reguladores da política de saúde, que devem ter seus resultados de referências valorativos desenvolvidos, reproduzidos e transformados. Visa-se fixar futuros referenciais para a organização da política de saúde, como também para ações dos atores e para disposição da estrutura de provisão de bens e serviços (FLEURY; OUVÉRY, 2012).

Assim, no SUS, espaços para a tomada de decisão articuladas entre os entes federados vêm sendo institucionalizados. Por exemplo, a CIT, no âmbito nacional, e CIB, no âmbito estadual, ambas implantadas a partir da NOB 01/93 (CARVALHO; MARTIN; CORDONI JUNIOR, 2001; ABRUCIO, 2005). Nesse aspecto é basilar para CIR acompanhar a agenda da CIB e CIT, e assim aproximar os debates para potencializar o acesso as janelas de oportunidades dentro das políticas públicas de saúde.

O último aspecto que os autores apresentam está relacionado a formação de referenciais éticos, de justiça e igualdade, assim como, referências sobre a natureza humana com bases em evidências científicas. Tudo isso relacionada a ideias de organização política, social e de elementos culturais. É necessário perceber que a política de saúde impulsiona processos de apropriação, redefinição e produção de significados sociais (FLEURY; OUVÉNEY, 2012).

Com base nos aspectos colocados por Fleury e Ouverney (2012), percebe-se que todos apontam para três grandes eixos principais para o avanço dos resultados da política pública, são elas o conhecimento técnico de gestão, a atividade política, e por fim, e mais complexa de se alcançar a cooperação entre os agentes públicos envolvidos em todo o processo.

**QUADRO 2:** Categorias para Análise das Políticas Públicas

CATEGORIAS	EIXOS RELACIONADOS
Definição de objetivos e finalidades	(1) Técnica em Gestão Pública – (2) Atividade Política – (3) Colaboração entre Atores
Planos, instrumentos e técnicas	
Papéis políticos e econômicos	
Construção de arenas, canais e rotinas	
Outros projetos sociais paralelos	
Marcos institucionais ou reguladores da política de saúde	
Referenciais éticos, de justiça e igualdade (natureza humana)	

Fonte: Adaptado de Fleury e Ouverney (2012).

O eixo Colaboração entre Atores é responsável em conectar e promover sinergia entre os interessados no processo. Ela é condição necessária para que a política pública possa se materializar no mundo real e impactar socialmente potencializando as oportunidades existentes no processo.

Na CIR é fundamental que coexistam os elementos; técnico de gestão pública, atividade política e, sobretudo, a colaboração entre seus agentes públicos. Promover a cooperação nesse fórum de decisão aponta para o cumprimento do papel da CIR seguindo a diretriz do modelo federalista e a proposta da regionalização.

#### 2.4 ESTUDOS DA COMISSÃO INTERGESTORES REGIONAIS NA ACADÊMIA: revisão de literatura

Para verificar, de modo geral e breve, a produção de pesquisas na área, consultou-se em maio de 2018 as publicações disponibilizadas na Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD) e no Banco de Teses e Dissertações, da Coordenação de Aperfeiçoamento

de Pessoal de Nível Superior (CAPES), utilizando a expressão “Comissão intergestores regional” em ambas as plataformas digitais, mas com filtro “título” apenas na BDTD, cujos resultados estão dispostos no Quadro 3 e Quadro 4:

**QUADRO 3:** Consulta ao BDTD sobre CIR

Autor(a)	Título	Ano	Instituição/Local	Área do Programa	Documento
Rosélia Maria Soares Mesquista	Consensos da Comissão Intergestores Regional para a organização do sistema regional de saúde	2011	Universidade de Fortaleza	Saúde Coletiva	Dissertação
Maurício Massayuki Nambu	Assistência farmacêutica básica em uma comissão intergestores regional do estado de São Paulo sob o olhar da investigação, da ação e da pesquisa	2014	Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Odontologia de Piracicaba	Odontologia em Saúde Coletiva	Tese
Wilames Freire Bezerra	Comissão Intergestora Regional de Brejo Santo - Ceará : forças políticas e interesses envolvidos na governança	2016	Universidade de Brasília	Mestrado em Saúde Coletiva	Dissertação

Fonte: Dados de pesquisa (BDTD, 2018)

**QUADRO 4:** Consulta ao Banco de Teses e Dissertações da CAPES

Autor(a)	Título	Ano	Instituição/Local	Área do Programa	Documento
Ana Gleisa Cargnelutti	Compreendendo o processo de regionalização na região 29 - Vales e montanhas do Rio Grande do Sul	2016	Universidade Federal do Rio Grande do Sul	Mestrado em Saúde Coletiva	Dissertação
Wilames Freire Bezerra	Comissão Intergestora Regional de Brejo Santo - Ceará : forças políticas e interesses envolvidos na governança	2016	Universidade de Brasília	Mestrado Profissional em Saúde Coletiva	Dissertação
Flávia Andréa Belarmino de Medeiros	Integração Ensino-Serviço na formação de técnicos em análises clínicas realizada pela escola técnica do SUS/RN: um estudo sobre o estágio curricular a partir da visão dos sujeitos institucionais envolvidos	2016	Fundação Oswaldo Cruz	Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde	Dissertação
Aurelice Cristina de Almeida Alves Carneiro	Avaliação do Processo de Implementação da Rede Cegonha na Região de Saúde São Luís-MA	2016	Instituição de Ensino: CEUMA - ASSOC.ENSINO SUPERIOR - MANTENEDORA	Mestrado Profissional em Gestão de Programas e Serviços de Saúde	Dissertação
Jonas Carlos Berquo de Alarção	Fortalecimento da ouvidoria do SUS a partir da comissão intergestora regional-experiência na região de saúde Rio Vermelho- Goiás	2014	Universidade Federal de Goiás	Mestrado Profissional em Saúde Coletiva	Dissertação
Gisela da Costa Mascarenhas	Decreto 7.508/11: Implantando dispositivos - Estudo de caso da Região de Saúde de Sobral-Ceará	2014	Universidade de Brasília	Mestrado Profissional em Saúde Coletiva	Dissertação

Fonte: Dados de pesquisa (CAPES, 2018).

Observa-se que os resultados do levantamento das dissertações e teses, apresenta um baixo número de pesquisas sobre o tema CIR, sobretudo, o número de estudos realizados em

Programas de Pós-Graduação inseridos no Campo de Públicas<sup>5</sup>, que não aparece nenhum trabalho, havendo a predominância dos estudos realizados na área da saúde coletiva.

O resultado aponta para a necessidade de avançar nas pesquisas sobre as CIRs, verificando os seus resultados gerais e, também, sobre o foco na colaboração que está na ordem pública ou gestão pública. Esses estudos podem identificar e verificar os desafios e as perspectivas do modelo de gerenciamento proposto pelo Decreto nº. 7508/11 e, bem como, seu impacto nos resultados do SUS no âmbito das Regiões de saúde.

Deste modo, o caráter multidisciplinar da área de saúde permite que a pesquisa proposta possa contribuir academicamente aos estudos, até então, produzidos nos Programas de Pós-Graduação das áreas de conhecimento da Saúde.

---

<sup>5</sup> Campo multidisciplinar que envolve cursos de Graduação e Pós-Graduação em Administração Pública Gestão Pública, Gestão de Políticas Públicas, Gestão Social, Políticas Públicas e áreas afins.

### 3 O MODELO DE GOVERNANÇA COLABORATIVA

O modelo de Governança Colaborativa foi essencial para que os objetivos propostos nesse trabalho fossem atingidos, pois foi utilizado o conceito e o modelo de análise da com base nos estudos de Ansell e Gash (2008) que, através de uma meta-análise com 137 estudos de caso com uma estratégia de aproximação sucessiva na literatura sobre governança colaborativa e, sucessivamente, testando esta linguagem contra casos adicionais. Sendo assim, reuniram qualidades avaliativas de um estudo quase experimental e elaboraram um modelo explicativo e analítico.

O modelo definido pelos autores identificou duas categorias que influenciam nos resultados da governança colaborativa: (1) variáveis críticas composta por: História prévia de conflito ou cooperação, incentivos para participação, desequilíbrios de poder, liderança e desenho institucional. Assim como, (2) os fatores cruciais: diálogo face-a-face, construção de confiança e desenvolvimento de compromisso e visão compartilhada. A combinação das variáveis críticas e dos fatores cruciais serviu de suporte para a análise e explicação do fenômeno da colaboração na CIR da 1ª da Região de saúde da Paraíba.

**QUADRO 5:** Modelo de Governança Colaborativa

<b>MODELO GERAL DE GOVERNANÇA COLABORATIVA</b>	<b>VARIÁVEIS CRÍTICAS</b>	História prévia de conflito e cooperação
		Incentivos para participação
		Desequilíbrios de poder
		Liderança
		Desenho institucional
	<b>FATORES CRUCIAIS</b>	Diálogo face-a-face
		Construção de confiança
		Desenvolvimento de compromisso
		Visão compartilhada

Fonte: Adaptado de Ansell e Gash (2008).

No tocante ao modelo de Governança Colaborativa de Ansell e Gash (2008), pode-se afirmar que representam um arranjo de governo, em que um ou mais órgãos públicos se envolvem com instituições não estatais, como partes interessadas num processo de tomada de decisão coletiva formal, de consenso orientado, deliberativo e que tem como objetivo fazer ou implementar políticas públicas ou gerenciamento pública de programas ou ativos.

Para Bretas Júnior e Shimizu (2017), a definição de governança colaborativa apresentada pelos autores destaca seis aspectos relevantes: (1) fórum é iniciado por órgãos

públicos, (2) os participantes no fórum incluem atores não estatais, (3) os participantes se envolvem na tomada de decisão e não são apenas consultados por órgãos públicos, (4) fórum está organizado formalmente e funciona coletivamente, (5) fórum tem como objetivo tomar decisões por consenso e (6) foco da colaboração está na ordem pública ou gestão pública.

Bretas Júnior e Shimizu (2017), acrescentam que essa definição permite algumas observações sobre a governança nas regiões de saúde ao destacar que a legislação do SUS traz a figura do Conselho de Saúde em cada esfera de governo, nesse espaço além dos usuários, trabalhadores da saúde e do setor privado participam. Entretanto não se pode atribuir as reuniões dos Conselhos de Saúde o papel da governança, pois estaria assim atribuindo aos mesmos o papel de implementador das políticas públicas de saúde.

No SUS é papel dos gestores pactuar responsabilidades pelos modelos de gestão, atenção e de financiamento. E tem como regra básica a aprovação pelo Conselho do Plano de Saúde, devendo está contido todas as ações incluindo essas responsabilidades pactuadas. Quando se observa as regiões de saúde brasileiras, especificamente a CIR verifica-se que apenas gestores públicos apoiados de técnicos e convidados participam. Por sua vez, a CIR é deliberativa e toma suas decisões por consenso sendo organizada formalmente por meio de publicação de homologação de criação e regimento interno funcionando sem hierarquia.

O modelo proposto por Ansell e Gash (2008) sugere um caminho para compreender variáveis que podem impactar nos resultados das atividades desenvolvidas por CIR. Sendo assim, torna-se possível pensar estratégias para abrandar ou até eliminar tais embaraços de atuação dos agentes públicos na CIR, contribuindo assim para o desenvolvimento do SUS como um todo.

Portanto, o modelo de governança colaborativa abordado por Ansell e Gash (2008) serviu de norte na verificação empírica das reuniões dos agentes públicos nos trabalhos da CIR. E, assim, contribuir para que fosse possível identificar entraves e oportunidades da proposta indicada no Decreto n.7508/2011 para a CIR no SUS. Pois, a regionalização pode ser compreendida como sendo um processo que ocorre por meio da afetação política na delegação do poder local, representando um desafio que vem instigando pesquisas objetivando entender o fenômeno da governança em prol da “articulação e cooperação entre os atores sociais e políticos e a construção de novos arranjos institucionais” (SHIMIZU, 2013, p. 135).

O modelo de governança colaborativa, tal como foi apresentado por Ansell e Gash (2008), enfatiza as falhas de modelos de governança comumente observadas em muitas experiências em fóruns deliberativos com essa temática que foram objetos de estudo desses dois autores. Nesse aspecto Shimizu (2017), coloca que em resposta a essas falhas na implementação

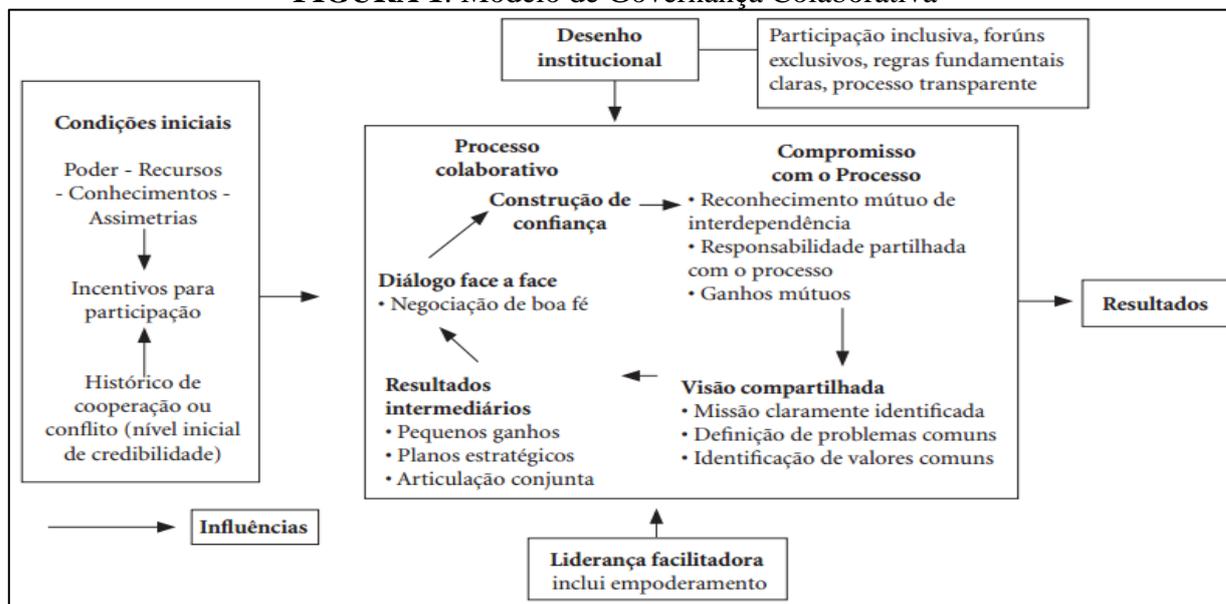
da governança, principalmente em função de altos custos e da politização em torno da regulamentação, surge a proposta de modelo denominada governança colaborativa. Corroborando com o cenário surgem, também, as tendências de colaboração como consequência da incapacidade institucional e do conhecimento adquirido, sugerindo que os gestores públicos possam receber contribuição nos trabalhos dos fóruns de decisão.

Sobre o conceito de governança regional pode-se entender como um sistema de regras que dá suporte a um contexto de relações que envolve gestores públicos e privados, nos quais indivíduos e instituições conseguem expressar seus próprios interesses, que são organizados segundo alguns objetivos comuns (negociados), resultando em conexões e redes entre esses mesmos atores e instituições (ALBUQUERQUE; MELLO; IOZZI, 2011, p. 128).

Mas, segundo Denhardt (2012), um dos acontecimentos mais importantes no campo da política pública nas últimas décadas foi a abertura do processo de elaboração para um conjunto de múltiplos interesses, organizações e agentes públicos. Ora, enquanto no passado o governo era o principal agente na implementação de política pública, atualmente há muito mais envolvidos e, por isso, faz cada vez mais sentido falar não somente em governo, mas também em governança.

Portanto para Denhardt (2012), o conceito de governança diz respeito ao processo de tomada de decisões numa sociedade, bem como remete aos modos operantes que cidadãos e grupos interagem em prol da coletividade e dos interesses/demandas da população. Por sua vez, de acordo com Ansell e Gash (2008), a busca do aperfeiçoamento dos modos gerenciais de elaboração e/ou implementação de políticas públicas fez surgir o formato gerencial de governança colaborativa, permitindo a união das partes públicas interessadas, como também de atores privados, no formato de colegiados para participarem do processo de tomada de decisão orientada ao consenso, ou seja, deve estar em comum acordo com os envolvidos.

Ansell e Gash (2008), apresenta seis critérios são colocados como importantes para uso do modelo da governança colaborativa são eles: (1) fórum é iniciado por agências públicas ou instituições, (2) atores não-estatais estão incluídos no fórum, (3) participantes estão diretamente ligados a tomada de decisões e não meramente consultados, (4) o fórum é formalmente organizado e se reúne coletivamente, (5) o fórum tem como objetivo tomar decisões por consenso, e (6) o foco na colaboração. Todos esses critérios se coadunam com o formato de trabalho da CIR no SUS. De acordo com os autores, para a existência de fórum de debates, os atores envolvidos devem estabelecer as variáveis, tais como: nível de confiança, baixo conflito e capital social. Essas variáveis são vistas como recursos e podem gerar responsabilidades entre os atores durante o processo de colaboração do colegiado.

**FIGURA 1: Modelo de Governança Colaborativa**

Fonte: Ansell e Gash (2008)

Por fim, para efeito da pesquisa foram utilizadas as seguintes variáveis do modelo elaborado por Ansell e Gash (2008) para investigar o fenômeno da colaboração na 1ª CIR do estado da Paraíba: • Condições iniciais - desequilíbrios de poder e recursos; incentivos à participação; Histórico de cooperação ou conflito. • Desenho institucional - Diálogo face a face e Construção de confiança; Desenvolvimento de compromisso; Visão compartilhada. • Liderança facilitadora.

As variáveis apresentadas serão verificadas empiricamente nas reuniões da 1ª CIR do estado da Paraíba. Essas evidências foram pesquisadas por meio da observação direta nas reuniões e realização de entrevistas semiestruturadas com alguns de seus participantes. Com base no Quadro 3, uma descrição sucinta de cada uma das variáveis críticas, e dos fatores cruciais serão apresentadas. Estas que serão verificadas empiricamente a partir de evidências na CIR da 1ª Região de Saúde da Paraíba para atingir os objetivos propostos da pesquisa.

De acordo com a Figura 1, percebe-se que há um grupo de variáveis que estão classificadas como condições iniciais para que aconteça o processo de colaborativo são elas: (a) história de cooperação e conflito, (b) incentivos para participação e (c) assimetrias de poder – recursos – conhecimentos. Na outra parte do modelo, processo colaborativo efetivo, estão relacionadas as seguintes variáveis: (1) Diálogo face-a-face; (2) Construção de confiança; (3) Compromisso com o processo; (4) Visão compartilhada; (5) Desenho institucional e (6)

Liderança facilitadora. A variável que Resultados intermediários apresentada na figura 1 não foi utilizada nessa pesquisa.

### 3.1 CONDIÇÕES INICIAIS

#### 3.1.1 Histórico de cooperação ou conflito

A literatura indica que a pré-história de antagonismo ou cooperação entre intervenientes é fator para dificultar ou facilitar a colaboração entre eles (ANDRANOVICH 1995; GREY 1989). Para Ansell e Gash (2008), quando as partes interessadas possuem forte vínculo de interdependência, ou um alto nível de conflito pode realmente criar um poderoso incentivo à governança colaborativa.

No aspecto relacionado a pré-história se for de conflito provavelmente apontará para baixos níveis de confiança, que por sua vez reflete em baixos níveis de compromisso, estratégias e comunicações desonestas. Ou seja, quando a pré-história é conflituosa gera um círculo vicioso de desconfiança prejudicando o início de um processo colaborativo (ANSELL; GASH, 2008).

Em relação ao alto conflito, não é necessariamente uma barreira para colaboração. Em muitos casos de colaboração de sucesso descritos na literatura, os *stakeholders* percebiam que eles não poderiam alcançar seus objetivos sem o envolvimento em um processo colaborativo com outras partes interessadas cujos interesses são muitas vezes opostos (ANSELL; GASH, 2008).

#### 3.1.2 Incentivos para participação

Essa variável é definida como uma variável crítica do modelo de Governança colaborativa e está relacionada, em parte, com as expectativas das partes interessadas em acreditar que os processos de colaboração produzem resultados significativos, particularmente devido aos esforços e disponibilização de tempo que o processo de colaboração exige (SCHNEIDER *et al.* 2003; WARNER, 2006).

Para Brown (2002), os incentivos para participação dos atores tendem a aumentam à medida que as partes interessadas percebem uma relação direta entre a sua participação em concreto, e tangível, com os resultados eficazes da política. Entretanto para Futrell (2003), esse incentivo à participação diminui se as partes interessadas percebem que sua entrada tem papel meramente consultivo ou em grande parte por regras institucionais.

Outro aspecto relevante apresentado por Ansell e Gash (2008) é que os incentivos para participação são baixos quando as partes interessadas reconhecem que podem atingir seus objetivos unilateralmente, ou até mesmo, através de outros meios alternativos.

Khademian e Weber (1997), colocam que mesmo que tais partes interessadas decidam provisoriamente se envolver no processo colaborativo, eles podem levar suas reivindicações a um local alternativo caso se tornem insatisfeitos com o processo ou os seus resultados.

Em outra perspectiva percebe-se como implicações de interdependência podem ser contra intuitiva em alguns casos. Ou seja, antagonistas podem também serem altamente dependentes umas das outras e move-se em direção a uma colaboração bem-sucedida processo (IMPERIAL, 2005; YAFFEE; WONDOLLECK, 2003). Como exemplo Reilly (2001), descreve o combate ao terrorismo que mantém interessados rivais na mesa de negociação para colaborarem para um objetivo em comum, ou seja, evitam maiores problemas caso não estivessem envolvidos.

Portanto, os incentivos para participar são muitas vezes moldados pela "sombra do estado", tais como ameaças de regulação ou tribunal (BENTRUP 2001; BROWN 2002). E, por fim, a última variável apresentada dentro do grupo das de condições iniciais.

### **3.1.3 Desequilíbrios de poder e recursos**

Os desequilíbrios de poder entre as partes interessadas é um desafio normalmente notado em termos de governança colaborativa (GRAY 1989; WARNER 2006).

Para Ansell e Gash (2008), quando algumas das partes interessadas não têm a capacidade de organização, status ou recursos para participar, no mínimo a pé de igualdade com outras partes interessadas, o processo de governança colaborativa tendem a ser propenso a manipulação pelos atores mais fortes. Para Gray (1989) e Warner (2006), essas assimetrias geram desconfiança ou fraco compromisso entre os interessados.

## 3.2 PROCESSO COLABORATIVO

### 3.2.1 Desenho institucional

O Desenho institucional está relacionado aos protocolos básicos e regras básicas para a colaboração, que são fundamentais para a legitimidade do processo colaborativo. O acesso ao próprio processo colaborativo é talvez o problema de desenho mais fundamental. Quem deve ser incluído? Não é nenhuma surpresa ao descobrir que a literatura sobre governança colaborativa enfatiza que o processo deve ser aberto e inclusivo (MARGERUM, 2002).

O desenho institucional define as condições basilares que devem ser apresentadas no colegiado para a colaboração e está relacionada aos aspectos legais, cuja liderança oferece mediação e facilitação, representando os elementos essenciais ao processo de colaboração. As variáveis que estão no núcleo do modelo do processo colaborativo são representadas por condições iniciais, variáveis de liderança e design institucional. O modelo tem quatro variáveis amplas: (a) condições iniciais, (b) design institucional e (c) liderança, que são essenciais à noção de processo colaborativo.

O direcionamento para ampla inclusão não é apenas reflexo da ideia de participação cooperativo e de governança colaborativa. Ele traz no seu centro o contexto da legitimação com base na promoção de oportunidade para as partes interessadas poderem deliberar com os outros sobre os resultados das políticas e a afirmação de que o resultado da política representa um consenso de base ampla. A representação fraca e não inclusiva sugere minar a legitimidade de resultados de colaboração (BEIERLE; KONISKY, 2001; GEOGHEGAN; RENARD, 2002).

Nesse sentido, entende-se que o formato da CIR não contempla efetivamente esse quesito colocado pelos autores. Isso porque apenas os agentes dos governos que fazem parte da comissão e não há representantes da sociedade e das instituições de atendimento médicos que completaria os principais interessados nas tomadas de decisões para solucionar os problemas e/ou demandas públicas.

Dentro dessa etapa do processo temos as seguintes variáveis que serão descritas na seguinte sequência conforme pesquisas de Ansell e Gash (2008): diálogo face-a-face, construção de confiança, desenvolvimento de compromisso e visão compartilhada.

### **3.2.2 Diálogo face a face e construção de confiança**

O processo de governança colaborativa tem como base o diálogo face-a-face entre as partes interessadas. Como o processo dos fóruns são orientados para o consenso o elemento comunicação direta é necessário para as partes interessadas para identificar oportunidades de ganho mútuo. O diálogo passa a ser mais do que simplesmente um momento de negociação, mas o cerne do processo de quebra de estereótipos e outras barreiras à comunicação que impedem a exploração de ganhos mútuos (BENTRUP, 2001).

Além disso, a literatura aponta que o processo colaborativo não é apenas sobre negociação, mas também sobre construção de confiança entre as partes interessadas (GLASBERGEN; DRIESSEN, 2005). Portanto, verifica-se que o diálogo passa a ser um elemento chave para o desenvolvimento dessas características dentro do contexto de colaboração entre diversos atores.

### **3.2.3 Desenvolvimento de compromisso**

A terminologia usada varia um pouco na literatura, mas estudos de caso sugerem esse nível de compromisso com a colaboração das partes interessadas é uma variável crítica em explica o sucesso ou fracasso do processo (GUNTON; DAY, 2003).

Yaffee e Wondolleck (2003), ao verificar o compromisso fraco de agências públicas para a colaboração, em particular ao nível de sede, é frequentemente visto como um determinado problema. O desenvolvimento de compromisso está intimamente relacionado com a motivação original para participar da governança colaborativa. Porém, os interessados podem querer participar, a fim de certificar-se de sua perspectiva não é negligenciada, ou para assegurar a legitimidade para a sua posição ou para cumprir uma obrigação legal, etc. Por sua vez, o compromisso com o processo pode significar o desenvolvimento de uma crença que uma boa negociação é a melhor maneira para ganhos mútuos para conseguir uma política desejável de resultados (BURGER et al., 2001).

### **3.2.4 Visão compartilhada**

O entendimento compartilhado também pode significar acordo em relação a um conhecimento relevante e necessário para resolver um problema. O desenvolvimento da

compreensão compartilhada pode ser entendido como parte de um processo de aprendizagem colaborativa (DANIELS; WALKER, 2001).

Para Ansell e Gash (2008), a definição de Governança colaborativa é: “um acordo de gestão governamental em que uma ou mais agências públicas envolvendo diretamente o Estado, atores não-estatais e partes interessadas em um processo coletivo de tomada de decisão formal, orientado para o consenso e deliberativo visa fazer ou implementar políticas públicas ou gerenciar programas público ou ativos.”

Segundo o modelo de Governança Colaborativa de Ansell e Gash (2008), além do desenho institucional, também é vidência a liderança facilitadora, por considerarem como sendo um elemento que influencia o processo colaboração entre gestores.

### **3.2.5 Liderança facilitadora**

É um fator crítico na classificada de modelo, Liderança facilitadora é bastante vista como elemento relevante para promover a colaboração, pois tem como papel, além de trazer as partes interessadas para a negociação, orientá-los mitigando os possíveis entraves que surjam no processo colaborativo (BURGER *et al.*, 2001; SMITH, 1998).

Várias são as situações em que a cooperação é a melhor opção para solucionar problemas e avançar com benefícios mútuos aos seus participantes. Vieira (2018), diz que vários problemas públicos é consequência da falta de capacidade de liderança dos gestores públicos. Uma limitação que bloqueia a capacidade para superação dos conflitos ao não permitir que os envolvidos percebam que a cooperação pode levar todos a uma situação social melhor.

No entanto as negociações podem ocorrer "sem ajuda", por vezes, a literatura sobre o tema traz que liderança facilitadora é importante para reunir as partes interessadas e conduzi-las a empenhar-se num espírito de colaboração (CHRISLIP; LARSON, 1994; OZAWA 1993).

Susskind e Cruikshank (1987), ao descreverem formas de "negociação assistida" sugerem algumas técnicas de mediação. Essas técnicas têm características cada vez mais intervencionista, isso quando as partes interessadas são incapazes de sozinhas promoverem a colaboração diretamente.

Para Chrislip e Larson (1994, p. 125) ao descreverem o papel do líder colaborativo, apontam para fazer uma analogia como o papel de um mordomo do processo (transformadora, servo ou facilitador da liderança) cujo estilo de liderança "caracteriza-se por seu foco na promoção e salvaguarda do processo, contrários à ideia de líderes individuais que tomam uma ação decisiva.”

Ansell e Gash 2008, chegam as seguintes conclusões lógicas com base no exposto: Onde conflito é alto e confiança é baixo, mas a distribuição de energia é relativamente igual as partes interessadas têm um incentivo para participarem, então governança colaborativa pode ter sucesso e continuar contando com os serviços de um intermediário honesto que as respectivas partes interessadas aceitarem e confiarem. Este mediador honesto pode ser um mediador profissional.

Tal mediador com perfil honesto também será capaz de desenvolver a confiança durante o processo colaborativo por estar no nível considerado acima da batalha dos fóruns e por manter a integridade e transparência do processo colaborativo.

Contudo, a distribuição de energia sendo mais assimétrica ou se os incentivos para participar são fracos ou assimétrica. Poderá haver uma governança colaborativa mais propensa a ter sucesso caso haja um forte “Líder Orgânico” que comanda o respeito e a confiança das diversas partes interessadas no início do processo. “Líderes Orgânicos” são líderes que emergem dentro da comunidade de interessados. Contudo a disponibilidade de tais líderes é provável que seja altamente contingente das circunstâncias do contexto local.

Nesse contexto, fora descrita as principais características que influênciam a efetividade da governança colaborativa. Essas variáveis serão as lentes dessa pesquisa que por meio da observação direta e entrevista semiestruturada buscou evidências do modelo de Governança Colaborativa desenvolvido por Ansell e Gash (2008).

## 4 ASPECTOS METODOLÓGICOS

### 4.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

Esse estudo pode ser caracterizado como sendo uma pesquisa de caráter qualitativo, básico, descritivo e exploratório (MERRIAM, 2009), ocorrendo por meio de uma pesquisa bibliográfica e amparada por uma pesquisa documental (FONSECA, 2002).

Cabe destacar que a realização de uma revisão de literatura foi essencial para fundamentar o arcabouço conceitual apresentado no decorrer dessa dissertação, cuja temática diz respeito à governança pública nas regiões de saúde, tendo como ambiente de pesquisa a CIR da 1ª Região de Saúde da Paraíba. O estudo possui uma abordagem qualitativa, em virtude de ser conceituado como sendo um processo sistematicamente racional, visando elaborar respostas à problemática. “A pesquisa desenvolve-se por um processo constituído de varias fases, desde a formulação do problema até a apresentação e discussão dos resultados” (GIL, 2007, p. 17).

Fez-se necessário à aplicação do questionário semiestruturado com os agentes públicos das secretarias de saúde dos municípios da 1ª Região de saúde da Paraíba, ou seja, os secretários e técnicos de saúde da gestão atual. O estudo analisou, também, fatos e documentos relacionados às reuniões da CIR no estado da Paraíba, que alcança a ano de 2015 que foi a data de instituição do Estatuto do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde da Paraíba (COSEMS-PB) de 02 de março de 2015. E, por fim, as observações diretas das reuniões da CIR, apoiadas por um roteiro que verificava evidências relacionadas às variáveis do modelo geral de Governança Colaborativa de Ansell e Gash (2008).

No tocante à singularidade entre as pesquisas bibliográfica e documental, vale evidenciar que ambas trilham os mesmos caminhos metodológicos. A pesquisa bibliográfica utiliza fontes secundárias constituídas por material previamente elaborado, constituído basicamente por livros e artigos científicos localizados em bibliotecas, inclusive digitais. A pesquisa documental, por sua vez, recorre a fontes primárias mais diversificadas e dispersas, sem tratamento analítico, tais como: tabelas estatísticas, jornais, revistas, relatórios, documentos oficiais, cartas, filmes, fotografias, pinturas, tapeçarias, relatórios de empresas, vídeos de programas de televisão, etc. (FONSECA, 2002)

Ora, fez-se necessário realizar um levantamento bibliográfico por meio de livros e artigos científicos disponibilizados na internet, da literatura acadêmica tornada pública em relação ao tema de estudo. Baseando-se em autores que discutem sobre as políticas públicas de saúde, com ênfase na qualidade e eficácia da gestão. No tocante aos instrumentos de construção

de dados, utilizou-se um roteiro à observação direta (Apêndice B) e a aplicação de um questionário semiestruturado com o universo desse estudo (Apêndice A).

Vale destacar que esse estudo foi delineado a partir da lógica do método indutivo, em virtude de características particulares fundamentarem argumentos construtivos com aspectos gerais (GIL, 2007), ou seja, a governança pública na CIR da 1ª Região de Saúde da Paraíba tem robustez para ser replicada em outras comissões com a mesma temática.

Quanto aos objetivos, esse estudo assume contornos de cunho exploratório, de natureza descritiva. Na perspectiva de Gil (2007), a pesquisa descritiva é geralmente utilizada na educação e nas ciências comportamentais, tratando-se de estudos de status, sendo mais comum o uso de questionário e a observação direta. Contudo, para a concretização desta dissertação.

Para Gil (2007) a pesquisa exploratória tem como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a construir hipóteses. A grande maioria dessas pesquisas envolve: (a) levantamento bibliográfico; (b) entrevistas com pessoas que tiveram experiências práticas com o problema pesquisado; e (c) análise de exemplos que estimulem a compreensão.

#### 4.2 LOCAL DA PESQUISA

O pesquisador selecionou o estado da Paraíba como unidade analítica com base nos resultados da pesquisa denominada “*Avaliação Nacional das Comissões Intergestores Bipartites (CIBs): as CIBs e os modelos de indução da regionalização do SUS*” que avaliou e classificou as regiões de saúde no contexto nacional. Nessa pesquisa foram categorizadas as regiões de saúde do Brasil conforme seus níveis de governança e institucionalidade conforme apresentados no Quadro 6, mas não classificou os estados do Maranhão e Tocantins.

**QUADRO 6:** Classificação das regiões de saúde nos estados

		INSTITUCIONALIDADE		
		Avançada	Intermediária	Incipiente
GOVERNANÇ A	Coordenada/Cooperativa	SP; MG; SE; PR; MT	ES; RS; MS	---
	Cooperativa	---	AC; PI; RN; SC	AP
	Coordenada/Conflitiva	---	RO;PE	----
	Conflitiva	---		AL
	Indefinida	---	PA;BA;RJ;GO	AM; RR; PB

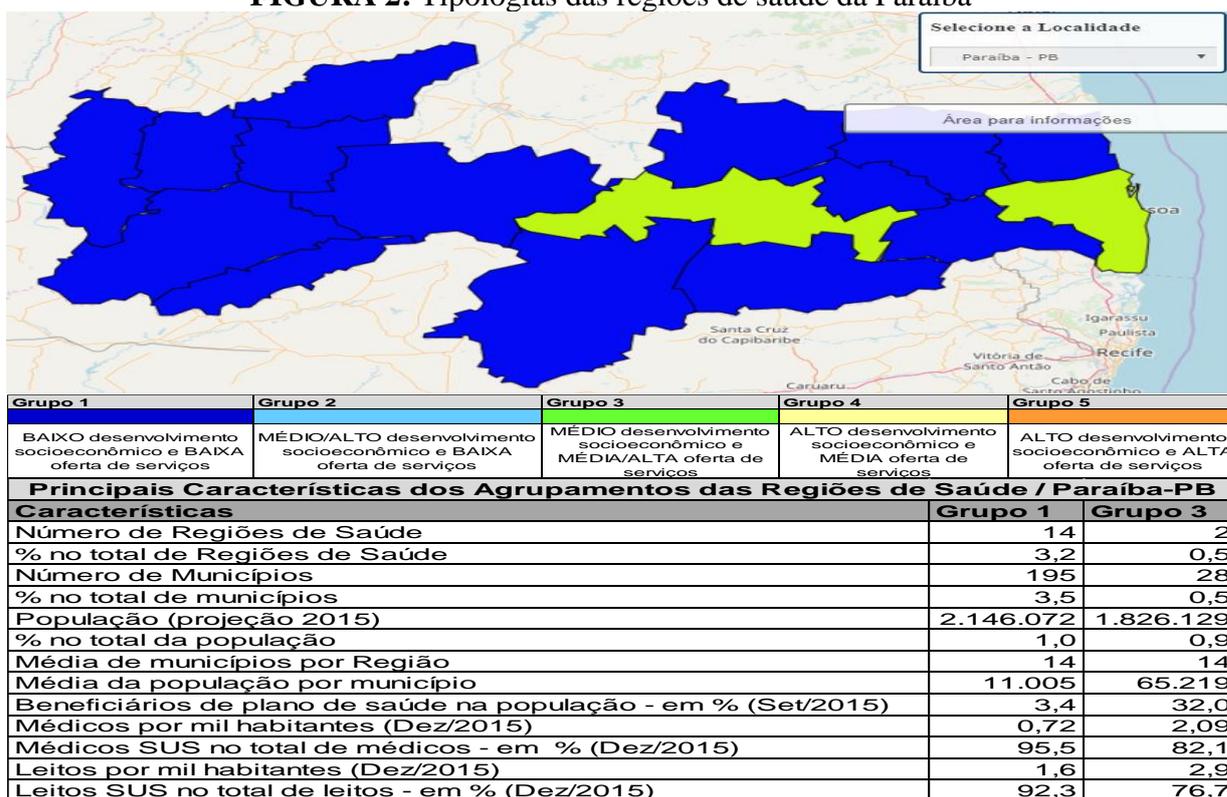
Fonte: Adaptado de Albuquerque; Mello; Iozzi (2011).

O nível de governança para o estado da Paraíba foi classificado como indefinida e o de institucionalidade foi incipiente, sendo o estado do Nordeste que apresentou os resultados mais

fragilizados. Os resultados da pesquisa foram trabalhos com dados de 2010, ou seja, antes do Decreto n. 7805/11 que trouxe a CIR como elemento atuante na governança das regiões de saúde. Ainda tomando como base a pesquisa de Viana et al (2015), intitulada de *Avaliação Nacional das Comissões Intergestores Bipartites (CIBs): as CIBs e os modelos de indução da regionalização do SUS*, cabe evidenciar que apresenta um outro resultado que classificou com base nas categorias: (i) desenvolvimento socioeconômico, e (ii) oferta de serviços de saúde. Por sua vez, utilizando uma escala: baixo, médio e alto para ambas as categorias. Analisou as 16 regiões de saúde que existem no estado da Paraíba, classificando-as em 5 grupos.

Portanto, das 16 regiões de saúde que compõem o estado da Paraíba, 14 estão no grupo 1, enquanto 02 regiões estão classificadas no grupo 3 (Figura 2). O resultado aponta para um cenário preocupante em relação às regiões de saúde no estado da Paraíba, sobretudo, em relação às capacidades de governança que se alinha com o resultado apresentado no Quadro 6.

**FIGURA 2:** Tipologias das regiões de saúde da Paraíba



Fonte: Adaptado da Pesquisa Nacional da Avaliação das CIBs. Disponível em: <[http://www.resbr.net.br/indicadores/view/index.php?uf=25&indicador=grupo\\_socio](http://www.resbr.net.br/indicadores/view/index.php?uf=25&indicador=grupo_socio)> Acesso em 15 de mai. de 2017.

As duas regiões de saúde que foram classificadas no grupo 3 são, respectivamente: 1ª Região – Comissão Intergestores Mata Atlântica (14 municípios) e 16ª Região – Comissão Intergestores Renascer do Brejo (14 municípios). Nesse sentido, optou-se por pesquisar a CIR da 1ª Região utilizando como critério a região que possui maior número de habitantes.

A CIR selecionada para a pesquisa foi a do estado da Paraíba da 1ª Região de saúde – denominada de Comissão Intergestores Mata Atlântica, sendo composta por 14 municípios.

**FIGURA 3:** Mapa da CIR 1ª Região de saúde da Paraíba - Mata Atlântica

MUNICÍPIO	POPULAÇÃO
Alhandra	18.324
Bayeux	100.543
Caaporã	20.653
Cabedelo	60.226
Conde	22.154
Cruz do Espírito Santo	16.317
João Pessoa	742.478
Lucena	12.029
Mari	21.254
Pitimbu	17.492
Riachão do Poço	4.235
Santa Rita	121.994
Sapé	50.565
Sobrado	7.447



Fonte: Conselho de Secretarias Municipais de Saúde da Paraíba (COSEMS-PB, 2018)

#### 4.3 UNIVERSO E SUJEITOS PARTICIPANTES

Em virtude de esse estudo ser aplicado na CIR da 1ª Região de saúde da Paraíba, o universo dessa pesquisa pode ser delimitado em função do quantitativo de integrantes, ou seja, 28 sujeitos. Cabe destacar que costuma ser subdividida em dois grupos: os secretários de saúde dos 14 municípios; 14 técnicos das secretarias municipais de saúde.

Mas, para efeito de pesquisa, cinco sujeitos participaram desse estudo respondendo ao questionário semiestruturado, sendo um secretário de saúde municipal e quatro técnicos integrantes da comissão. Destarte, a pesquisa conseguiu os dados necessários para realizar para responder à questão de pesquisa norteadora desse estudo.

Portanto, cabe enfatizar que, segundo Appolinário (2014), o universo de uma pesquisa com natureza teórico-empírica, diz respeito a um grupo de pessoas, objetos e eventos que possuem um conjunto de características comuns que o definem. Enfim, remetem à totalidade de pessoas, objetos ou eventos que podem ser objeto de estudo.

Para uma melhor visualização dos aspectos inerentes aos sujeitos participantes dessa pesquisa, elaborou-se o Quadro 7:

**QUADRO 7:** Dados relativos aos sujeitos participantes

AGENTE PÚBLICO	GÊNERO	FAIXA ETÁRIA	ÁREA DE FORMAÇÃO	TEMPO NA CIR
1	Feminino	61-70	HUMANAS	15 MESES
2	Feminino	51-60	SAÚDE	16 MESES
3	Feminino	41-50	SAÚDE	13 MESES
4	Feminino	31-40	SAÚDE	6 MESES
5	Feminino	20-30	INFORMAÇÃO	5 MESES

Fonte: Dados de pesquisa, 2018.

Mas, por outro lado, no tocante aos sujeitos participantes, segundo Gil (2007), costuma ser definida como sendo um recorte do universo em potencial, objetivando embasar a construção da pesquisa e retratar a realidade específica, selecionados por meio de critérios de inclusão.

#### 4.3.1 Critérios de inclusão

Secretários de saúde e técnicos dos municípios integrantes da CIR da 1ª Região de Saúde da Paraíba, que aceitaram participar da pesquisa após assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), Apêndice C, e que responderam ao questionário enviado e compartilhado via internet, Apêndice A.

#### 4.4 INSTRUMENTOS DE COLETA DOS DADOS

Para efeito de pesquisa, fez-se relevante utilizar como instrumentos de construção de dados um roteiro à observação direta (Apêndice B) e a aplicação de um questionário semiestruturado (Apêndice A). No tocante ao processo de construção da pesquisa, fundamentou-se, principalmente, em dados primários apreendidos pela observação direta e aplicação do questionário semiestruturado com os sujeitos participantes da CIR em questão e, por sua vez, os dados secundários, através de documentos relacionados ao contexto de gestão da CIR, tal como o seu regimento, estatuto e outros documentos relevantes.

Em relação à aplicação do questionário vale destacar que cinco sujeitos reponderam entre os dias 25 de junho e 06 de julho de 2018, enquanto que a observação direta das quatro reuniões da CIR pesquisada foi executada entre 13 de março e 20 de junho de 2018 (Quadro 8).

#### 4.4.1 Questionário semiestruturado

Com base nas variáveis do modelo geral de governança colaborativa de Ansell e Gash (2008), foi elaborado o questionário semiestruturado (Apêndice A) com perguntas objetivas com escala e perguntas abertas, sendo enviado por *e-mail* para os agentes que fazem parte do universo da pesquisa, objetivando que fosse respondido *on-line*, por meio da ferramenta disponível no *Google (Google forms)* e dado um prazo de duas semanas para que pudessem respondê-los.

No tocante às perguntas sobre a CIR da 1ª Região de Saúde da Paraíba, a análise das variáveis do modelo de governança colaborativa evidenciou os seguintes aspectos: **Variáveis críticas** - História prévia de conflito ou cooperação; Incentivos para participação; Desequilíbrios de poder; Liderança e desenho institucional. **Fatores Cruciais** - Diálogo face a face; Construção de confiança; Desenvolvimento de compromisso; Visão compartilhada.

A partir dos objetivos almejados para essa pesquisa foram analisadas, conjuntamente, as observações diretas, questionário semiestruturado e documentos e apresentados os resultados de cada uma dessas categorias com bases nas evidências e dados.

#### 4.4.2 Observação direta

Essa técnica de coleta de dados utiliza os sentidos para compreender determinados aspectos da realidade observada na pesquisa. Não consiste apenas no ver e ouvir, mas também em examinar fatos ou fenômenos que se desejam analisar com mais detalhes. Permite identificar e obter evidências a respeito de situações sobre as quais os indivíduos não têm consciência, mas que orientam seu comportamento (MARCONI; LAKATOS, 1990).

A estratégia no uso da observação direta no estudo permite que o pesquisador tenha um prévio conhecimento dos contextos existentes na comissão: (a) permite melhor analisar as perguntas, sobretudo as abertas, do questionário aplicado com maior propriedade. E verifica os fenômenos da pesquisa num contexto real. (b) restringe alguma resposta muito fora da realidade da comissão, pois os respondentes reconhecem que o pesquisador vivenciou por um tempo a situação pesquisada. Considerando que os fenômenos analisados na pesquisa não foram puramente históricos, algumas situações ambientais e sociais relevantes podem ser observadas.

O tipo de observação utilizada nessa pesquisa é classificado como formal, pois analisou apenas os contextos das reuniões da CIR não se detendo aos aspectos informais. A pesquisa

observacional foi realizada no período de março a junho de 2018 totalizando o total de quatro reuniões sendo que uma delas não ocorreu por falta de quórum.

No tocante às reuniões da CIR, vale destacar que ocorrem em dois formatos definidos como: câmara técnica e ordinária. Nas reuniões participam os profissionais técnicos de saúde, não há exigência para a participação dos secretários, pois a proposta dessa reunião é debater e alinhar os encaminhamentos para serem pactuados e negociados no segundo formato que é a reunião ordinária. Nessa última, é fundamental a presença dos secretários de saúde, porque serão pactuados e negociados os pontos que foram trabalhados na câmara técnica.

As Regiões 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. As regiões serão instituídas pelo Estado, em articulação com os Municípios, respeitadas as diretrizes gerais pactuadas na CIT (BRASIL, 2011)

As quatro reuniões que foram observadas tiveram como instrumento de apoio um roteiro elaborado pelo pesquisador com base no modelo de governança colaborativa de Ansell e Gash (2008). Além disso, foi inserido um campo final extra para registros complementares de aspectos externo aos modelos, mas que sugeriam está dentro do contexto de governança colaborativa.

Nesse sentido, a pesquisa foi composta pela participação, em função da observação direta, de pelo menos duas reuniões de cada região, conforme cronograma oficial, resultando um total de quatro reuniões no mínimo, cujo período da observação foi de março a junho de 2018.

**QUADRO 8:** Reuniões da CIR pesquisada

<b>Registro de Reunião da CIR -1ª Região de Saúde da PB</b>		
<b>Data da Reunião</b>	<b>Tipo de Reunião</b>	<b>Status</b>
13/03/2018	Câmara Técnica	Realizada
10/04/2018	Ordinária com secretários	Não houve por falta de quórum
15/05/2018	Câmara Técnica	Realizada
12/06/2018	Câmara Técnica	Realizada
20/06/2018	Ordinária com secretários	Apesar da falta de quórum (secretários) houve reunião por haver presença dos convidados (tema da reunião)

Fonte: dados de pesquisa, 2018.

#### 4.5 PERSPECTIVA DE ANÁLISE DE DADOS

Em relação à análise dos dados Alvesson e Skoldeberg (2000) colocam que deve haver um alto nível de concentração para a reflexão e interpretação dos dados, sobretudo, no momento em que os estão sendo coletando e após a coleta. Por sua vez, trazendo a consciência e limite da linguagem para gerar conhecimento partindo da realidade empírica. Para Flick (2004), diz que a interpretação dos dados é o cerne da pesquisa qualitativa.

Ainda nesse contexto, Strauss (1987) corrobora ao afirmar que a interpretação dos dados é a essência do procedimento empírico, que inclui métodos explícitos de coleta de dados. Além disso, a interpretação de textos tem promove o desenvolvimento de teorias, e serve ao mesmo tempo de apoio para a decisão sobre quais dados adicionais e complementares devem ser coletados.

A presente dissertação elegeu como estratégia de desenvolvimento uma metodologia predominantemente qualitativa do tipo básica. Indicadores quantitativos foram utilizados para dar suporte a descrição dos municípios e seleção da região de saúde estudada. Entende-se está a ser a metodologia mais adequada, para que pudessem extrair elementos e evidências que atendessem os objetivos da pesquisa.

A missão, portanto, foi coletar dados que pudessem dar base para compreender o fenômeno. Que por sua vez, atendesse ao modelo geral de governança colaborativa desenvolvidos por Ansell e Gash (2008), que foram apresentadas pelos autores por Bretas J. e Shimizu (2017) como sugestão de modelo para analisar as CIRs onde até então não possuíam estudos com esse foco.

#### 4.6 POSICIONAMENTO ÉTICO

Por se tratar de uma pesquisa envolvendo seres humanos, essa pesquisa pauta-se no posicionamento ético que atende à exigência proposta pelo Conselho Nacional de Saúde, através da resolução nº 466/12. Além do que a pesquisa foi realizada com a aprovação pelo Comitê Ético em Pesquisa (CEP) e o recebimento da Certidão provisória.

#### 4.7 RISCOS E BENEFÍCIOS

A Resolução 466/12 afirma que toda pesquisa com seres humanos envolve riscos os quais devem ser previstos e descritos no protocolo de pesquisa a ser avaliado pelo CEP e, em seu inciso II-22, determina que: “Risco da pesquisa: possibilidade de danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano, em qualquer fase de uma pesquisa e dela recorrente”. No caso dessa pesquisa que envolve seres humanos e usa o roteiro de entrevista, foram previstos riscos mínimos na participação dos sujeitos, desse modo, respeitando os preceitos éticos determinados pela resolução 466/12.

Os benefícios da pesquisa decorrem por meio da contribuição acadêmica desse estudo sobre a análise dos principais aspectos que povoam as políticas públicas de saúde, com ênfase no processo de governança e de colaboração entre agentes públicos que CIR, mais precisamente no perímetro que circunscreve a 1ª Região de saúde da Paraíba.

## 5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Nesse capítulo estão descritos e analisados os resultados obtidos, a partir do modelo de Governança Colaborativa de Ansell e Gash (2008), aliados aos dados construídos por meio dos instrumentos utilizados: questionário semiestruturado (Apêndice A) e a observação direta (Apêndice B). A apresentação dos resultados obtidos está dividida em três partes: a revisão de literatura sobre pesquisas relacionadas a CIR de saúde, a análise das condições iniciais à Governança Colaborativa e análise das variáveis e fatores do processo colaborativo.

### 5.1 ANÁLISE DAS CONDIÇÕES INICIAIS À GOVERNANÇA COLABORATIVA

A partir da Figura 1, percebe-se que a representação visual do modelo de Governança Colaborativa de Ansell e Gash (2008) está agrupada em quatro grandes variáveis: (1) condições iniciais, (2) desenho institucional, (3) liderança e (4) processo de colaboração. Desagregando a grande variável, condições iniciais, em variáveis de granulação mais fragmentadas, constata-se que estão subdivididas em: (a) história prévia (conflito ou cooperação), (b) incentivos para participação, e (c) desequilíbrio de poder.

A partir da construção dos dados através da observação direta das reuniões e aplicação do questionário semiestruturado com os agentes públicos de saúde da CIR da 1ª Região de saúde na Paraíba, obteve-se os seguintes resultados em relação ao grupo de variáveis que compõem a variável de condições iniciais, do modelo utilizado na pesquisa. No tocante às análises apresentadas, cabe enaltecer que se complementam com base nas evidências verificadas nas duas fontes de coleta.

#### 5.1.1 História prévia (conflito ou cooperação)

Em relação à variável História prévia (conflito ou cooperação), em nenhuma das reuniões houve evidências que pudessem verificar o contexto de seus relacionamentos nas suas relações históricas entre os municípios da 1ª Região de saúde da Paraíba e, sobretudo, a possibilidade de que sua influência pudesse interferir nos trabalhos desenvolvidos pela CIR, seja positiva ou negativamente.

Portanto, para analisar essa variável de modo mais detalhado, inseriu-se uma questão de análise ao questionário semiestruturado aplicado com os agentes públicos de saúde, pois a percepção desses atores sobre essa variável evidencia aspectos significativos à análise da

pesquisa. A literatura indica que a pré-história de antagonismo ou cooperação entre intervenientes pode dificultar ou facilitar a colaboração (MARGERUM, 2002).

Considera-se como evidência robusta para analisar essa variável, justamente a percepção dos agentes, pois esses estão intensamente vivenciando o ambiente não apenas da CIR mas, especialmente, em suas secretarias de saúde municipais, além disso, a convivência com os outros profissionais permite chegar a um juízo sobre contexto histórico-político entre os municípios e sua carga de conflito ou cooperação ao longo do tempo.

Então, ao serem questionados sobre o relacionamento histórico e político entre os municípios que fazem parte da CIR da 1ª Região de saúde da Paraíba, em função da possibilidade de influenciar nos avanços dos trabalhos da comissão, cujo Quadro 9 apresenta as indagações dos respondentes:

**QUADRO 9:** Relacionamento histórico e político entre os municípios da CIR pesquisada

QUESTÃO	IMPLICAÇÃO	REFERÊNCIA	OPÇÕES	DADOS
O Relacionamento histórico e político entre os municípios da CIR pode influenciar os trabalhos da CIR?	Possibilidade de influenciar as condições iniciais do processo colaborativo	Margerum (2002) Futrell (2003) Andranovich (1995) Grey (1989)	(a) concordo totalmente	<b>1</b>
			(b) concordo em parte	<b>4</b>
			(c) discordo em parte	<b>0</b>
			(d) discordo totalmente	<b>0</b>
			(e) não sei	<b>0</b>

Fonte: Dados de pesquisa, 2018.

De acordo com os resultados do Quadro 9, verifica-se que apenas um respondente concorda totalmente, enquanto que a maioria concorda em parte. Ou seja, a percepção dos agentes em relação a essa variável aponta ao entendimento que o contexto histórico influencia nos esforços colaborativos na CIR. Em vários casos, os impasses políticos podem realmente criar um forte impulso para consolidação da governança colaborativa (FUTRELL 2003).

Dessa maneira, a pré-história de conflito sugere criar um círculo vicioso de desconfiança. Por outro lado, uma história de cooperação de sucesso pode gerar capital social e elevados níveis de confiança que produzem um ciclo positivo na colaboração. A literatura indica que a pré-história de antagonismo ou cooperação entre intervenientes vai dificultar ou facilitar a colaboração (ANDRANOVICH 1995; GREY 1989).

A proposta da questão foi verificar a percepção dos agentes públicos de saúde sobre o impacto da variável nos trabalhos da CIR, e não verificar se estavam passando por uma situação negativa ou positiva naquele momento. Entretanto cabe registrar que não apenas o contexto histórico de cooperação é o desejado, pois a literatura traz casos que *stakeholders* com contextos históricos de alto conflito, quando possuem um problema complexo em comum, a cooperação

entre eles passa a ser a melhor alternativa para solucioná-la. O alto grau de conflito em si não é necessariamente uma barreira para colaboração (ANSELL; GASH, 2008).

Nesse contexto, em virtude da CIR da 1ª Região de saúde da Paraíba ser composta por 14 municípios, pode haver contextos diversos em relação ao relacionamento histórico, em subconjuntos de municípios. Para Bay Area e Ansell (2003) a forte confiança e interdependência entre os subconjuntos de partes interessadas podem desencorajar estratégias de colaboração entre um conjunto mais amplo de atores. Contudo, para corrigir e atenuar contextos reais a variável do modelo como maior possibilidade estratégica de mudar esse contexto é a *Liderança*. Ela é amplamente vista como um elemento crítico em trazer as partes para a mesa e orientá-los através de um processo de colaboração (BURGER ET AL., 2001; CHRISLIP; LARSON, 1994).

Entretanto, como proposições para promover a colaboração, obtêm-se as seguintes conclusões: se houver um contexto histórico de conflitos entre os gestores dos municípios é improvável que a CIR tenha sucesso em suas atividades, a menos coexista um alto grau de interdependência entre eles; ou que estratégias sejam elaboradas para evitar os baixos níveis de confiança entre os gestores.

Nessa perspectiva, Ansell e Gash (2008) sugerem, com base nos seus estudos, que o direcionamento para potencializar essa variável crítica. Havendo uma pré-história de conflito entre os interessados em relação a ação colaborativa, há um caminho improvável para o sucesso a menos que: (1) exista um elevado grau de interdependência entre as partes interessadas ou (b) medidas positivas sejam implementadas para eliminar os baixos níveis de confiança entre as partes envolvidas.

### **5.1.2 Incentivo para participação**

Dada a natureza em grande parte voluntária da participação, torna-se fundamental buscar entender os incentivos que leva as partes interessadas em se envolver em governança colaborativa e os fatores que moldam esses incentivos (NELSON; WECHSLER, 1998; SUSSKIND; CRUIKSHANK, 1987). Ao analisar, a partir das observações diretas, o incentivo para participação, verifica-se que as pautas estão relacionadas com contextos de informações técnicas específicas, que se relacionam com aspectos de organização e planejamento para atendimento de demandas de saúde e, principalmente, que estão determinados em forma de documentos por instâncias superiores, como a Secretaria de Saúde da Paraíba ou do Ministério da Saúde.

Por sua vez, documentos, tal como de elaboração do Plano Regional de Saúde, estipula-se que cada município envie o seu plano para a presidência da CIR objetivando sua consolidação em um único documento, representando incentivos para que os municípios participem dessas reuniões.

Nesse caso em concreto, verifica-se que há incentivo para participar, pois durante a reunião são apresentados e definidos os formatos, e as metodologias de como os planos dos municípios deverão ser enviados para consolidação do documento completo. Ou seja, o desequilíbrio relacionado ao recurso conhecimento técnico, leva os agentes a buscarem nas reuniões as informações necessárias para que esse desequilíbrio seja reduzido.

Estudiosos da Governança Colaborativa reconheceram que as nuances de poder e de recursos, sobretudo o recurso conhecimento, afetará os incentivos dos grupos para participar em processos colaborativos. Entretanto há contextos que o desequilíbrio de informações e conhecimentos sugere ser um elemento, em alguns casos, positivos para estímulo para participação (GUNTONE DAY 2003; IMPERIAL 2005).

Desse modo, evidenciou-se durante o período de observação direta das reuniões que a troca de informações técnicas e de experiências entre os municípios sugere ser o grande incentivador à participação da CIR. Alguns agentes integrantes da comissão possuem experiências práticas e profissionais que os outros municípios desconhecem. Com isso, nas reuniões ocorre um verdadeiro processo de aprendizagem no diálogo entre os agentes durante as reuniões.

Os dados produzidos a partir do questionário semiestruturado originaram das questões 1, 2, 5 e 6, cujos resultados estão dispostos no Quadro 10:

**QUADRO 10:** Satisfação dos agentes públicos em relação à CIR

QUESTÃO	IMPLICAÇÃO	REFERÊNCIA	OPÇÕES	DADOS
Qual o seu nível de satisfação em relação ao papel que a CIR tem como espaço de fortalecimento da governança do SUS?	Expectativas em relação aos resultados da comissão influenciam o incentivo à participação	Bradford (1998) Warner (2006) Futrell (2003)	(a) insatisfeito	<b>0</b>
			(b) medianamente insatisfeito	<b>2</b>
			(c) neutro ou indiferente	<b>0</b>
			(d) medianamente satisfeito	<b>2</b>
			(e) satisfeito	<b>1</b>

Fonte: Dados de pesquisa

De acordo com o Quadro 10, constata-se que essa questão tem como objetivo verificar a percepção do agente público de saúde em relação à sua participação nas reuniões da CIR, principalmente no tocante à construção de resultados nos trabalhos da comissão. Os incentivos para participação dependem, em parte, das expectativas dos interessados sobre os resultados

dos processos de colaboração, particularmente contra o equilíbrio de tempo e energia que a colaboração exige (BRADFORD 1998; WARNER 2006).

Os resultados apontam para uma tendência na percepção desses agentes em relação à construção de resultados os trabalhos desenvolvidos pela CIR. Porém, verifica-se que uma parte está medianamente insatisfeita e, conseqüentemente, não é possível concluir efetivamente apenas com esses dados. Porém, ao refletir nos dados das respostas, em que estão medianamente insatisfeitos, há uma probabilidade de os participantes diminuïrem seus interesses, pois ao percebem sua entrada como meramente consultiva ou em grande parte cerimonial existe o direcionamento a deixar o grupo (FUTRELL 2003).

Ainda nesse contexto, pode haver a necessidade desses atores buscarem solucionar suas demandas em outros espaços, pois acreditam que os resultados obtidos nas reuniões não atendem suas demandas. Ainda assim, observa-se que os respondentes que indagaram estão medianamente insatisfeitos acreditavam que poderiam alcançar mais do que os resultados atuais.

Por sua vez, em relação à repercussão da CIR na Secretaria de Estado de Saúde, elaborou-se o Quadro 11:

**QUADRO 11: Repercussão da CIR na Secretaria de Saúde**

QUESTÃO	IMPLICAÇÃO	REFERÊNCIA	OPÇÕES	DADOS
As ações e atividades da CIR repercutem na atuação da Secretaria de Estado de Saúde?	Percepção que os objetivos são alcançados nos fóruns, por meio da cooperação de outros titulares incentiva à participação.	Logsdon (1991)	(a) concordo totalmente	<b>1</b>
			(b) concordo em parte	<b>4</b>
			(c) discordo em parte	0
			(d) discordo totalmente	0
			(e) não sei	0

Fonte: dados da pesquisa, 2018.

A partir dos resultados evidenciados no Quadro 11, obtém-se que apenas um respondente concordava totalmente e a maioria concordava em parte. Esse resultado sugere que na percepção da maioria dos respondentes existe um impacto da CIR na atuação da SES da Paraíba. Isso favorece a governança colaborativa na comissão, evitando que as vivências desses atores em espaços alternativos influenciem nos trabalhos da Secretaria de Saúde. Para Logsdon (1991), os incentivos para participar da governança colaborativa também irá aumentar, se as partes interessadas percebem que a consecução dos seus objetivos é alcançada nos fóruns e dependem da cooperação de outros titulares.

Ainda nesse contexto, o Quadro 12 disponibiliza os principais aspectos abordados na no questionamento de pesquisa sobre o nível de satisfação dos agentes em participar da CIR, cujos resultados evidenciam que:

**QUADRO 12:** Percepção dos agentes sobre a participação dos municípios na CIR

QUESTÃO	IMPLICAÇÃO	REFERÊNCIA	OPÇÕES	DADOS
Qual seu nível de satisfação em relação à participação dos municípios nas reuniões da CIR?	Os incentivos aumentam em função da relação entre a participação das partes interessadas com os resultados concretos	Brown (2002)	(a) insatisfeito	<b>2</b>
			(b) medianamente insatisfeito	<b>1</b>
			(c) neutro ou indiferente	<b>0</b>
			(d) medianamente satisfeito	<b>2</b>
			(e) satisfeito	<b>0</b>

Fonte: Dados de pesquisa, 2018.

De acordo com o Quadro 12, verifica-se que as respostas apontam para uma fragilidade em relação à participação de outros municípios nas reuniões da CIR. Essa mesma evidência também foi verificada na fase da observação direta, pois, constata-se que há uma fragilidade nesse ponto que prejudica a governança colaborativa. Os incentivos aumentam na medida em que as partes interessadas percebem uma relação direta entre a sua participação e dos outros participantes com os resultados concretos, de políticas eficazes e tangíveis (BROWN, 2002).

Por fim, o Quadro 13 apresenta as principais nuances acerca do questionamento sobre a percepção do agente em relação à sua participação, ou de representantes técnicos do seu município, nas reuniões da CIR, em prol de potencializar a capacidade do seu município na solução de problemas:

**QUADRO 13:** Relação entre a participação na CIR e soluções de problemas

QUESTÃO	IMPLICAÇÃO	REFERÊNCIA	OPÇÕES	DADOS
Em relação a sua participação, ou de representantes técnicos do seu município, às reuniões da CIR potencializa a capacidade do seu município na solução de problemas?	Percepção que os objetivos são alcançados nos fóruns, por meio da cooperação de outros titulares incentiva à participação.	Logsdon (1991)	(a) concordo totalmente	<b>2</b>
			(b) concordo em parte	<b>3</b>
			(c) discordo em parte	<b>0</b>
			(d) discordo totalmente	<b>0</b>
			(e) não sei.	<b>0</b>

Fonte: dados da pesquisa, 2018.

De acordo com o Quadro 13, percebe-se que os resultados apresentados evidenciam que a maioria dos respondentes concordava em parte e, por outro lado, dois sujeitos concordaram totalmente, ou seja, novamente a maioria dos respondentes tem a percepção de ser proveitoso participar das reuniões da CIR. Cabe destacar que os respondentes do questionário foram os agentes que participavam efetivamente das reuniões da CIR.

Nessa perspectiva, deduz-se que caberia conhecer a percepção dos que faltam as reuniões, pois sugere que estes não esperam que as reuniões promovam soluções para seu município aos problemas de saúde. Por fim, compreende-se que a percepção dos agentes públicos da CIR em relação aos incentivos para participação evidencia que existe um

sentimento positivo por participar das reuniões, apesar disso há uma baixa participação dos agentes públicos de saúde dos municípios da região.

Como proposição, destaca-se que a elaboração de estratégias para averiguar as motivações dos faltosos às reuniões da CIR, pois representa um espaço de construção de resultados que podem ser potencializados com a participação de mais municípios. Essa ação poderia ocorrer por meio de divulgação dos resultados alcançados para todos os municípios da região de saúde.

Essa variável, incentivo para participação, foi a que apresentou maior fragilidade com base nas observações diretas, na CIR pesquisada. As variáveis analisadas na sequência ressaltam que proposições e recomendações que possam mitigar as fragilidades identificadas. Prospectando que sejam aperfeiçoadas e transformadas, no futuro, em estratégias para se ampliar a participação dos municípios na CIR da 1ª Região de saúde da Paraíba.

Como recomendação, sugere-se que a CIR deva melhor explorar sua legitimidade, pois os incentivos para as partes interessadas participarem tendem a aumentar significativamente quando o processo colaborativo é no fórum, e ele tem o papel exclusivo para a tomada de decisão (ANSELL; GASH, 2008). Buscando eliminar qualquer espaço alternativo para solucionar problemas que, em tese, devem ser resolvidos na CIR, pois os incentivos para participação são baixos quando as partes interessadas podem atingir seus objetivos através de meios (espaços) alternativos (ANSELL; GASH, 2008).

Ainda nesse contexto, os incentivos para participar do processo de governança colaborativa também é potencializada quando as partes interessadas percebem as conquistas dos seus objetivos sendo dependente da cooperação de outros atores sejam conquistas pequenas ou grandes (LOGSDON, 1991).

### **5.1.3 Desequilíbrio de poder**

Ansell e Gash (2008) proferem que se algumas das partes interessadas não tiverem a capacidade, organização, status ou recursos para participar, e em pé de igualdade com outras partes interessadas, o processo de governança colaborativa será propenso a ser manipulado por atores mais fortes. A variável denominada de desequilíbrio de poder, conforme verificado com a observação direta, parece não influenciar intensamente a participação dos agentes. É uma realidade que há diferenças substanciais entre os municípios da Região de saúde pesquisada em vários aspectos, tais como: recursos, pessoal e de equipamentos, mas não houve evidências de constrangimento para participação dos agentes nos debates das reuniões.

Cabe o registro que em uma das reuniões, um representante de um município, com mais recursos que os municípios presentes, sugeriu limitar a participação dos outros municípios durante a reunião, todavia não teve sucesso. Percebeu-se um empoderamento de todos os agentes da CIR nos debates nas reuniões. Por outro lado, no momento de criação de um Grupo de Trabalho (GT), no qual apenas alguns municípios deveriam participar para atender determinada demanda, foram colocados os representantes dos municípios com mais recursos, na opinião dos participantes, “os municípios de referências”.

Nesse ponto, as evidências apontam que os trabalhos desenvolvidos na CIR no tocante à variável desequilíbrio de poder exerce influência e exclui os municípios com menos recursos nas ações desenvolvidas na comissão. É um problema comum quando as partes interessadas podem não ter a habilidade e experiência para se envolver em discussões sobre problemas altamente técnicos (LASKER; WEISS 2003; ANDERSON, 1997).

Outro ponto que se verifica é uma exclusão parcial de alguns municípios de participação com voz, percebeu-se que são enviados representantes que aparentemente não conhecem ou não estão, efetivamente, interagidos dos trabalhos desenvolvidos pela CIR, demonstrando estarem mais interessados em coletar as informações do que interagir em prol da busca por soluções de problemas. Pois deveriam repassar as informações para a sua Secretaria Municipal de Saúde, apresentando suas demandas específicas e tentando colaborar com o grupo e/ou propor encaminhamentos. Essa prática aconteceu nas observadas reuniões e, nesse sentido, o município não chega a apresentar suas pautas ou demandas sendo apenas um mero expectador em vez de protagonista e agente de colaboração.

Para Ansell e Gash (2008), a Governança Colaborativa requer um compromisso com uma estratégia positiva e de empoderamento da representação dos grupos mais fracos ou desfavorecidos. Pois, na prática, o desequilíbrio de poder, é a situação comumente encontrada nos espaços que ocorre esse fenômeno.

Nesse espectro delineado, o Quadro 14 apresenta os principais aspectos referentes às diferenças existentes entre os municípios, especificamente, em relação ao poder e recursos (financeiros, humanos e material), principalmente no tocante à influência na capacidade dos agentes públicos dos municípios apresentarem sua propostas/pautas na CIR:

**QUADRO 14:** Diferenciação entre os municípios da CIR (poder e recursos)

QUESTÃO	IMPLICAÇÃO	REFERÊNCIA	OPÇÕES	DADOS
Em relação às diferenças existentes entre os municípios, poder e recursos (financeiros, humanos e material), essas diferenças influenciam na capacidade de apresentarem propostas e pautas na CIR?	As partes interessadas podem não ter a habilidade e experiência para se envolver em discussões sobre problemas altamente técnicos.	Lasker e Weiss (2003) Anderson (1997)	(a) concordo totalmente	<b>0</b>
			(b) concordo em parte	<b>3</b>
			(c) discordo em parte	<b>2</b>
			(d) discordo totalmente	<b>0</b>
			(e) não sei.	<b>0</b>

Fonte: dados da pesquisa, 2018.

De acordo com o Quadro 14, verifica-se que a maioria concordava em parte e dois sujeitos discordavam em parte, portanto não há uma maioria significativa para se concluir o que mais predomina na percepção desses agentes. Essa variável, segundo análise da observação direta, não influencia a CIR da 1ª Região de saúde no quesito participação ativa, contudo há uma exclusão natural dos municípios que fraca representação de conhecimento para formação de grupos e trabalhos mais técnicos.

Nesse sentido, cabe propor uma ampliação e investimentos em capacitação para os municípios que não são considerados de referências, pois apesar dessa fragilidade há um empoderamento de alguns em participação com voz durante as reuniões. Capacitações tenderiam a reduzir essa desigualdade técnica que parece ser o único limitador do grupo.

#### **5.1.4 Conclusões das variáveis relacionadas às condições iniciais do modelo de Governança Colaborativa**

A percepção em relação ao contexto histórico influencia no processo de trabalho da CIR, porém os dados da pesquisa não apontam se no contexto da CIR essa variável vem influenciando positiva ou negativamente. Cabe um estudo mais aprofundado nesse aspecto para análise e explicação desse ponto. Essas informações pode ser um diferencial na construção de estratégias de gestão para promover a governança colaborativa na CIR da 1ª Região de saúde da Paraíba.

O incentivo para participação mostrou-se um ponto fragilizado da comissão. A ausência dos representantes da maioria dos municípios, evidenciado na observação direta, sugerem que um trabalho de investimento nesse quesito seja foco do gestor público que preside a comissão. A proposta de uma CIR itinerante foi apresentada pelos próprios agente no questionário semiestruturado aplicado o que para a pesquisa apresentamos como proposição.

O desequilíbrio de poder é um ponto que para a pesquisa encontra-se com um impacto mediano como condição inicial para cooperação. No entanto, deve ser haver investimento em

capacitação permanente com esses agentes e que os treinamentos possam acontecer nos próprios municípios. Por fim, admite-se que as condições iniciais para o processo de Governança Colaborativa na CIR da 1ª Região de saúde demonstram ser incipiente e que fortes investimentos em estratégias devem priorizar o item incentivo para participação.

## 5.2 ANÁLISE DE VARIÁVEIS E FATORES DO PROCESSO COLABORATIVO

A análise das variáveis e, bem como, dos fatores referentes ao processo colaborativo foi realizada com base na Figura 1, sendo assim, constata-se que as variáveis do processo colaborativo representam o núcleo do modelo proposto por Ansell e Gash (2008), ou seja, de condições iniciais, desenho institucional e de liderança são representadas como condições críticas para o processo colaborativo.

As próximas variáveis analisadas em conjunto são liderança e desenho institucional. Enquanto a liderança fornece mediação e facilitação, o desenho institucional define regras básicas sob as quais a colaboração acontece. O que motivou essa análise próxima foi que ambas as variáveis implicam estar intensamente adjuntas nas práticas de Gestão pública, ou seja, ao rol de competências e características do profissional do Campo de Públicas.

### 5.2.1 Liderança e desenhos institucional

A liderança é crucial para a criação e manutenção de regras claras, a construção de confiança, além de facilitar o diálogo e explorar ganhos mútuos (ANSELL; GASH 2008). Essa variável foi privilegiada na pesquisa por perceber que o Gestor que possui essa habilidade pode transformar a realidade dos resultados da CIR. Ela foi analisada em conjunto com o desenho institucional que, no geral, está relacionada às regras que conduz as ações elaboradas pelo líder das comissões. Nesse sentido, Vangen e Huxham (2003a) afirmam que a liderança é importante para abraçar, capacitando e envolvendo as partes interessadas e, em seguida, mobilizando-as para mover a colaboração à frente.

Dentro do aspecto de desenho institucional, no aspecto da comunicação dos integrantes da CIR, verificou-se que há o uso de Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC) entre os participantes da CIR, principalmente de grupo fechado no *WhatsApp* e *e-mails*. Esse formato de comunicação via *internet* permite velocidade na comunicação relacionada à sustentação dos horários e locais de reuniões, além de ser uma ferramenta eficaz para encaminhar pautas e informes. Ainda reforçando essa observação nas falas de alguns dos participantes, os

respondentes mencionaram que as pautas, em algumas reuniões, eram apresentadas na hora das reuniões, sugerindo ser um elemento desmotivador, pois esse formato aponta para um debate empobrecido, em virtude de os agentes públicos não conseguirem se dedicarem à preparação prévia em relação aos temas que eram colocados nas reuniões da CIR.

Alguns municípios questionaram que não tiveram suas pautas contempladas, apesar do envio prévio via *e-mail* e, além disso, quem definia a pauta das reuniões era a presidente da comissão, sem explicar os respectivos critérios utilizados à definição e tomava uma posição referente às pautas encaminhadas previamente por alguns municípios. O procedimento verificado nas observações foi de que no início das reuniões da CIR, sempre eram realizados ajustes nos pontos de pautas encaminhadas e aberto para inserção de novos pontos pelos participantes. Nessa perspectiva, Chrislip e Larson (1994) descrevem que o líder colaborativo deve agir como um mordomo no processo de colaboração criando meios e regras claras e objetivas para que todos possam compreender a condução dos trabalhos e seus objetivos.

Como proposição à pesquisa, os resultados construídos em função dos instrumentos de coleta de dados apontam para definição de regras relacionadas ao procedimento de encaminhamentos de pautas pelos municípios, como por exemplo, o prazo de envio para serem inseridas em tempo hábil e para garantir que os representantes pudessem, previamente, conhecer os temas que seriam debatidos. Outro ponto verificado em várias reuniões foi a falta de metodologia para trabalhos em conjunto, tal como a elaboração de planos de programas e ações de saúde específicos. A falta de uma metodologia clara e objetiva além de exigir tempo para sua elaboração, que ocorriam na própria reunião, ficava apenas combinado entre os participantes daquela reunião.

O tempo necessário para se definir algumas metodologias de trabalhos era protelado a outras reuniões, o que demorava em médias 30 dias, pois as reuniões eram mensais, tal como evidencia o Quadro 8. Mas, às vezes eram marcadas reuniões extras para atender um tema específico. Não havia a construção de um documento escrito (atas de reuniões) que pudesse ser encaminhado para os outros municípios que não estavam presentes. Nesse sentido, percebe-se que a falta de definição de metodologias, sobretudo, as relacionadas à elaboração de documentos que exigem, por exemplo, a consolidação de trabalhos de todos os municípios da região de saúde. Além do detrimento de tempo, não foi verificado o procedimento utilizado para que os municípios ausentes pudessem está ciente do formato definido.

Reforçando essa análise durante as reuniões houve o registro de um dos representantes questionando a falta de avanços nos trabalhos das reuniões da CIR, em cuja fala pediu que houvesse mais encaminhamentos, pois o papel da comissão conforme foi criado ainda estavam

sendo realizados muito aquém do seu papel. Em relação à condução das reuniões o agente público responsável apresentou habilidade na abertura de fala para todos os participantes e, também, na gestão do tempo das falas, caso se prolongasse ou não contemplasse o assunto da pauta. Além disso, conseguia colocar encaminhamentos e conclusões para que, em consenso, fossem encaminhadas.

Desse modo, Ansell e Gash (2008) concebem que os líderes devem ter as habilidades para promover a participação ampla e ativa, além de garantir e influenciar todos, sobretudo, os mais fracos, facilitando os trabalhos e promovendo um maior dinamismo no grupo, além de caminhar ao processo de colaborações bem-sucedidas. Inclusive, em uma das reuniões, ficou evidenciado que os municípios não seguem alguns procedimentos relacionados aos encaminhamentos de pacientes para municípios de referências, que no caso da 1ª Região de saúde é João Pessoa.

A falta de cumprimentos dos procedimentos existentes gerava um impacto negativo nos atendimentos, pois alguns municípios faziam em formatos diferentes, gerando um problema complexo no final do processo de atendimento das demandas de saúdes encaminhadas. No questionário privilegiou essa variável, por se relacionar mais fortemente com os aspectos da Gestão Pública, especialmente com o papel do profissional desta área.

No tocante à questão de o agente respondente citar até três fatores que têm favorecido ou dificultado o funcionamento da CIR, como instância de negociação e pactuação intergovernamental na 1ª Região de Saúde da PB, cujas respostas poderiam ser: (a) Favoráveis e (b) Desfavoráveis. Inclusive era solicitada uma sugestão de apresentação desses itens em outro formato de resposta.

Dentre as respostas obtidas no item (a) Favoráveis, apresenta-se como resultado que a percepção dos agentes públicos respondentes parece diversa e contraditória em relação ao item (b) Desfavoráveis. A principal evidência colocada pela percepção dos agentes públicos, foi que a CIR é um espaço que permite maior aproximação dos gestores de saúde. Além disso, é o local que permite articulação e estratégias conjuntas para solucionar problemas em comuns da região de saúde.

Uma das respostas, talvez por um engano em interpretar a pergunta, colocou que a *“liderança xxxxxx da CIR, que embora seja competente e defensora do SUS vem se ausentando das reuniões, que acaba desincentivando a presença dos demais municípios”* (Agente público 1, Informação verbal, 2018). Essa resposta sugere falta e ausência de liderança intensa na CIR e, ao mesmo tempo, o reconhecimento que tal liderança pode ser o elo que falta para ampliar a

participação efetiva dos 14 municípios que fazem parte da CIR na 1ª Região de saúde da Paraíba.

Vale destacar que, segundo Ansell e Gash (2008), os incentivos à participação se forem fracos, caso o poder e os recursos sejam assimetricamente antagônicos, ou se a liderança seja mal distribuída representa um aspecto ainda mais importante. Ou seja, representa exatamente a situação verificada nessa pesquisa no tocante às reuniões da CIR na 1ª Região de saúde da Paraíba, com base nas evidências alcançadas nas observações diretas. Outra resposta fornecida no questionário reafirma a análise anterior, cujo item (b) Desfavoráveis teve como resultado que:

*Participação dos gestores nesse espaço (Ausência do gestor do município xxxxx e ausência constante xxxxx, o que vêm gerando fragilidade na participação desse espaço); 2) compreensão da importância desse espaço, com instância deliberativa; 3) Encaminhamento das demandas (Falta resolutividade nos encaminhamentos); 4) Ocorrer em um espaço único; (Agente público 4, Questionário semiestruturado, 2018)*

Sobre a participação e liderança dos agentes público de saúde, que tem uma carga maior de representação, a CIR da 1ª Região de saúde está numa situação rudimentar. Além da percepção declarada pelo *Agente público 4*, as outras respostas vão no mesmo entendimento. O papel da liderança é crucial para criar e manter regras claras, com isso promover a construção de confiança, que ajuda a facilitar o diálogo e a explorar ganhos mútuos (ANSELL; GASH, 2008). No tocante à satisfação acerca da liderança na condução das reuniões da CIR pelo agente público designado para esse papel, elaborou-se o Quadro 15:

**QUADRO 15:** Satisfação dos participantes em relação à liderança nas reuniões da CIR

QUESTÃO	IMPLICAÇÃO	REFERÊNCIA	OPÇÕES	DADOS
Qual o seu nível de satisfação em relação a liderança na condução das reuniões da CIR pelo agente público designado para esse papel?	A liderança é importante ao engajamento dos atores, capacitando e envolvendo as partes interessadas, mobilizando-os para potencializar a colaboração ao maior nível.	Vangen e Huxham (2003)	(a) insatisfeito;	1
			(b) medianamente insatisfeito;	1
			(c) neutro ou indiferente;	0
			(d) medianamente satisfeito	1
			(e) satisfeito	2

Fonte: dados da pesquisa, 2018.

A partir do Quadro 15, percebe-se que há uma situação razoável de satisfação, porém o fato de haver uma minoria insatisfeita e medianamente insatisfeita, é sinal que o item liderança, sobretudo, o papel que este desempenha na CIR deve ser revisto e aperfeiçoado. Isso gera dificuldades para o avanço dos trabalhos, pois a liderança tem, também, como função

importante, capacitar e representar os grupos mais fracos do colegiado (ANSELL; GASH, 2008).

Como proposição argumentativa, a pesquisa sugere que o papel da liderança seja potencializado por meio de capacitações. O papel do líder vai além da condução da reunião mas alcança também conforme Ozawa (1993), por exemplo, que descreve a liderança promotora de “técnicas transformadoras” em que os processos de mediação facilitam o "equilíbrio de poder" entre as partes interessadas. Portanto, este formato de liderança facilitadora também ajuda as partes interessadas para explorar possibilidades de ganho mútuo.

Em relação à indagação do questionário sobre os procedimentos que poderiam ser adotados pelo agente público que conduz a reunião, para o aperfeiçoamento da CIR, dentre as respostas obtidas, destaca-se as principais que se relacionam mais com a variável liderança e desenho institucional nesse ponto do texto da análise de resultados da dissertação.

*CIR itinerante...material de divulgação das atividades da CIR e sua repercussão no dia-a-dia da rotina das Secretarias de Saúde.* (Agente público 1, Questionário semiestruturado, 2018)

*[...] garantir a divulgação das resoluções.* (Agente público 2, Questionário semiestruturado, 2018)

*[...] proteger a agenda para conduzir as reuniões.* (Agente público3, Questionário semiestruturado, 2018)

*1) Demandar mais para os gestores dos municípios, para que eles possam se sentir responsáveis por demandas desse espaço; participação; 3) CIR itinerante para mobilizar a participação dos municípios faltosos”* (Agente público 5, Questionário semiestruturado, 2018)

Com apoio das respostas, percebe-se que há nos agentes públicos respondentes uma forte preocupação com a participação dos representantes dos municípios, também a preocupação para que a CIR divulgue os seus resultados.

Nesse sentido, há destaques que indicam importância do papel da liderança de um gestor público na condução da reunião e, assim, promover incentivos para outros municípios da CIR da 1ª Região de saúde da Paraíba que participem das reuniões.

Nesse aspecto, segundo Lasker e Weiss (2003), os líderes facilitadores têm como missão dar significado e voz aos participantes além de encorajá-los para uns ouvir aos outros. Assim também, os líderes devem estimular a criatividade, sintetizando o conhecimento de diversos participantes para o grupo pode criar novas ideias e compreensão.

As respostas fornecidas assinalam no sentido de estimular a participação de todos os municípios. Caberia ao Gestor público trabalhar aspectos de liderança com os membros da CIR

propor ao grupo um modelo (desenho institucional) para aperfeiçoar estratégia que todos os membros pudessem conduzir as reuniões da CIR da 1ª Região de saúde da Paraíba quando estas fossem realizadas nos seus respectivos municípios.

Por fim, aos respondentes foi solicitado que citassem até três principais avanços e desafios dos trabalhos desenvolvidos pela CIR, cujas opções de resposta eram, respectivamente, (a) Avanços e (b) Desafios. Em relação aos avanços pode-se destacar e analisar as seguintes repostas:

*Construção de pautas baseada nas demandas dos municípios, atas das reuniões atualizadas e enviadas previamente para os e-mails dos gestores, troca de saberes entre os gestores, encaminhamentos importantes para o fortalecimento da região, maior reconhecimento da importância do espaço* (Agente público 5, Questionário semiestruturado, 2018).

*As reuniões agora tem pauta, resoluções já foram emitidas, Existe um espaço garantido para as reuniões.* (Agente público 2, Questionário semiestruturado, 2018)

As repostas sugerem que a CIR tem avançado recentemente em aspectos operacionais e de organização das suas reuniões. O desenho institucional refere-se aqui para os protocolos básicos e regras básicas para a colaboração, que são fundamentais para a legitimidade processual do processo colaborativo. O acesso ao próprio processo colaborativo é talvez o problema de design mais fundamental (ANDRANOVICH, 1995; BURGER et al., 2001). Cabe destacar que em relação aos desafios, as principais respostas apresentadas foram:

*Conquistar legitimidade (ter quórum deliberativo nas suas reuniões), discutir mais profundamente os temas (discussões muitas vezes superficiais), promover a regionalização dos serviços (que é mais um dogma, do que propriamente uma meta)* (Agente público 1, Questionário semiestruturado, 2018).

*Pouca participação dos gestores dos municípios de maior porte* (Agente público 5, questionário semiestruturado, 2018).

Corroborando com o resultado da observação direta, em função das respostas sobre as percepções dos agentes público da CIR, verifica-se que se coadunam com a literatura abordada nessa pesquisa. Nesse aspecto, o estudo recomenda que as variáveis indiquem ter maior influência para vencerem esse desafio são a liderança e o desenho institucional.

Essa verificação evidencia a concepção argumentativa de Chrislip e Larson (1994), ao conceberem que a primeira condição para uma colaboração bem-sucedida é que ela deve ser amplamente inclusiva, todas as partes interessadas que estão afetadas, sobretudo as partes problemáticas interessadas, ou que se preocupam com a questão. Esse direcionamento traz reflexos importantes para o fórum de decisões, e sua legitimidade.

### **5.2.2 Diálogo face a face e construção de confiança**

Essas variáveis são consideradas fatores críticos para o processo colaborativo de acordo com o modelo de Governança colaborativa de Ansell e Gash (2008). Evidências sobre elas foram identificadas, porém, em alguns casos inseridas para análise em outra variável do modelo por apresentar maior conexão.

Essas variáveis, diálogo face-a-face e construção de confiança, foram analisadas em conjunto, pois de acordo com o modelo de Governança colaborativa adotado irão impactar outras que já fazem parte do modelo apresentado por Ansell e Gash (2008), o diálogo é fundamental para qualquer tipo de deliberações em grupos. Conhecer os atores que estão envolvidos presencialmente permite potencializar a relação de confiança, além dos alinhamentos das visões e objetivos comuns do grupo. Ela está no centro de um processo de construção de confiança, respeito mútuo, compreensão compartilhada e compromisso com o processo (LASKER; WEISS, 2003).

Numa das fases da observação direta, em uma das reuniões, houve um debate sobre um desafio encontrado pelos agentes públicas de saúde com os representantes dos municípios da região de saúde, o debate estava relacionado com o processo de encaminhamentos dos pacientes dos municípios para o atendimento na capital. Esse diálogo face-a-face consentiu que os profissionais que recebem as demandas dos municípios pudessem apresentar seus desafios e perspectivas em relação aos procedimentos que os municípios estão tomando no processo de encaminhamento dos pacientes.

O evento notado é que parece que os municípios não adotam os procedimentos definidos e organizados previamente, em relação aos encaminhamentos de pacientes. Isso tem gerado vários desafios para os que recebem esses pacientes para o atendimento, prejudicando a eficiência do atendimento. Após apresentar todos os pleitos necessários para que fossem ajustadas pelos municípios, os representantes dos municípios, que estavam presentes, se comprometeram em ajustar seus processos para atender a demanda apresentada.

Dá-se destaque nesse ponto em relação ao procedimento do diálogo para atender a demanda apresentada. O diálogo face a face, portanto permite uma maior apresentação, argumentação e entendimento do tema em debate. Além disso, o comprometimento gerado para colaborar na solução dos problemas apresentado faz parte do processo de atendimento nas políticas de saúde.

O diálogo face-a-face é uma condição necessária, mas não suficiente para a colaboração. Por exemplo, há possibilidade que ela reforce estereótipos ou diferenças de estado ou para aumentar o antagonismo e desrespeito mútuo. No entanto, é difícil imaginar uma colaboração eficaz sem o diálogo face-a-face.

A literatura sobre colaboração está repleta de exemplos da forma como os estereótipos foram discriminados através face-a-face. A construção de confiança é fundamental, pois considera que a falta de confiança entra as partes interessadas é o ponto de partida comum para a governança colaborativa (WEECH-MALDONADO; MERRILL, 2000).

Ainda nesse contexto, houve uma reunião observada que um dos representantes da regulação de João Pessoa foram dar esclarecimentos e explicação sobre procedimentos relacionados a gestão financeira dentro da CIR na 1ª Região de saúde.

A apresentação face-a-face sugere ser o mais adequado formato, pois além de uma explicação mais didática sobre o tema, que apresenta um nível de complexidade alto, os municípios puderam colocar suas dúvidas e ter um *feedback* imediato. Além disso, conhecer pessoalmente os envolvidos permite que os próximos contatos por telefone ou meio eletrônico seja facilitado ou não, mas aponta para um incentivador da cooperação entre os atores envolvidos.

Outro ponto foi a apresentação de procedimentos e habilidades para atendimento de um público específico apresentada por uma agente que detinham habilidades e expertise com a população indígena característica do seu município. Além das explicações, a agente se colocou a disposição para futuro esclarecimentos para os participantes da CIR. O diálogo está no centro de um processo de construção de confiança, respeito mútuo, compreensão compartilhada e compromisso com o processo (GILLIAM et al., 2002; LASKER; WEISS, 2003).

Outro ponto relevante foi a apresentação presencial do convite para participação de Curso de Aperfeiçoamento em Educação Popular em Saúde (EdPopSUS), apesar de o convite ter sido enviado previamente, o dialogo face-a-face está promovendo o curso e permitiu que eles identificassem os motivos do baixo número de interessados inscritos previamente. A partir daquelas informações certamente estratégias serão elaboradas para que os municípios possam verdadeiramente está participando da capacitação ofertada.

Ainda de acordo com o questionário semiestruturado aplicado nessa pesquisa com os respondentes, os agentes foram indagados sobre a percepção para esse fator crítico, pois foram questionados se além dos secretários e técnicos municipais de saúde, outras pessoas e instituições participam das reuniões da CIR, objetivando contribuir e apresentar suas demandas

na área de saúde, cujas opções de respostas foram: (a) concordo plenamente; (b) concordo em parte; (c) discordo em parte; (d) discordo totalmente e (e) não sei.

Cabe salientar que essa participação nem sempre pode ser considerada positiva, pois para Ansell e Gash (2008) trazem o exemplo, ao inferirem que é possível que no diálogo face-a-face haja o reforço de estereótipos, diferenças de estado ou aumentar o antagonismo e desrespeito mútuo. No entanto, acrescentam os autores que é difícil imaginar uma colaboração eficaz sem diálogo face-a-face. A literatura sobre colaboração está repleta de exemplos da forma como os estereótipos foram discriminadas através rosto-a-cara.

Mas, ao serem questionados sobre o nível de satisfação em relação ao respeito mútuo nas reuniões da CIR, elaborou-se o Quadro 16:

**QUADRO 16:** Nível de satisfação dos agentes no tocante ao respeito mútuo

QUESTÃO	IMPLICAÇÃO	REFERENCIAL	OPÇÕES	DADOS
Qual seu nível de satisfação em relação aos seguintes aspectos nas reuniões da CIR: (b) Respeito mútuo	Quando houver uma pré-história de antagonismo entre as partes interessadas, descobriram que a construção de confiança e o respeito mútuo, muitas vezes torna-se o mais proeminente aspecto do processo colaborativo cedo e pode ser muito difícil de cultivar.	Murdock, Wiessner e Sexton (2005)	(a) insatisfeito;	0
			(b) medianamente insatisfeito;	0
			(c) neutro ou indiferente;	0
			(d) medianamente satisfeito	3
			(e) satisfeito.	2

Fonte: dados da pesquisa, 2018.

Em relação ao respeito mútuo, cujos dados estão dispostos no Quadro 16, os agentes públicos participantes da CIR evidenciaram um nível satisfatório desse fator crucial do modelo. Para Wiessner e Sexton (2005), em suas pesquisas, quando houve uma pré-história de antagonismo entre as partes interessadas, descobriram que a construção de confiança e o respeito mútuo, muitas vezes torna-se o mais proeminente aspecto do processo colaborativo cedo e pode ser muito difícil de cultivar.

Mas, no tocante ao nível de satisfação dos agentes, integrantes da CIR pesquisada, em relação à construção de confiança, os dados obtidos estão dispostos no Quadro 17:

**QUADRO 17:** Nível de satisfação dos agentes da CIR em relação à construção de confiança

QUESTÃO	IMPLICAÇÃO	REFERÊNCIA	OPÇÕES	DADOS
Qual seu nível de satisfação em relação aos seguintes aspectos nas reuniões da CIR: (b) Construção de confiança	Quando houver uma pré-história de antagonismo entre as partes interessadas, descobriram que a construção de confiança e o respeito mútuo, muitas vezes torna-se o mais proeminente aspecto do processo colaborativo cedo e pode ser muito difícil de cultivar.	Murdock, Wiessner e Sexton (2005)	(a) insatisfeito;	<b>0</b>
			(b) medianamente insatisfeito;	<b>0</b>
			(c) neutro ou indiferente;	<b>1</b>
			(d) medianamente satisfeito	<b>3</b>
			(e) satisfeito.	<b>1</b>

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

A partir do Quadro 17, a percepção dos agentes públicos de saúde da CIR aponta fortemente para uma construção de confiança na comissão. Isso sinaliza como um bom indicador para que ocorra a governança colaborativa. A construção de confiança com base nas observações diretas foi evidenciada numa das reuniões, cujos agentes públicos colocavam seus desafios relacionados ao recebimento e atendimento referente aos pacientes encaminhados pelos municípios que realizavam com procedimentos falhos.

Nesse sentido, firmou-se naquele momento, junto aos representantes dos municípios presentes, que se realizasse um ajuste para corrigir as falhas que estavam sendo ocorridas. Nesse aspecto, percebe-se uma construção de confiança entre esses atores, pois um comprometimento de ambas as partes se ajustarem e só com a construção de confiança é possível avançar nesses aspectos relacionado à gestão de processos.

Há um processo de construção de confiança quando os representantes dos municípios assumem certa fragilidade nos procedimentos de movimentação de recursos relacionada a aspectos técnicos para agilizar a utilização de recursos. Reconhecem como um problema em comum, mas que apesar das várias demandas das Secretarias de Municipais de Saúde, devem juntas, priorizarem o ajustamento nos trabalhos da CIR, relacionados a esse aspecto. Há em certa medida preocupação nesse contexto, conforme fala de um dos participantes: “[...] estamos tratando com vidas e não podemos atrasar as transferências de recursos por culpa nossa. Além disso, podemos responder por improbidade administrativa” (Agente público 1, Questionário semiestruturado, 2018).

### 5.2.3 Desenvolvimento de compromisso

No tocante ao desenvolvimento de compromisso, tal como mencionado anteriormente, o elemento informação técnica é um forte motivador das reuniões e incentivador da cooperação na CIR. Portanto, por meio da observação direta, houve o registro de desenvolvimento de

compromisso, quando agentes públicos de saúde estavam comprometidos em compartilhar os documentos e informações com todos da CIR. Margerum (2002), em uma pesquisa com grupos americanos e australianos, constata que o compromisso dos membros foi fator mais importante para facilitar a colaboração.

Houve o pedido de um representante presente para que todos da 1ª CIR tivessem maior comprometimento com o grupo, pois já estavam a quase um ano formados, porém precisava avançar mais nos resultados, sobre tudo, nos desafios em comum. Essa fala sugere que o compromisso existe na CIR é incipiente. Essa variável está fortemente ligada a construção do processo colaborativo e, portanto, merece uma atenção especial do gestor público para que haja maior governança colaborativa na CIR.

Foi dado ênfase para houvesse uma maior amplitude e compartilhamento das discussões com os outros municípios da região. Nas reuniões observadas nunca foi registrado a presença de todos os municípios e a falta de registro em atas do que era discutido penalizava os municípios faltantes. Essa falta de divulgação não gera motivação para que todos os municípios participem.

A formação de grupos de trabalho durante as reuniões demonstrou um processo de desenvolvimento de compromisso. Formado num formato flexível e com definições na hora das regras de trabalho. Todos presentes sugeriram formatos de trabalho para que todos pudessem participar. Porém houve dificuldade para se formar um GT com sete pessoas, evidenciando a importância de ter um representante de João Pessoa. Tendo o comprometimento de um dos representantes em marcar uma reunião extra para apresentar o método de preenchimento dos dados de atualização solicitados pela SES da Paraíba.

Segundo Ansell e Gash (2008), os líderes buscam que as partes interessadas participem das negociações de boa-fé e, além disso, devem explorar as possibilidades de compromisso e ganhos mútuos. Entretanto as partes interessadas muitas vezes no processo colaborativo apresentam um quadro cético em relação ao que os outros pensam em relação ao que está sendo tratado, nesse aspecto são sensíveis às questões de equidade, e se preocupam com o poder de outras partes interessadas. E por isso, ficam atento para a possibilidade de serem manipulados.

Conforme mencionado na variável de liderança e desenho institucional, cabe apresentar, também, o comprometimento dos representantes dos municípios em corrigir as falhas de encaminhamentos de pacientes para atendimento em João Pessoa, pois apesar de existir uma metodologia do procedimento cada município encaminhava de uma forma diferente e fora do que estava definido.

Em uma das reuniões um dos representantes se comprometeu em compartilhar com o grupo um *case* de sucesso do seu município em relação a uns problemas que outros estavam enfrentando. Nessa mesma reunião ficou combinado que todos os representantes ali presentes iriam encaminhar pedidos de esclarecimentos pelo atraso nos repasses financeiros. Problema de atraso nos repasses era comum para todos os municípios integrantes da CIR na 1ª Região de saúde da Paraíba.

No tocante ao questionamento sobre o nível de satisfação em relação ao desenvolvimento de compromisso nas reuniões da CIR, elaborou-se o Quadro 18:

**QUADRO 18:** Nível de satisfação do desenvolvimento de compromisso na CIR

QUESTÃO	IMPLICAÇÃO	REFERÊNCIA	OPÇÕES	DADOS
Qual seu nível de satisfação em relação aos seguintes aspectos nas reuniões da CIR: (d) Desenvolvimento de compromisso	Os líderes buscam que as partes interessadas participem das negociações de boa-fé.	Ansell e Gash (2008)	(a) insatisfeito;	<b>3</b>
			(b) medianamente insatisfeito;	<b>1</b>
			(c) neutro ou indiferente;	<b>0</b>
			(d) medianamente satisfeito	<b>1</b>
			(e) satisfeito	<b>0</b>

Fonte: dados da pesquisa, 2018

De acordo com o Quadro 18, verifica-se que a percepção dos agentes públicos aponta para uma falta de compromisso dos participantes. A análise vai contra os dados analisados pela observação direta. Acredita-se que esse item no questionário foi interpretado equivocadamente pelos respondentes, pois suas respostas sugerem que eles associaram ao compromisso de participarem das reuniões e não conforme a ideia descrita pelo modelo utilizado na pesquisa.

Portanto, pode-se concluir que as evidências da observação diretas complementam a análise nessa pesquisa. Então, pode-se afirmar que há a construção de confiança nas reuniões da CIR pelo nível comprometimento dos compromissos que são pactuados nas reuniões.

#### 5.2.4 Compreensão compartilhada

Em relação as evidências, verificadas na observação direta, a compreensão compartilhada pelo grupo há um alinhamento no reconhecimento de problemas comuns a motivação para cooperação dos atores para que juntos possam solucioná-los é evidente. Nesse contexto, algumas decisões, por consenso, trazem características em que todos os presentes compartilharam do mesmo entendimento em relação as decisões que foram tomadas.

Foi sugerido a elaboração de indicadores de gestão e documentos similares que pudessem justificar o crescimento da demanda e assim justificarem solicitações de aumentos nos repasses de recursos financeiros.

Além disso, há o entendimento que há vários problemas em comuns e que a CIR pode ser o melhor lugar para solucioná-los. Os debates e encaminhamentos são bem articulados e percebe-se que há forte evidência em relação a essa variável. Há um momento do processo de colaboração que as partes interessadas devem desenvolver um entendimento compartilhado do que eles podem coletivamente alcançar juntos (TETT, CROWTHER, E O'HARA 2003).

Por sua vez, membros da CIR reconhecem, pelos indicadores que foram apresentados em uma das reuniões, que o estado da Paraíba tem um tratamento já diferenciado (positivo) em relação aos repasses feitos pelo Governo Federal. Há ainda a compreensão compartilhada que os resultados das reuniões das câmaras técnicas devem ser os mais claros e objetivos possível para que nas reuniões ordinárias os secretários de saúde municipais possam de uma tomada de decisão mais efetiva. O resultado do questionário semiestruturado também foi de acordo com o observado. O enunciado da pergunta está disposto no Quadro 19:

**QUADRO 19:** Nível de satisfação da compreensão compartilhada na CIR

QUESTÃO	IMPLICAÇÃO	REFERÊNCIA	OPÇÕES	DADOS
Qual seu nível de satisfação em relação aos seguintes aspectos nas reuniões da CIR: (c) Compreensão compartilhada	Há um momento do processo de colaboração que as partes interessadas devem desenvolver um entendimento compartilhado do que eles podem coletivamente alcançar juntos (Tett, Crowther, e O'Hara 2003).	Tett, Crowther e O'Hara (2003)	(a) insatisfeito;	0
			(b) medianamente insatisfeito;	0
			(c) neutro ou indiferente;	0
			(d) medianamente satisfeito	3
			(e) satisfeito.	2

Fonte: dados da pesquisa, 2018.

A partir do Quadro 19, verifica-se que a percepção dos agentes público é favorável ao fator crucial de compreensão compartilhada. Daniels e Walker (2001) afirmam que o desenvolvimento da compreensão compartilhada pode ser visto como parte de um processo colaborativo de aprendizagem. Assim, as evidências apresentam uma CIR com aspectos de liderança e participação fragilizados, mas há perspectivas para que a realidade seja modificada, pois já há na percepção de parte dos integrantes onde estão os pontos que podem ser melhorados em prol dos trabalhos da CIR da 1ª Região de saúde da Paraíba.

### 5.3 CONSIDERAÇÕES ADICIONAIS DA OBSERVAÇÃO DIRETA

No roteiro de apoio da observação direta, no final, existia um campo para as considerações adicionais do observador e nessa seção apresenta-se a análise desse item.

No período observado apenas em uma das reuniões fora feito ata durante a reunião. O agente público que conduzia a reunião, daquele dia, foi um que no período das observações ainda não havia conduzido.

Ficou evidenciado que quando a demanda por um conhecimento específico de alguma atividade burocrática ocorre uma ação de cooperação entre os membros. A falta de uma metodologia clara e objetivo de como se construir alguns documentos de planejamento, principalmente, que precisam da contribuição de todos os municípios da região, aponta para uma barreira ao processo de governança colaborativa, pois há um ato de energia em definir o método coletivamente.

Nas reuniões há um grupo de municípios que participam em relação a outros. A participação desses grupos era constante em todas as reuniões. Pedidos de mais encaminhamentos e informações mais detalhadas para o Gestor (secretários) eram solicitados em várias reuniões. Mencionaram a existência de falta de cooperação na CIR. Na segunda reunião ordinária do período de observação em que deveriam estar presentes os secretários municipais de saúde, percebe-se a dificuldade de formação de quórum. A primeira reunião desse modelo, no período da observação direta da pesquisa, não ocorreu justamente por falta de quórum. Entretanto uma outra reunião ordinária foi realizada, apesar do baixo quórum de secretários, pelo fato de um grupo de convidados estarem presentes.

Os resultados apontaram para um processo ainda incipiente, mas que vem evoluindo, sendo necessário investimento no aprimoramento e na qualificação de alguns dos agentes públicos de saúde da CIR. Além disso, o desenvolvimento de metodologias de trabalhos consistentes e direcionada aos resultados, tomada de decisão e liderança da comissão.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No cenário brasileiro, o grande marco do sistema de saúde pública foi a promulgação da CF (1988), em virtude da regulamentação constitucional do SUS, cabendo ao Estado tutelar os serviços especializados. Mas, a gestão não vem se mostrando suficiente para gerar bons resultados ao atendimento público à saúde da sociedade, sendo necessário, também, a edição e implementação de todo um arcabouço legal para organizar a política pública de saúde nacional.

Ao final da pesquisa realizada, pode-se argumentar que a análise realizada no decorrer das reuniões da CIR da 1ª Região de saúde da Paraíba, em função dos principais aspectos das políticas públicas de saúde, com ênfase no processo de governança e de colaboração entre agentes públicos que atuam na comissão, fundamentou-se no modelo explicativo e analítico de Governança Colaborativa elaborada por Ansell e Gash (2008).

Desse modo, pode-se afirmar que foi possível verificar que os agentes públicos que atuam na CIR pesquisada estão cientes da relevância das práticas de gestão com colaboração, no âmbito dos trabalhos das reuniões.

O objetivo proposto inicialmente foi atingido, em virtude de a pesquisa ter realizado um diagnóstico das relações de cooperação entre os atores da CIR. Apontando fragilidades que devem ser superadas, em virtude de ter realizado a avaliação sobre a dinâmica dos trabalhos nas reuniões da CIR 1ª Região de saúde da Paraíba, identificado os desafios e perspectivas para a efetivação do processo de colaboração entre os agentes públicos dessa comissão, por meio da apresentação das proposições e recomendações voltadas para fomentar a cooperação entre os representantes dos 14 municípios que fazem parte da comissão.

No tocante aos resultados de pesquisa, faz-se necessário enfatizar algumas limitações deste trabalho, pois de um universo de 28 agentes públicos, apenas cinco sujeitos participantes responderam ao questionário semiestruturado. A colaboração deve ser vista como um aspecto primordial à Gestão Pública e a implementação de política de saúde, em função do conjunto da técnica inerentes à temática, servindo de parâmetro à eficiência da gestão e à qualidade das práticas de que mensuram o desempenho no SUS, pois o processo ainda é considerado incipiente, mesmo com a evolução no decorrer dos anos, sendo necessário realizar constantes investimentos que viabilizem o aprimoramento e a qualificação dos agentes públicos de saúde da CIR.

Por sua vez, em relação às contribuições técnicas da pesquisa, destacam-se os dados obtidos na observação direta das reuniões da comissão. Nesse sentido, as principais contribuições desse estudo realizado para a gestão pública, estão diretamente relacionadas aos

aspectos de gestão, principalmente em função de duas variáveis: liderança e desenho institucional. A análise aponta que essas duas variáveis ofereciam baixa efetividade na dinâmica da CIR. As proposições efetivas de pesquisa evidenciam que a CIR está no processo incipiente de fortalecimento, mesmo com um perfil qualificado dos atores que dela participam. Inclusive existe um núcleo de agentes que buscam ampliar o alcance e participação da CIR. Por outro lado, a liderança na condução dos trabalhos foi a variável que apresentou maior fragilidade, porém entende-se que um processo de capacitação naturalmente superaria esse desafio com base no que foi pesquisado.

As condições iniciais para o processo colaborativo foram identificadas na pesquisa que não é um fator que dificulta o processo, porém deve ser potencializado, sobretudo, no aspecto relacionado na redução do aspecto de assimetria de poder. Aspectos como capacitação para aproximação dos conhecimentos foi apontado pela pesquisa como caminhos interessantes à ação. Além disso, uma metodologia de reuniões itinerantes para que o incentivo para participação pudesse ser ampliado na CIR.

Porém, no contexto das variáveis relacionadas ao processo colaborativo em si, a liderança e o desenho institucional foram as variáveis mais fragilizadas, em virtude de afetarem as competências dos gestores públicos, demonstrando a importância de realizar a capacitação dos agentes para potencializar o processo na 1ª CIR de saúde.

Mas, esse estudo propõe como perspectiva futura realizar uma pesquisa comparativa entre as 16 CIR da saúde da Paraíba para dar conta de elencar aspectos que contribuam para o processo de Governança Colaborativa entre todos os municípios paraibanos, independente da região que estejam inseridos.

## REFERÊNCIAS

- ABRUCIO, F.L. A coordenação federativa no Brasil: a experiência do período FHC e os desafios do Governo Lula. **Revista de Sociologia e Política**, Curitiba, n.24, p.41-67, jun.2005.
- ALBUQUERQUE, M. V.; VIANA, A. L. D. Perspectivas de região e redes na política de saúde brasileira. **Revista Saúde e Debate**, vol. 39, N. Esp., p.24- 34, 2015.
- ALEXANDER et al 1998. Governance in public-private community health partnerships: A survey of the Community Care Network: SM demonstration sites. **Nonprofit Management & Leadership**, n. 8, 1998 [pp.231–332]
- ALVESSON, M.; SKÖLDBERG, K. **Reflexive Methodology**. London : Sage, 2000.
- ANDRADE, L.O. M de. O SUS PÓS NOB II. Brasília: **Revista do CONASSEMS**, Ano II, n.3, março, 2004.
- ANDRADE, Magali Alves de; GONÇALVES, Andersonn Souza; OLIVEIRA, Thiago de Souza; SILVA, Anderson Renê Santos. **Sistema de avaliação de políticas públicas: instrumento de eficiência na busca do desenvolvimento e no combate a pobreza**. Rio Grande do Norte, 2011. Disponível em: <<http://www.cchla.ufrn.br/cnpp/pgs/anais.pdf>>. Acesso em: 31 mai. 2018.
- ANSELL, C.; GASH, A. Collaborative Governance in Theory and Practice. **Journal of Public Administration Research and Theory**. 2008; 18 (4): 543-571.
- BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. **Política Social: fundamentos e história**. 3. Ed., São Paulo: Cortez, 2007.
- BEIERLE; KONISKY. 2001. What are we gaining from stakeholder involvement? Observations from environmental planning in the Great Lakes. **Environment and Planning C: Government and Policy** n. 19, 2001. [pp: 515–527].
- BENTRUP. Evaluation of a collaborative model: A case study of analysis of watershed planning in the Intermountain West. **Environmental Management**, n. 27, 2001. [pp: 739–748].
- BERCOVICI, Gilberto. A descentralização de políticas sociais e o federalismo cooperativo brasileiro. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 3, n. 1, p.13-28, mar.2002.
- BRASIL. **Constituição da Republica Federativa do Brasil**, de 5 de outubro de 1988. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: <[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)>. Acesso em: 05.jan.2017.
- \_\_\_\_\_. **Lei nº 8.080. 19 de setembro de 1990**. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm)>. Acesso em: 05.jan.2017.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 8.142, de 28 dezembro de 1990.** Disponível em:  
<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8142.htm)>. Acesso em: 05.jan.2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde/INAMPS. **Resolução nº 273, de 17 de julho de 1991.**

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretária Nacional de Assistência à Saúde. **Portaria nº 234, de 10 de fevereiro de 1992.**

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 545, de 20 de maio de 1993.**

BRETAS JUNIOR, Nilo; SHIMIZU, Helena Eri. Reflexões teóricas sobre governança nas regiões de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**. 2017, vol.22, n.4, pp.1085-1095.

BROWN, A. J. Collaborative governance versus constitutional politics: Decision rules for sustainability from Australia's South East Queensland forest agreement. **Environmental Science and Policy**. 2002; 5:19–32.

BURGER et al. 2001. Science, policy, stakeholders, and fish consumption advisories: Developing a fish fact sheet for Savannah River. **Environmental Management**. n. 27 [pp. 501–514].

CARVALHO, B. G.; MARTIN, G. B.; CORDONI JUNIOR, L. A organização do sistema de saúde no Brasil. In: ANDRADE, S. M.; SOARES, D. A.; CORDONI JUNIOR, L. **Bases da Saúde Coletiva**. Londrina: Editora UEL, cap.2, 2001.

CHRISLIP, David; LARSON, Carl E; **Collaborative leadership: How citizens and civic leaders can make a difference**. San Francisco, CA: Jossey-Bass. 1994.

CHRIS. Theorizing collaboration practice. **Public Management Review** n. 5, 2003. [pp. 401–423].

DANIEL; WALKER. **Working through environmental conflict: The collaborative learning approach**. Westport, CT: Praeger, 2001.

DOURADO, Daniel de Araujo; ELIAS, Paulo Eduardo Mangeon. Regionalização e dinâmica política do federalismo sanitário brasileiro. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 204-211, 2011.

DOURADO,D.A. **Regionalização e federalismo sanitário no Brasil**. 2010. 182p. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2010.

FLEURY, S.; OUVENERY, A.M. Política de Saúde: uma política social. In: GIOVANELLA, L. et al. (org.), **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012. P. 31-66.

FUTRELL, Robert. Technical adversarialism and participatory collaboration in the U.S. chemical weapons disposal program. **Science, Technology, & Human Values** 2003; 28:451–82.

GEOGHEGAN; YVES. Beyond community involvement: Lessons from the insular Caribbean. **Parks** n. 12 v. 2, 2002. [pp. 16–26].

GRAY, Barbara. **Collaborating: Finding common ground for multi-party problems**. San Francisco, CA: Jossey-Bass. 1989.

HEIKKILA, Tanya; GERLAK, Andrea K. The formation of large-scale collaborative resource management institutions: Clarifying the roles of stakeholders, science, and institutions. **Policy Studies Journal**. 2005; 33:583–612.

IMPERIAL, Mark. Using collaboration as a governance strategy: Lessons from six watershed management programs. **Administration & Society** 2005; 37:281–320.

KHADEMIAN, ANNE; EDWARD WEBER. From agitation to collaboration: Clearing the air through negotiation. **Public Administration Review** 1997; 57 (5): 396–410

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina Andrade. **Técnicas de Pesquisa**. São Paulo: Atlas, 1991. 205p

LIMA, Luciana Dias de et al. Regionalização da saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, Lígia et al (Org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012. p. 823-852.

LOGSDON, JEANNE. Interests and interdependence in the formation of social problem-solving collaborations. **Journal of Applied Behavioral Science**. 1991; 27:23–37.

MANRING; PEARSALL. Creating an adaptive ecosystem management network among stakeholders of the Lower Roanoke River, North Carolina, USA. **Ecology and Society**

MARGERUM 2001. Organizational commitment to integrated and collaborative management: Matching strategies to constraints. **Environmental Management**, n. 28, 2001. pp: 421–31.

MELLO, G. A.; VIANA, A. L. D. Uma história de conceitos na saúde pública: integralidade, coordenação, descentralização, regionalização e universalidade. **Hist. cienc. saúde-Manguinhos**, v. 19, n. 4, p. 1219- 1240, 2012.

MENDES, Gilmar Ferreira; COELHO, Inocêncio Mártires; BRANCO, Paulo Gustavo Gonet. **Curso de direito constitucional**. 4. ed. São Paulo: Saraiva, 2009.

MERRIAM, S., B. (2009). **Qualitative research**. A guide to design and implementation, (2nd e.d.) San Francisco, CA: Jossey-Bass, 2009.

MESQUITA, Rosélia M. S. **Consensos da comissão intergestores regional para a organização do sistema regional de saúde**. 2011 83 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Fundação Edson Queiroz, Universidade de Fortaleza, Fortaleza.

MURDOCK, Barbara; WIESSNER, Carol; SEXTON, Ken. 2005. **Stakeholder participation in voluntary environmental agreements: Analysis of 10 Project XL case studies**. *Science, Technology & Human Values* 30:223–50.

NASCIMENTO, V.B.do. **SUS Pacto Federativo e Gestão Pública**. HUCITEC/CESCO. São Paulo: Aderaldo & Rothschild Editores, 2007.

NORONHA, José Carvalho de; LIMA, Luciana Dias de; MACHADO, Cristiani Vieira. O Sistema Único de Saúde – SUS. In: GIOVANELLA, Lígia et al (Org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012. p. 365-393.

OZAWA, P. Improving citizen participation in environmental decision making: The use of transformative mediator techniques. **Environment and Planning C: Government and Policy**. 1993. 11:103–17.

PADILLA et al . 1998. Inter-agency collaboration in an international setting. **Administration in Social Work**, n. 22, v. 1, 1998. [pp: 65–81].

PAIM, J.S. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

PAIVA. Elementos para uma epistemologia da cultura midiática. **Revista Culturais Midiáticas** Ano I, n. 01, jul./dez./2008. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufpb.br/index.php/cm/article/view/11622/0>>. Acesso em: 15 jun 2018.

PARAÍBA. SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE. Estatuto do Conselho de Secretarias Estaduais de Saúde da Paraíba. 2015. Disponível em: <[www.saude.pb.gov.br/web\\_data/saude/copasems/Regimento.doc](http://www.saude.pb.gov.br/web_data/saude/copasems/Regimento.doc)>. Acesso em: 10 jun 2018.

\_\_\_\_\_. SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE. **Regimento Interno**, 2015. Disponível em: <[www.saude.pb.gov.br](http://www.saude.pb.gov.br)>. Acesso em: 10 jun 2018.

VELOSO, J. F. A. et. al., 2011. **Gestão municipal no Brasil**, um retrato das prefeituras. Secretária de Assuntos Estratégicos da Presidência da República. Governo Federal. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, Brasília.

VIANA, A.L; LIMA, L.D; FERREIRA, M.P; **Condicionantes estruturais da regionalização na saúde**: tipologias dos colegiados de Gestão Regional. ABRASCO, v.15, n. 5, agosto, 2010.

VIANA, A. L. D. As diferentes institucionalidades da política social no Brasil no período de 1995 a 2010. In VIANA, A.L.D.; LIMA, L.D. (Org.). **Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil**. Rio de Janeiro: Contra-Capa, 2011, p. 21 - 29.

VIANA, A. L. D.; MACHADO, C. V. Proteção social em saúde: um balanço dos 20 anos do SUS. **Physis**, Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 18, n.4, p.645-684, 2008.

RAMOS, Paulo Roberto Barbosa. **Federalismo e descentralização territorial em perspectiva comparada**: os sistemas do Brasil e da Espanha. Porto Alegre: Sergio Antonio Fabris Ed., 2012.

RAMOS, EDITH M. B.; NETTO, EDSON B. DE M. O Federalismo e o Direito à Saúde na Constituição Federal de 1988: limites e possibilidades ao estabelecimento de um autêntico federalismo sanitário cooperativo no Brasil. **Revista Jurídica**, v.04, n.49, p.304-330, 2017

REILLY, Thom. Collaboration in action: An uncertain process. **Administration in Social Work** 2001; (1): 53–73.

ROCHA, C.V. Significados e tendências do federalismo e das relações intergovernamentais no Brasil e na Espanha. In: HOCHMAN, G; FARIA, C. A. P. de. **Federalismo e políticas públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2013, p.29-63.

ROUSSOS et al 2000. A review of collaborative partnerships as a strategy for improving community health. **Annual Review of Public Health**, n. 21, 2000. [pp. 269–402].

SANTOS, L.; ANDRADE, L.O.M. **SUS: O Espaço da Gestão Inovada e dos Consensos Interfederativos**: aspectos jurídicos, administrativos e financeiros. 2. ed. Campinas, SP: Saberes Editora, 2009.

SANTOS, L. **Sistema Único de Saúde: os desafios da gestão interfederativa**. Campinas, SP: Saberes Editora, 2013.

SHIMIZU, H. E. Percepção dos gestores do Sistema Único de Saúde acerca dos desafios da formação das Redes de Atenção à Saúde no Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 23, n.4, 2013.

SILVA, José Afonso da. **Curso de direito constitucional positivo**. 39. ed. São Paulo: Malheiros, 2016.

SMITH, Susan. 1998. Collaborative approaches to Pacific Northwest fisheries management: The salmon experience. **Willamette Journal of International Law and Dispute Resolution** n. 6, v. 29, 1998.

SUSSIND, Lawrence; CRUIKSHANK, Jeffrey; Breaking the impasse: Consensual approaches to resolving public disputes. **New York: Basic Books**. 1987.

TAVARES, André Ramos. **Curso de direito constitucional**. 11. ed. São Paulo: Saraiva, 2013.

TETT, Lynn; CROWTHER; O'HARA. Collaborative partnerships in community education. **Journal of Education Policy**, n. 18, 2003. [pp: 37–51].

VANGEN, Siv; HUXHAN, Chris; Enacting leadership for collaborative advantage: Dilemmas of ideology and pragmatism in the activities of partnership managers. **British Journal of Management** 2003a. 14:S61–76.

VIANA, A. L. D. Descentralização, regionalização e instâncias governamentais no Sistema Único de Saúde. In VIANA, Ana Luiza D; LIMA, Luciana D (Orgs). **Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil**. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2011, p. 39 – 63.

WAAGE, S. A. (Re)claiming space and place through collaborative planning in rural Oregon. *Political Geography*, n. 20, 2001. [pp: 839–857].

WALTER, Uta, and Christopher Petr. 2000. A template for family centered interagency collaboration. *Families in Society: The Journal of Contemporary Human Services*, n. 81, 2000. [pp. 494–503].

WARNER, Jeroen F. More sustainable participation? Multi-stakeholder platforms for integrated catchment management. *Water Resources Development* 22 2006; (1): 15–35.

WEECH-MALDONADO; MERRILL. Building partnerships with the community: Lessons from the Camden Health Improvement Learning Collaborative. *Journal of Healthcare Management*, n. 45, 2000. [pp:189–205].

WONDOLLECK; YAFFEE. **Making collaboration work: Lessons from innovation in natural resource management.** Washington, DC: Island Press Huxham, 2000.

YAFFEE, Steven L.; WONDOLLECK, Julia. Collaborative ecosystem planning processes in the United States: Evolution and challenges. *Environments* 2003; 31 (2): 59–72

# APÊNDICES

## APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO SEMIESTRUTURADO



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA  
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO PÚBLICA E COOPERAÇÃO  
INTERNACIONAL  
MESTRADO ACADÊMICO EM GESTÃO PÚBLICA E COOPERAÇÃO  
INTERNACIONAL**

**Pesquisador: SALMON CARLOS VITORINO  
Orientador: Prof. Dr. Vanderson Gonçalves Carneiro  
Coorientador: Prof. Dr. André Bonifácio de Carvalho  
Título: GOVERNANÇA NAS REGIÕES DE SAÚDE: Um estudo na Comissão  
Intergestores Regional (CIR) de saúde da Paraíba**

### ▪ IDENTIFICAÇÃO E PERFIL DO AGENTE PÚBLICO DE SAÚDE

Nome:

Sexo:

( ) feminino

( ) masculino

Data de Nascimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Formação acadêmica:

Formação profissional (profissão):

Instituição/município que atua:

Qual cargo/função atual?

No cargo/função desde de:

Qual era sua atuação profissional antes ao cargo/função atual:

Telefone/Whatsapp:

E-mail:

### ▪ ROTEIRO DE PERGUNTAS SOBRE A CIR DA 1ª REGIÃO DE SAÚDE DA PB

1. Qual seu nível de satisfação em relação ao papel que a CIR tem como espaço de fortalecimento da governança do SUS? (a) insatisfeito; (b) medianamente insatisfeito; (c) neutro ou indiferente; (d) medianamente satisfeito e (e) satisfeito.
2. As ações e atividades da CIR repercutem na atuação da Secretaria de Estado de Saúde? (a) concordo totalmente; (b) concordo em parte; (c) discordo em parte; (d) discordo totalmente e (e) não sei.

3. Cite até 3 fatores têm favorecido ou dificultado o funcionamento da CIR como instância de negociação e pactuação intergovernamental na 1ª Região de Saúde da PB?
  - (a) Favoráveis
  - (b) Dificultadoras
4. Na sua opinião o relacionamento histórico e político entre os municípios que fazem parte da 1ª Região de Saúde pode influenciar nos avanços dos trabalhos da CIR? (a) concordo totalmente; (b) concordo em parte; (c) discordo em parte; (d) discordo totalmente e (e) não sei.
5. Qual seu nível de satisfação em relação a participação dos municípios da 1ª Região de Saúde nas reuniões da CIR? (a) insatisfeito; (b) medianamente insatisfeito; (c) neutro ou indiferente; (d) medianamente satisfeito e (e) satisfeito.
6. Em relação a sua participação, ou de representantes técnicos do seu município, às reuniões da CIR potencializa a capacidade do seu município na solução de problemas? (a) concordo totalmente; (b) concordo em parte; (c) discordo em parte; (d) discordo totalmente e (e) não sei.
7. Em relação as diferenças existentes entre os municípios, especificamente, em relação a poder e recursos (financeiros, humanos e material) na sua visão, essas diferenças influenciam a capacidade dos agentes públicos dos municípios apresentarem suas propostas/pautas na CIR? (a) concordo totalmente; (b) concordo em parte; (c) discordo em parte; (d) discordo totalmente e (e) não sei.
8. Qual seu nível de satisfação em relação a liderança na condução das reuniões da CIR pelo agente público designado para esse papel? (a) insatisfeito; (b) medianamente insatisfeito; (c) neutro ou indiferente; (d) medianamente satisfeito e (e) satisfeito.
9. Cite até 3 procedimentos que poderiam ser adotados, pelo agente público que conduz a reunião, para o aperfeiçoamento das reuniões?
10. Além dos secretários e técnicos municipais de saúde outras pessoas e instituições participam das reuniões da CIR contribuindo e apresentando suas demandas na área da saúde? (a) concordo totalmente; (b) concordo em parte; (c) discordo em parte; (d) discordo totalmente e (e) não sei.
11. Qual seu nível de satisfação em relação aos seguintes aspectos nas reuniões da CIR: (a) insatisfeito; (b) medianamente insatisfeito; (c) neutro ou indiferente; (d) medianamente satisfeito e (e) satisfeito.
  - (a) Construção de confiança
  - (b) Respeito mútuo
  - (c) Compreensão compartilhada
  - (d) Desenvolvimento de compromisso nas reuniões da CIR
12. Cite até três principais avanços e desafios dos trabalhos desenvolvidos pela CIR?
  - (a) Avanços
  - (b) Desafios
13. Por favor, faça as considerações adicionais que o(a) Sr.(a) considera importante sobre o assunto.

**Obrigado por sua participação!**

## APÊNDICE B – ROTEIRO DE APOIO PARA A OBSERVAÇÃO DIRETA

Reunião do tipo:

Local:

Data:

Período:

Roteiro de observação direta aplicado durante as reuniões realizada pela CIR da 1ª Região de Saúde da Paraíba.

<p><b>1. História prévia (conflito e/ou cooperação);</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Falas entre participantes que pudessem fornecer evidências relacionadas ao contexto histórico de conflito ou cooperação entre os municípios da 1ª Região de saúde.</li> </ul>	Comentários do observador
<p><b>2. Incentivos à participação;</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Registro de falas dos participantes relacionadas a estarem motivadas em participar das reuniões por entenderem que há impacto na solução dos problemas dos municípios.</li> </ul>	Comentários do observador
<p><b>3. Desequilíbrio de poder;</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar durante as falas se o fato da assimetria de poder e recursos existentes entre os municípios e uma barreira para apresentar suas demandas, além de conseguir ou propor colaboração com os demais municípios.</li> </ul>	Comentários do observador
<p><b>4. Liderança e desenho institucional;</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Observar se quem conduz a reunião promove um bom controle para participação de todos, além disso, se há regras claras em relação ao formato das reuniões, e se estas são seguidas e apontam para facilitar a participação de todos durante as reuniões.</li> </ul>	Comentários do observador
<p><b>5. Diálogo face a face;</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar se a interação entre os membros durante as reuniões há relacionamento mais próximo tratar das pautas e informes.</li> </ul>	Comentários do observador
<p><b>6. Construção de confiança;</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar se há durante o discurso dos membros evidências que se relacionem com</li> </ul>	Comentários do observador

garantias sob os encaminhamentos definidos na reunião.	
<b>7. Desenvolvimento e compromisso;</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Analisar se durante a reunião se há afirmação e comprometimentos dos encaminhamentos colocados.</li></ul>	Comentários do observador
<b>8. Visão compartilhada;</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Observar se durante a reunião há momentos em que há consenso sobre algum caso seja solução ou problema dentro do contexto da gestão da saúde;</li></ul>	Comentários do observador

**Considerações adicionais do observador:**

**APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO PÚBLICA E COOPERAÇÃO**  
**INTERNACIONAL**  
**MESTRADO ACADÊMICO EM GESTÃO PÚBLICA E COOPERAÇÃO**  
**INTERNACIONAL**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Esta pesquisa intitula-se, **GOVERNANÇA NAS REGIÕES DE SAÚDE: Um estudo na Comissão Intergestores Regional (CIR) de saúde da Paraíba**, e está sendo desenvolvida por: Salmon Carlos Vitorino do Curso de Mestrado Acadêmico em Gestão Pública e Cooperação Internacional da Universidade Federal da Paraíba, sob orientação do Prof. Dr. Vanderson Gonçalves Carneiro e Prof. Dr. André Bonifácio de Carvalho.

O objetivo da pesquisa é **compreender o processo de governança colaborativa a partir das percepções dos agentes públicos na Comissão Intergestores Regional (CIR) da 1ª Região de saúde do estado da Paraíba**.

A sua participação na pesquisa é voluntária e, portanto, o (a) senhor (a) não é obrigado (a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo pesquisador (a). Caso decida não participar da pesquisa, ou resolver a qualquer momento desistir de participar, não sofrerá nenhum dano, prejuízo.

Para o desenvolvimento desta pesquisa serão executados os seguintes procedimentos:

- Aplicação de um questionário;
- Preenchimento de formulário na análise de fontes documentais;
- Observação direta de reuniões;

Não é previsto que você tenha nenhuma despesa na participação nesta pesquisa ou em virtude da mesma. Ressaltamos ainda que, no caso de eventuais danos acarretados pela sua participação no presente estudo, você será plenamente indenizado, conforme determina a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (CNS/MS).

Solicito sua permissão, como também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos científicos e publicar em revista científica. Será garantida a privacidade dos dados e informações fornecidas, que se manterão em caráter confidencial. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em completo sigilo, nem serão utilizadas quaisquer imagens ou informações que permitam a sua identificação.

O pesquisador (a) responsável estará a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Clicando na opção abaixo **concordo** o(a) senhor(a) declara que foi devidamente esclarecido (a) e dá o consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados. Estando ciente que receberá uma cópia desse documento. Fica registrado, também, que tem conhecimento de que essas informações, dados e/ou material serão usadas pelo (a) responsável pela pesquisa com propósitos científicos.

**APÊNDICE D – CARTA DE APRESENTAÇÃO AOS ENTREVISTADOS****UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA****Pesquisador: SALMON CARLOS VITORINO****Orientador: Prof. Dr. Vanderson Gonçalves Carneiro****Coorientador: Prof. Dr. André Bonifácio de Carvalho****Título: GOVERNANÇA NAS REGIÕES DE SAÚDE: Um estudo na Comissão Intergestores Regional (CIR) de saúde da Paraíba**

Sr(a). Agente pública de saúde,

Saudações,

O(A) sr(a) é nosso convidado(a) para participar desta pesquisa sobre percepção dos agentes públicos acerca das práticas de gestão com colaboração, no âmbito dos trabalhos da Comissão Intergestores Regional (CIR) da 1ª Região de Saúde da Paraíba. Trata-se de uma pesquisa acadêmica, desenvolvida pelo discente Salmon Carlos Vitorino do Programa de pós-graduação de Mestrado Acadêmico em Gestão pública e Cooperação Internacional (PGPCI) da Centro de Ciências Sociais (CCSA) da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), contando com apoio de Professor do Departamento de Promoção da Saúde (DPS) do Centro de Ciências Médicas (CCM) da UFPB.

A finalidade dessa pesquisa é auxiliar o desenvolvimento de procedimentos de gestão pública que possam contribuir com o aperfeiçoamento do papel das Comissões Intergestores Regionais nas Regiões de Saúde na Paraíba.

As suas opiniões e informações têm grande importância e relevância para a análise da pesquisa. Em sendo assim, estamos contando com a sua colaboração, no preenchimento de respostas para as questões apresentadas no formulário abaixo e, ao final, clique na tecla “Gravar”, para que este seja automaticamente enviado para o nosso banco de dados. Responder o formulário demandará alguns minutos do seu tempo, mas reiteramos a importância de sua participação.

Caso o (a) Sr (a) aceite em participar, a sua identificação será resguardada e mantida em sigilo total, ou seja, não haverá em nenhuma hipótese, divulgação dos nomes dos participantes e dos municípios. Ao final do trabalho, os participantes receberão por e-mail, uma cópia do Relatório Final da Pesquisa.

Agradecemos antecipadamente por sua valiosa colaboração.

“Em defesa e aperfeiçoamento do SUS.”