

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE CIÊNCIAS ECONÔMICAS
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS ADMINISTRATIVAS
CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISAS EM ADMINISTRAÇÃO**

TAINÁ RODRIGUES GOMIDE SOUZA PINTO

**A GOVERNANÇA DA POLÍTICA MUNICIPAL DE SAÚDE E AS
DEMANDAS MUNICIPAIS NO CONTEXTO DA
COORDENAÇÃO FEDERATIVA**

BELO HORIZONTE – MG
Junho de 2018

TAINÁ RODRIGUES GOMIDE SOUZA PINTO

**A GOVERNANÇA DA POLÍTICA MUNICIPAL DE SAÚDE E AS
DEMANDAS MUNICIPAIS NO CONTEXTO DA COORDENAÇÃO
FEDERATIVA**

Tese apresentada ao Centro de Pós-Graduação e Pesquisas em Administração, da Universidade Federal de Minas Gerais (CEPEAD/UFMG), para obtenção do título de Doutor em Administração.

Linha de Pesquisa: Estudos organizacionais e Sociedade.

Orientador: Professor Doutor Ivan Beck Ckagnazaroff

Ficha Catalográfica

P659g
2018

Pinto, Tainá Rodrigues Gomide Souza.

A governança da política municipal de saúde e as demandas municipais no contexto da coordenação federativa [manuscrito] / Tainá Rodrigues Gomide Souza Pinto. – 2018.
251 f., il.

Orientador: Ivan Beck Ckagnazaroff

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Minas Gerais, Centro de Pós-Graduação e Pesquisa em Administração.

Inclui bibliografia (f. 223-233), apêndices.

1. Saúde pública – Administração – Viçosa (MG) - Teses. 2. Saúde pública – Administração – Brasil - Teses. 3. Governança – Teses. I. Ckagnazaroff, Ivan Beck. II. Universidade Federal de Minas Gerais. Centro de Pós-Graduação e Pesquisa em Administração. III. Título.

CDD: 614.981

Elaborada pela Biblioteca da FACE/UFMG – FPS59/2018



Universidade Federal de Minas Gerais
Faculdade de Ciências Econômicas
Departamento de Ciências Administrativas
Centro de Pós-Graduação e Pesquisas em Administração

ATA DA DEFESA DE TESE DE DOUTORADO EM ADMINISTRAÇÃO da Senhora **TAINÁ RODRIGUES GOMIDE SOUZA PINTO**, REGISTRO Nº 206/2018. No dia 29 de junho de 2018, às 14:00 horas, reuniu-se na Faculdade de Ciências Econômicas da Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG, a Comissão Examinadora de Tese, indicada pelo Colegiado do Centro de Pós-Graduação e Pesquisas em Administração do CEPEAD, em 19 de junho de 2018, para julgar o trabalho final intitulado "**A Governança da Política Municipal de Saúde e as Demandas Municipais no Contexto da Coordenação Federativa**", requisito para a obtenção do Grau de Doutor em Administração, linha de pesquisa: **Estudos Organizacionais e Sociedade**. Abrindo a sessão, o Senhor Presidente da Comissão, Prof. Dr. Ivan Beck Ckagnazaroff, após dar conhecimento aos presentes o teor das Normas Regulamentares do Trabalho Final, passou a palavra à candidata para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa da candidata. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença da candidata e do público, para julgamento e expedição do seguinte resultado final:

- APROVAÇÃO;
- APROVAÇÃO CONDICIONADA A SATISFAÇÃO DAS EXIGÊNCIAS CONSTANTES NO VERSO DESTA FOLHA, NO PRAZO FIXADO PELA BANCA EXAMINADORA (NÃO SUPERIOR A 90 NOVENTA DIAS);
- REPROVAÇÃO.

O resultado final foi comunicado publicamente à candidata pelo Senhor Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, o Senhor Presidente encerrou a reunião e lavrou a presente ATA, que será assinada por todos os membros participantes da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 29 de junho de 2018.

NOMES

ASSINATURAS

Prof. Dr. Ivan Beck Ckagnazaroff ORIENTADOR (CEPEAD/UFMG)
Prof. Dr. José Angelo Machado (FAFICH/UFMG)
Profª. Drª. Telma Maria Gonçalves Menicucci (FAFICH/UFMG)
Prof. Dr. Ricardo Carneiro (Fundação João Pinheiro/MG)
Profª. Drª. Simone Martins (Universidade Federal de Viçosa/ MG)

“Não oreis por uma vida fácil. Orai por serdes homens mais fortes. Não oreis por tarefas iguais as vossas forças. Pedi por forças iguais as vossas tarefas. Então, o produto de vosso trabalho não será um milagre, mas vós sereis um milagre.”

Philip Books

Dedico às minhas amadas filhas, Marcela e Raquel, por estarem juntas comigo nesta jornada, literalmente; por serem a razão de todo este trabalho; por significarem tudo para mim. Aos meus queridos pais, Lúcio e Gamali, pelo incessante apoio, sabedoria e imensurável amor. Ao meu companheiro de vida, Marcelo, pelo apoio incondicional, companheirismo, incentivo e amor.

AGRADECIMENTOS

Louvo e agradeço a Deus, pelas incontáveis bênçãos, por ser minha fonte de vida, fé e força.

À minha família, que amo tanto, pela dedicação e apoio que demonstraram durante todo o processo de doutoramento; em especial, aos meus pais, Lúcio e Gamali, por estarem sempre ao meu lado e por se dedicarem a mim e às minhas filhas.

Às minhas queridas filhas, Marcela e Raquel, que trouxeram mais vida, amor e alegria à minha vida.

Ao meu amado marido, Marcelo, pelo esforço desmedido em me ajudar, pela compreensão de sempre, pelo carinho e amor.

Aos meus irmãos, Raissa, Igor, Naia e Pedro, pela torcida e carinho; em especial, à Raissa e ao Pedro, pelo apoio logístico e aconchego em Belo Horizonte.

Ao Professor Ivan Beck, pela paciência, amizade, orientação, ensinamentos, incentivo, compreensão, ideias e sugestões. Um exemplo de grande profissional, pesquisador e professor.

Aos membros da banca de avaliação, Professores José Ângelo Machado, Ricardo Carneiro, Simone Martins e Telma Menicucci, pela participação e julgamento desta tese e pelos apontamentos e sugestões que enriquecem nosso trabalho.

Aos colegas, professores e técnicos administrativos do Centro de Pesquisa em Administração (CEPEAD) da Universidade Federal de Minas

Gerais, pelos agradáveis momentos de convivência e apoio, pelos ensinamentos e por toda contribuição à minha formação profissional.

Aos meus grandes amigos, pela eterna amizade, convívio e companheirismo; em especial, à Simone, pela amizade com a qual sempre soube que poderia contar.

Aos professores e técnico-administrativos da Universidade Federal de Viçosa, em especial, do Departamento de Administração e Contabilidade da UFV, pela torcida e pelo apoio logístico durante essa jornada.

SUMÁRIO

	Página
LISTA DE QUADROS	Vii
LISTA DE TABELAS	Viii
LISTA DE FIGURA	iX
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	X
RESUMO.....	Xiii
ABSTRACT	Xiv
1. INTRODUÇÃO	1
2. FEDERALISMO.....	7
3. FEDERALISMO NO BRASIL.....	19
4. COORDENAÇÃO FEDERATIVA DE POLÍTICAS PÚBLICAS.....	26
4.1. A coordenação federativa da política pública de saúde	36
5. GOVERNANÇA PÚBLICA	46
5.1. Governança como estrutura	47
5.2. Governança como processo	58
5.3. Governança da política municipal de saúde	70
6. ESQUEMA DE ANÁLISE	79
7. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	85
7.1. Delineamento da pesquisa	85
7.2. A escolha da Política Pública de Saúde de Viçosa-MG	87
7.3. Coleta de dados	90
7.3.1. Entrevista	91
7.3.2. Pesquisa documental	93
7.3.3. Observação não participante	95
7.4. Análise e tratamento dos dados	96

	Página
8. ANÁLISE DOS DADOS.....	99
8.1. Coordenação Federativa	100
8.1.1. Comando	100
8.1.2. Autonomia	108
8.1.3. Cooperação.....	115
8.1.4. Responsabilidade	127
8.2. Governança Pública	134
8.2.1. Governança como Processo	134
8.2.2. Governança como Estrutura	196
8.3. Demandas Municipais	204
CONSIDERAÇÕES FINAIS	219
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	223
APÊNDICE 1	235
APÊNDICE 2	240

LISTA DE QUADROS

	Página
1. Esquema para compreensão da assimilação das demandas municipais no setor da saúde na governança pública municipal no contexto da coordenação federativa	82
2. Municípios da Microrregião de Viçosa - MG.....	88
3. Codificação dos Entrevistados	93
4. Dimensões e Categorias	97
5. Síntese da dimensão Coordenação Federativa.....	133
6. Síntese da dimensão Governança Pública.....	202
7. Síntese da dimensão Demandas Municipais.....	217

LISTA DE TABELAS

	Página
1. Origem dos Recursos da Saúde do Município de Viçosa-MG.....	108
2. Aplicação de recursos orçamentários em saúde pela PMV, período de 2014 a 2017.....	155
3. Indicadores de Saúde do município.....	177

LISTA DE FIGURA

	Página
1. Análise do processo de governança local no contexto federativo..	81

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APAE - Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais
CAPS - AD Centro de Atendimento Psicossocial Álcool e Droga
CEAE - Centro Estadual de Atenção Especializada
CEO - Centro Especializado de Odontológico
CEM - Centro Especializado Municipal
CF – Constituição Federal
CIB - Comissão Intergestores Bipartite
CIH - Comunicação de Internação Hospitalar
CIR - Comissão Intergestoras Regionais
CIRA - Comissão Intergestora Regional Ampliada
CISMIV-Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião de Viçosa
CIT - Comissão Intergestores Tripartite
CONASEMS-Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde
CONASS - Conselho Nacional dos Secretários de Saúde
COSEMS - Conselho de Secretários Municipais de Saúde
CNS - Cartão Nacional de Saúde
CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
EC - Emenda Constitucional
DNASUS - Departamento Nacional de Auditoria do SUS
FORMSUS - Formulário SUS
GAL - Gerenciamento de Amostras Laboratoriais
GRS - Gerência Regional de Saúde
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMRS - Índice Mineiro de Responsabilidade Social
n. – Número

NGP - Nova Gestão Pública
NOAS - Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB – Norma Operacional Básica
OGEC - Organização Odontológica Jesus Cristo é o Caminho
ONG's - Organizações Não Governamentais
OSCIPS - Organização da Sociedade Civil de Interesse Público
p. – Página
PAB – Piso de Atenção Básico
PCFAD - Programa de Controle de Febre Amarela e Dengue
PDR-MG-Plano Diretor de Regionalização do Estado de Minas Gerais
PNCD - Programa Nacional de Controle de Dengue
PPI - Programas Pactuados de Integração
PSF - Programa Saúde da Família
MG – Minas Gerais
MS - Ministério da Saúde
RAG - Relatório Anual de Saúde
RAS - Rede de Atenção à Saúde
SAMUR - Serviço de Assistência Médica e Urgência
SIS - Sistemas de Informação da Saúde
SIM - Sistemas de Informação de Mortalidade
SINASC - Sistema de Informação de Nascidos Vivos
SIABMUN - Sistema de Informação da Atenção Básica Municipal
SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SIAPI - Sistema de Informação de Imunização
SAI - Sistema de Informação Ambulatorial
SIHD - Sistema de Informação Hospitalar Descentralizado
SIGAF - Sistema Integrado de Gerenciamento da Assistência Farmacêutica
SIVEP DDA - Sistema de Vigilância Epidemiológica de Doenças Diarréicas Agudas
SUS – Sistema Único de Saúde
TFD - Tratamentos Fora do Domicílio
UFV - Universidade Federal de Viçosa
UNIVIÇOSA - União de Ensinos Superiores de Viçosa

RESUMO

Versa o presente estudo sobre governança da política municipal de saúde no contexto federativo e a assimilação das demandas municipais específicas. A união, a partir de meados da década de 1990, passou a exercer uma influência significativa sobre a formulação e a coordenação da política de saúde; e, o município, a exercer o papel de operacionalizador de tal política. Assim, espera-se que novas formas de governança sejam desenvolvidas para que o governo municipal consiga operacionalizar a política de saúde direcionada pela coordenação federativa e, também, atender as demandas de saúde específicas de seu município. Para a operacionalização da política de saúde pelo município, deve-se considerar que o mesmo não atua de modo isolado, uma vez que está inserido em um contexto, e, para compreender esse processo, é preciso entender a governança pública da política realizada pelo município e a coordenação federativa. Diante da importância de tal compreensão, foi realizado um estudo de caso qualitativo com o objetivo de analisar como a Governança da Política Municipal de Saúde de Viçosa-MG assimila as demandas específicas de seu município, diante da coordenação exercida pelo governo federal. Para tanto, foi elaborado um esquema de análise baseado em três dimensões de análise: 'Coordenação Federativa', 'Governança Pública' e 'Demandas Municipais'. Verificou-se que o arranjo de governança da política de saúde, estabelecido no município, busca dar espaço aos atores não governamentais, mas na prática, reproduzem características históricas brasileiras, como, centralização de recursos, centralização decisória e descontinuidade administrativa, o que não favorece o reconhecimento das demandas municipais específicas por parte do governo municipal. Sobre esse

reconhecimento, foi verificada uma falta de capacidade administrativa por parte do governo municipal, principalmente quanto às demandas específicas do município, e de utilizar as que se apresentam nos procedimentos de tomada de decisão e de planejamento. Essa falta de capacidade administrativa do município, de assimilar suas demandas de saúde específicas, justifica a necessidade do comando federal por parte do município, uma vez que o governo municipal não consegue se organizar administrativamente para reconhecer as próprias demandas. De tal modo, concluiu-se que o governo municipal reage às diretrizes nacionais, e que, em função do predomínio da indução do governo federal, da reduzida autonomia normativa e financeira e da falta de capacidade do governo municipal em propor programas que sejam peculiares ao município de Viçosa-MG, as demandas de saúde assimiladas pela governança pública do município, são as determinadas e estabelecidas pelo governo federal, compatíveis com as necessidades municipais, sendo a coordenação federal determinante para o efetivo atendimento das demandas municipais de saúde.

ABSTRACT

This study aims to discuss municipal health policy in the federative context and the assimilation of specific municipal demands. The federal government, from the mid-1990s, began to exert a significant influence on the formulation and coordination of health policy; and the municipal government became the operator of such policy. Therefore, the development of new forms of governance is expected so that the municipal government is able to operationalize the health policy guided by the federative sphere and also to meet the specific health demands of its municipality. It is important to notice that the operationalization of the health policy by the municipal government should not be considered as an isolated act, since it is inserted in a context, and to understand this process, it is necessary to understand the public governance of the policy carried out by the municipal government and its coordination from the federal sphere. Given the importance of this topic, a qualitative case study was carried out with the objective of analyzing how the Municipal Health Policy Governance of Viçosa-MG assimilates the specific demands of its municipality, towards the coordination exercised by the federal government. For that, an analysis scheme was elaborated based on three dimensions: 'Federative Coordination', 'Public Governance' and 'Municipal Demands'. It was verified that the health policy governance arrangement, established in the city, seeks to give space to non-governmental actors, but in practice, they reproduce Brazilian historical characteristics, such as centralization of resources, decision centralization and administrative discontinuity, which does not favor the recognition of specific municipal demands by the municipal government.

Regarding this recognition, there was a lack of administrative capacity on the part of the municipal government, mainly regarding the specific demands of the municipality, and to use those that are presented in the procedures of decision making and planning. This lack of administrative capacity of the municipality, to assimilate its specific health demands, justifies the need for federal control by the municipality, since the municipal government can not organize itself administratively to recognize its own demands. Thus, it was concluded that the municipal government reacts to national guidelines and, due to the predominance of federal government induction, reduced normative and financial autonomy and lack of capacity of the municipal government to propose programs that are peculiar to municipality of Viçosa-MG, the health demands assimilated by the public governance of the municipality, are those determined and established by the federal government, compatible with the municipal needs, being the federal coordination determinant for the effective attendance of the municipal health demands.

1 INTRODUÇÃO

A partir de 1988, iniciam-se profundas transformações na estrutura político-administrativa brasileira. Com o processo de redemocratização, renasce o federalismo brasileiro e, com as propostas de reforma do Estado brasileiro, novas formas de atuação do Estado e de pensar as políticas públicas começam a emergir. A Constituição da República do Brasil de 1988 estabeleceu o sistema federativo trino, sendo a federação composta por três entes considerados pactuantes originários: a União, os estados membros e os municípios.

No que se refere à gestão pública, novas diretrizes se fizeram presentes, como a descentralização, que transferiu aos entes da federação a responsabilidade por formular, implementar e avaliar as suas próprias políticas, com autonomia administrativa e financeira, voltadas para áreas sociais diversas, tais como assistência social, saúde, educação, direitos da criança e do adolescente e outras. A partir dessas novas diretrizes, o Estado brasileiro passou por inúmeras transformações no que tange à consolidação da autonomia dos municípios, à descentralização de recursos, permitindo que o governo municipal estivesse mais próximo das demandas da sociedade, e que as representações sociais tivessem acesso a esse governo, compartilhando a responsabilidade por tomadas de decisões sobre alguns problemas públicos.

Assim, o processo de redemocratização, que se traduz em um novo momento do federalismo brasileiro, teve como projeto básico o fortalecimento dos governos subnacionais, valorizando o governo municipal e a criação de mecanismos que proporcionaram maior participação da sociedade na gestão pública, criando os conselhos setoriais. Concomitantemente, impôs-se aos municípios o desafio de lidar com as complexidades referentes tanto à diversidade de atores dispostos nas arenas políticas quanto às diversidades das políticas públicas.

Entretanto, o modelo federativo sofreu um novo impacto a partir dos anos da década de 1990, visto que o governo central adotou uma série de ações que buscaram instituir um processo de coordenação federativa em algumas áreas de políticas públicas. Tais ações foram tomadas ao ser percebido que o pacto federativo não seria resultado somente do mandamento constitucional, mas, também, de outros mecanismos que estabelecem a coordenação entre os entes. Assim, conforme preleciona Abrucio (2005), verificou-se que, para implementação das políticas públicas, em um Estado com base federativa, seria necessária a capacidade de instaurar mecanismos de controle mútuo e de cooperação entre os níveis de governo.

Partindo do pressuposto de que um Estado federativo descentralizado não pode prescindir de coordenação, a União, a partir de 1994, introduziu uma série de mecanismos que apresentam uma maior tendência a coordenar determinadas políticas públicas, como na área de saúde, e estabelece atribuições e incentivos financeiros para viabilizar maior comprometimento da gestão municipal. A área da saúde é um dos casos mais interessantes, segundo Abrucio e Franzese (2007), nessa coordenação de políticas públicas exercida pela União, sendo, então, a política de saúde o contexto da análise desta tese. Vale destacar que a Constituição Federal de 1988 determinou que a política de saúde é de responsabilidade das três esferas de governo, devendo ser executada com colaboração intergovernamental, de acordo com o Sistema Único de Saúde¹ (SUS). Assim, conferida uma autonomia ao município, uma vez que esse está mais próximo da população, a execução das atividades do SUS precisou passar por uma coordenação, sendo essa exercida pelo governo federal, e, em menor medida, pelos estados, e operacionalizada pelo governo municipal.

Observa-se, no Brasil, a institucionalização de um federalismo cuja legitimidade passa pelo equilíbrio e combinação de influências do governo

¹ O Sistema Único de Saúde é “o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público”, e têm como objetivos: a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde; a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social; e a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas. (BRASIL, 1990)

central e pressões, iniciativas e demandas municipais, buscando garantias para a competência do governo de legislar e formular políticas a partir de suas unidades; ao mesmo tempo em que flexibiliza a gestão, descentraliza e introduz novos atores nos processos de coordenação das políticas públicas.

A União, a partir de meados da década de 1990, passou a exercer uma influência significativa sobre a formulação e a coordenação de políticas públicas, e o município, a exercer o papel de operacionalizador de tais políticas. Como a maior parcela dos recursos da saúde está centralizada no governo central, os governos municipais podem se tornar influenciados e dependentes, mas, com as prerrogativas de autonomia, são estimulados a funcionar como um contrapeso à concentração de autoridade na União. Para exercer um contrapeso e propiciar um equilíbrio de forças no intuito de garantir uma soberania compartilhada, busca-se proteger tal autonomia.

Mesmo considerando a importância da ação coordenadora exercida pelo governo federal, alguns autores (BUENO e MERHY, 1997; MARQUES e MENDES, 2002) apontam limitações que perpassam pela possibilidade de que as diretrizes nacionais possam impedir que a governança dos municípios seja realizada de fato com base nas necessidades municipais. Ou seja, eles ressaltam, nesse tipo de contexto federativo, a possibilidade de que a coordenação e a indução do governo nacional limitem a autonomia do município e o atendimento das demandas municipais específicas.

Diante desse cenário de coordenação de políticas públicas exercido pelo governo federal, esperava-se que novas formas de gerenciar políticas públicas sejam desenvolvidas pelos governos municipais. Ocorre, no entanto, que a reforma, ocorrida em 1994, na forma de condução de algumas políticas públicas, mais especificamente na área de saúde, fortaleceu a verticalização das relações federativas, e novas formas de governança deveriam ser desenvolvidas para que o governo municipal conseguisse operacionalizar a política de saúde direcionada pela coordenação federativa e, também, atender as demandas de saúde específicas de seu município.

Para a operacionalização da política de saúde pelo município, deve-se considerar que o mesmo atua em um contexto federativo e, para compreender esse contexto, é preciso entender a governança da política realizada pelo município e a coordenação federativa. A compreensão da governança

municipal, especialmente dos processos e dos arranjos estruturais da política e dos atores, pode colaborar no alcance dos objetivos da coordenação federativa da política pública de saúde seja alcançado e, principalmente, que as demandas municipais de saúde específicas sejam atendidas. Para a consolidação de um arranjo de governança na área da saúde municipal, é necessário não somente o aperfeiçoamento de competências técnicas e gerenciais, mas, também, o enfrentamento dos dilemas políticos, a definição das responsabilidades federativas, o estabelecimentos de articulação com os diversos atores envolvidos, um maior envolvimento com os atores não governamentais (mercado e sociedade civil), o reconhecimento das demandas municipais específicas, a construção de bases consistentes de planejamento municipal, o estabelecimento de uma rede integrada para a execução da política em âmbito municipal e a adoção de procedimentos que favoreçam à *accountability*.

Importa considerar que, apesar dos desafios a serem enfrentados, o desenho institucional do SUS torna os municípios um local privilegiado para o reconhecimento das demandas de saúde da sociedade e de resoluções dos desafios e dilemas. Assim, necessário se faz o desenvolvimento de bases consistentes de governança municipal capazes de fornecer suporte técnico, gerencial e político às políticas de saúde (FLEURY *et al*, 2010).

Diante do exposto, o presente estudo buscou resposta para o seguinte problema de pesquisa: como a Governança da Política Municipal de Saúde de Viçosa-MG assimila as demandas de saúde específicas do município, considerando a coordenação federativa exercida pelo governo federal? Necessário se faz ressaltar que este estudo trata de um ponto específico da gestão da política municipal de saúde, embora relevante; entretanto, para realizar tal análise, necessário se faz um recorte mais amplo, em virtude da necessidade de respeitar o contexto das relações federativas. Dessa forma, o problema de pesquisa proposto reflete um ponto específico, que é a governança da política de saúde municipal e a assimilação das demandas municipais específicas; mas, para considerá-lo, é necessário obter uma visão mais ampla e considerar as relações que ocorrem entre o município, o estado, a União, os atores do mercado e a sociedade civil; daí a escolha por realizar o estudo sob a ótica da governança da política municipal de saúde. Em virtude

da necessidade de análise da governança da política de saúde do município, que respeita o processo-estrutura do SUS, e que está inserida em um contexto de coordenação federativa, é que se chega ao nosso problema de pesquisa.

O que se propõe neste estudo é analisar como a governança da política municipal de saúde de Viçosa-MG assimila as demandas específicas de seu município, diante da coordenação exercida pelo governo federal. Mais especificamente, busca-se:

- analisar a governança municipal da política de saúde, nas dimensões de processo e estrutura;
- analisar como ocorre a governança da política de saúde no contexto de coordenação federativa;
- identificar como as demandas municipais são incorporadas no processo de governança municipal da política de saúde.

Por ser oportuno associar os princípios constitucionais brasileiros às abordagens do federalismo, a presente pesquisa escolheu como base teórica a concepção do federalismo cooperativo defendida por Elazar (1994); ou seja, um federalismo que procura seguir uma orientação em torno das relações de cooperação e coordenação, sem perder de vista a autonomia dos entes subnacionais; e a concepção de governança pública defendida por Peter e Pierre (2006), que consideram o entendimento da mesma a partir da compreensão do processo e da estrutura.

A fim de cumprir os objetivos propostos por esta tese, realizou-se um estudo de caso da política de saúde do município de Viçosa-MG, o que viabilizou uma minuciosa pesquisa. No segundo capítulo, intitulado 'Federalismo', pretendeu-se discorrer sobre os conceitos e tipos de federalismo. No terceiro capítulo, buscou-se entender, de forma sintética, a trajetória da Federação brasileira, particularmente no que tange à identificação de períodos de centralização e de descentralização. Posteriormente, no quarto capítulo, são apresentados apontamentos sobre a importância da coordenação federativa para a gestão municipal da política pública. No quinto capítulo, realiza-se a discussão sobre a governança pública, mais especificamente, no que se refere à estrutura, ao processo e à governança municipal da política de saúde. No sexto capítulo, é apresentado um esquema de análise que tornou possível a compreensão da incorporação das demandas municipais de saúde

pela governança municipal, ante o contexto da coordenação federativa. No capítulo sete, são apresentados os procedimentos metodológicos para a realização da pesquisa. A análise dos dados, realizada por meio da aplicação do esquema de análise, é apresentada no capítulo oito. Por fim, são apresentadas as considerações finais da tese.

Justifica-se essa análise pelo fato de que, embora a descentralização tenha obtido êxito em termos de assunção dos serviços de saúde por parte dos municípios, pelo menos em termos operacionais, diversos trabalhos (ARRETCHE, 2003; OLIVEIRA, 2007) apontam que ainda não foram observados os efeitos produzidos pela coordenação exercida pelo governo federal no que diz respeito aos resultados efetivos da política de saúde, em especial no que concerne ao atendimento das demandas específicas dos municípios. O estudo dos efeitos da coordenação federativa na governança de políticas públicas municipais se torna importante no momento atual, por ser um momento de crise financeira vivenciada no Brasil, em que se verifica uma diminuição da capacidade financeira do governo central em realizar os repasses financeiros aos subnacionais, um aumento dos números de assistidos pelo SUS, em função da diminuição dos assistidos por planos de saúde privados; e também pelo fato do governo federal acenar para a diminuição da coordenação federativa, a partir de várias medidas, como a Portaria n. 3.992 de 2017. Acredita-se, pois, na possibilidade desta tese contribuir com o desenvolvimento de uma linha de pesquisa centrada no campo de governança de políticas públicas, no contexto da coordenação federativa, nas diversas áreas de ação, uma vez que foi identificada uma lacuna na literatura que associa os arranjos de governança à coordenação federativa. Na prática, os achados desta pesquisa podem apresentar novos elementos para auxiliar na construção de instrumentos de análises e de avaliação de governança, ampliando, assim, as possibilidades de estratégias para o seu aperfeiçoamento.

2 FEDERALISMO

Segundo Abrucio (2005, p.1), “a federação é uma forma organizada político-territorial baseada no compartilhamento tanto da legitimidade como das decisões coletivas entre mais de um nível de governo.” O federalismo é um acordo que estabelece um compartilhamento de soberania territorial, uma vez que, apesar das diferenças territoriais, étnico, linguístico, sócio-econômico, cultural e política existente entre os entes autônomos, as relações são contratuais; ou seja, nos Estados federados o poder nacional é consequência de um acordo entre os entes. O modelo federativo é adotado pelos países quando se verifica duas características: a heterogeneidade entre os entes da federação e o ideal de unidade na diversidade. Assim, a partir da heterogeneidade, verificam-se as disparidades; entretanto, a ação política tem como base a noção de unidade. (BURGESS, 1993)

Em países, onde predominam condições homogêneas das regiões que o integram, bem como de sua população em diversas áreas e campos – étnico, religioso, cultural, econômico, etc. – não se verifica a presença de forças descentralizadoras relevantes que coloquem em risco a unidade nacional; não existindo, nesse caso, a necessidade de mecanismos federativos para garantir a formação do Estado nacional, podendo se organizar, politicamente, de forma unitária. Em tais contextos, não há lugar, pelas suas características, para um sistema federativo. Entretanto, em contextos marcados por pluralidades e diversidades entre as regiões, as forças descentralizadoras são fortes e atuam no sentido de preservar a autonomia das unidades subnacionais; nesses, o federalismo aparece como a melhor forma de organização para garantir, por meio da distribuição do poder político territorial, as condições necessárias para a construção da unidade e do Estado nacional. Nesse caso, é ele que representa a melhor resposta para acomodar as divergências existentes, garantir o equilíbrio entre as forças centralizadoras e descentralizadoras e assegurar a unidade nacional. (OLIVEIRA, 2007)

Além da concepção de formação de um estado federativo a partir de suas características étnicas, religiosas, culturais e econômicas, Riker (1964) aponta que o federalismo ressalta a importância do fenômeno político nessa

formação. Para o autor, o federalismo decorre de uma barganha política entre as elites; dessa forma, as características exógenas à política, tais como as diversidades territoriais, bem como de sua população em diversas áreas e campos – étnico, religioso, cultural, econômico - podem importar para definir os interesses das elites, mas por si só não levam ao federalismo.

A partir da verificação da literatura internacional, é possível perceber que o conceito de federalismo tem sido discutido a partir de vários aspectos. Celina Souza (2008), ao estudar as teorias e os conceitos do federalismo, destaca quatro abordagens mais aplicáveis ao contexto federativo brasileiro: o federalismo como descentralização das instituições políticas e das atividades econômicas; o federalismo e a democracia; as federações e o federalismo; e o federalismo como pacto.

De acordo com Souza (2008), o federalismo é entendido como descentralização das instituições políticas e das atividades econômicas uma vez que essas são regionalmente descentralizadas dentro do território nacional. Nessa concepção, as divisões políticas e as negociações são variáveis muito importantes no contexto federativo. Em sua obra *Federalism*, Riker (1975) afirma que os fundamentos do federalismo são a negociação inicial entre os entes que decidem formar uma federação e a descentralização dos partidos políticos. No que diz respeito à formação da federação, segundo esse autor, o federalismo se constitui no momento em que entes autônomos decidem se unir para formar uma nação (*come together*). Em relação à descentralização dos partidos políticos, esta também é entendida por Riker como um dos elementos fundamentais do federalismo. Para o autor, o federalismo é um fenômeno político, que tem como ponto central a “identificação de como as instituições moldam a competição política e criam incentivos para que as elites apoiem ou rejeitem o federalismo” (SOUZA, 2008, p. 30). Nesse sentido, Souza (2008, p. 39) afirma que Riker defendia um federalismo centralizado, ou seja, “um governo federal forte capaz de implementar a barganha federativa contra os demais membros da federação, e da fragmentação dos partidos políticos, para contrabalançar as tendências da ‘tirania da maioria’”.

No início dos estudos sobre o tema, Riker considerava o federalismo como um fenômeno que impedia um bom governo. Mais tarde, o autor se rende e considera o sistema federativo como desejável; entretanto, ressalva que,

para que ele seja mais duradouro, teria que ser centralizado no governo central, tendo esses poderes substanciais. Com suas conclusões, Riker muito contribuiu para o desenvolvimento da teoria do federalismo.

Para Stepan (1999), a concepção de Riker do federalismo como a união dos entes autônomos para formar uma nação (*come together*) é perfeitamente cabível ao caso do federalismo norte-americano; porém, não é a única opção para a formação de um Estado federado. De acordo com Stepan (1999), existe outra possibilidade como ocorre quando há divisão de um governo unitário com o intuito de manter a união (*hold together*). A concepção de Stepan (1999) sobre a formação do estado federativo é que, além da situação na qual os entes autônomos se juntam para formar uma nação, existe também a opção de que tem como base a ideia de manter junto, ou seja, de União. Neste sentido, Stepan (1999, p. 2) afirma:

Algumas das mais importantes federações do mundo se originaram de uma lógica política e histórica completamente diversa. A Índia no final de 1948, a Bélgica em 1969 e a Espanha em 1975 eram sistemas políticos de fortes traços *unitários*. Contudo, nessas três sociedades multiculturais os líderes políticos chegaram à decisão constitucional de que a melhor maneira de "manter a união" em uma democracia era *transferir poder* e transformar seus Estados unitários ameaçados em federações.

A formação do Estado federativo com a concepção de “manter junto”, segundo Almeida (2001), é mais adequada ao caso brasileiro, uma vez que, no Brasil, o sistema federativo foi implementado com a proclamação da república, na qual a União teve seu poder enfraquecido e os estados se fortaleceram. Ou seja, no Brasil o federalismo não foi instituído a partir da ideia de formar uma nação (*come together*), e sim, de manter unido (*hold together*).

Outro ponto de crítica apontada por Stepan (1999) às ideias de Riker se refere ao fato de que o autor não discute em seus artigos sobre o federalismo a questão da democracia, não fazendo distinção entre contextos federativos democráticos e não democráticos. Para Stepan (1999, p. 4), somente é possível o estabelecimento do federalismo em um contexto democrático, pois com a democracia tem-se a “segurança de que o governo central não poderá, à sua discricionariedade, subtrair poder das unidades federativas”. Uma vez que, para que ocorram mudanças no pacto federativo, será necessário emenda

constitucional, devendo ser respeitada a representação dos governos subnacionais no Congresso Nacional (FRANZESE, 2011). Stepan (1999) apoia suas ideias em Dahl, uma vez que ele acredita que, na definição de federalismo, necessariamente é mister a existência de um regime democrático constitucional, que tem condições de proporcionar as garantias confiáveis e os mecanismos institucionais que ajudam a assegurar que as prerrogativas legislativas das unidades da federação serão respeitadas. Para os autores, somente em um regime democrático é possível incorporar as minorias no processo de representação política. Stepan (1999, p. 2) aponta que:

Para Dahl o federalismo é um sistema em que algumas matérias são de exclusiva competência de determinadas unidades locais cantões, estados, províncias e estão constitucionalmente *além* do âmbito de autoridade da União, enquanto outras estão *fora* da esfera de competência das unidades menores. Somente um sistema que seja uma democracia pode construir os sistemas constitucional, legislativo e judiciário relativamente autônomos exigidos pelos requisitos da definição de federação de Dahl.

Nesse contexto, o federalismo pode ser entendido “como um pacto que se estabelece entre forças e interesses divergentes, o qual só pode ser mantido e vigorar num regime democrático” (SOARES, 1997, p. 34).

A partir dessa diversidade existente entre os entes, Souza (2008) aponta a terceira abordagem teórica do federalismo, que se refere à discussão existente entre os termos federalismo e federação. Para Burgess (2006), o conceito de federação envolve uma espécie de organização que possui uma estrutura institucional na qual é possível observar, dentro da concepção de Estado, o governo central e os governos subnacionais. O federalismo é visto como um fato empírico em reconhecimento à diversidade entre as diversas localidades e unidades subnacionais. Assim, a federação é entendida como uma estrutura organizacional e o federalismo como a ideologia política.

Mais do que uma distinção semântica, a necessidade de distinguir federação de federalismo é importante devido à existência de grande variedade na prática dos princípios federativos em cada federação, e da existência de princípios federativos em contextos em que o sistema federativo não; é formalmente adotado. A União Europeia é o exemplo mais claro, ou seja, princípios federativos existem sem a existência de federação. Nesse sentido, pode haver federalismo sem federação, mas o contrário não seria possível do ponto de vista da organização do Estado. (SOUZA, 2008, p.34)

Franceze (2011) destaca a importância desse aspecto, uma vez que considera, como valor essencial ao federalismo, o reconhecimento das diversidades.

Camargo (1999, p. 82) aponta a palavra *foedus* como a “origem do termo ‘federação’ que significa pacto, entendimento, negociação baseada na fidelidade e na confiança”. Neste sentido, Souza (2008) destaca a concepção do federalismo como pacto, tendo como base as ideias de Daniel Elazar. O federalismo como pacto deve ser entendido como um acordo de confiança, estabelecido entre os entes federativos, garantido pela Constituição. Para essa concepção, assim como para a que discute o federalismo e a democracia, a Constituição é essencial em Estados federados, uma vez que, como afirma Elazar (1994), esse documento garante a base não centralizada, com vários centros de poder.

Elazar (1994) e Grodzins (1966) denominaram a concepção do federalismo como pacto de Teoria do Federalismo Cooperativo. A referida denominação deve-se ao fato de que, para a descentralização que se apresenta em um contexto federativo, é necessário um governo central que possa recentralizar quando se fizer necessário. Nesse contexto, o governo central tomaria para si a incumbência de coordenar as atividades exercidas pelos diversos entes federais. Franceze (2011) destaca dois pontos importantes da referida teoria. Um deles é que, além da concepção da não centralização, a mesma defende a ideia de que o federalismo não é composto apenas por normas constitucionais, mas, também, por normas infraconstitucionais e relações intergovernamentais. O segundo ponto destacado pela autora é o fato de que o federalismo é composto não somente por regras autônomas (ou seja, elaboradas por cada ente federativo e aplicado a ele), mas, também, por regras compartilhadas entre os entes; assim, “o pacto não visa apenas garantir a integridade dos pactuantes, mas, também, estabelecer formas de compartilhamento entre eles.” (FRANCEZE, 2011, p. 36). Para Elazar (1994), o federalismo é definido a partir da combinação de regras próprias e regras compartilhadas (*self rule plus shared rule*). Nesse contexto, regras próprias de cada ente autônomo convivem com regras partilhadas entre os entes federativos.

Elazar expõe a concepção de compartilhamento entre os entes da federação ao dizer que “o sistema federal é uma matriz, na qual os entes

federais estão separados e possuem autonomia, mas também, ao mesmo tempo, existe permeabilidade e interdependência entre eles.” (Tradução nossa) (ELAZAR, 1994, p. 142).

A partir da análise da Teoria do Federalismo Cooperativo proposta por Elazar, é possível perceber três termos essenciais à ideia de federalismo: autonomia, relações de cooperação e negociação. Os entes federativos são dotados de autonomia, tendo capacidade de autogoverno, com poder nas áreas política, legal, administrativo e financeiro. Os governos subnacionais possuem direitos originários que não podem ser arbitrariamente retirados pela União (ABRUCIO, 2005). Entretanto, existe, também, em contextos federativos, a premissa de que deve haver interação entre os entes; essas relações de interação têm como base negociações para que o poder seja compartilhado entre os entes. A importância das barganhas para o compartilhamento entre os entes é enfatizada por Elazar (1994, p. 144) que diz: “a maneira de conseguir padrões adequados de compartilhamento é a partir da negociação” (Tradução nossa). Para a teoria do Federalismo Cooperativo, na percepção de seus idealizadores, o que caracteriza uma federação são as interações entre os entes com base no respeito à autonomia e à cooperação desenvolvida por meio de negociação (FRANZESE, 2010). Entretanto, Franzese (2010, p. 41) ressalta que:

a cooperação está longe de significar harmonia entre os entes federativos. Diferente disso, cada um deles vai procurar usar seus recursos para tirar desse compartilhamento os melhores resultados para si. O resultado desse jogo pode ser a coerção, com predomínio federal sobre os demais entes, ou inversamente, o fortalecimento dos governos subnacionais. Os resultados não estão pré-determinados, a única certeza é que necessariamente haverá cooperação (e não isolamento), e conseqüentemente, diferentes jogos na dinâmica federativa, dentro dos parâmetros das regras constitucionais, ou melhor, dentro da matriz federativa.

Souza (2008) observa, sobre as teorias do federalismo, que cada uma enfatiza determinadas características; cada abordagem restringe o seu ponto de análise a variáveis analíticas específicas. A partir da discussão sobre as teorias do federalismo, a autora identifica que o ponto comum entre as mesmas é que o federalismo define a estrutura do Estado em dois ou mais níveis de governo, tendo esses níveis autoridade sobre o mesmo território e sobre os cidadãos. Ou seja, em um contexto federativo, a autoridade é distribuída

territorialmente entre os entes autônomos. Em outras palavras, Souza (2008, p. 36) finaliza suas conclusões sobre as teorias do federalismo dizendo que “o ponto comum na literatura é que o federalismo distribui territorialmente a autoridade em jurisdições autônomas. No entanto, e embora essa seja a característica mais marcante dos sistemas federais, ela está hoje matizada pela existência de grande interdependência entre os governos”. A autora aponta a necessidade de que as pesquisas empíricas serem guiadas por formulações de uma ou outra teoria para verificarem como o federalismo ocorre na prática.

A abordagem do federalismo como pacto, mais especificamente, a Teoria do Federalismo Cooperativo de Elazar, apresenta-se como a mais adequada, no que diz respeito ao conceito de federalismo ao presente estudo. Pode-se afirmar, como Elazar (1994, p. 141), que federalismo cooperativo “refere-se ao fato de que os entes devem cooperar, isto é, trabalhar juntos” (Tradução nossa). Assim, adota-se, nesse estudo, o conceito de federalismo como uma organização política territorial que tem como base a distribuição de poder entre os entes que combinam dois princípios básicos: autonomia e cooperação.

Aprofundando a discussão sobre o federalismo cooperativo, Oliveira (2007) considera que todos os países têm sua trajetória histórica e que essa interfere diretamente no tipo de federalismo implementado. A partir da análise dessas trajetórias, o autor identifica a existência de três modelos de federalismo: o dual, o cooperativo e o competitivo.

O federalismo inicialmente implementado nos Estados Unidos, um dos casos referentes para o desenvolvimento teórico, ficou conhecido como o federalismo dual, uma vez que ocorria uma separação mais rígida entre o nível e o nível estadual e pouco estímulo à articulação entre eles; entretanto, a realidade foi mudando e percebeu-se a importância da articulação intergovernamental (ABRUCIO e SANO, 2011). O modelo de federalismo dual foi assentado em um contexto de pensamento liberal, que entendia o mercado como organizador e regulador natural da ordem econômica, enquanto o Estado era entendido como o responsável apenas por desempenhar atividades tidas como necessárias para assegurar essa regulação ou dirimir eventuais conflitos. (OLIVEIRA, 2007). Entretanto, Oliveira (2007, p. 9) argumenta que “não foi

essa fraqueza do Estado que determinou o insucesso do modelo, mas, dentro dele, a fraqueza do Poder Central”. As fraquezas do governo central se apresentaram porque as responsabilidades atribuídas pela Constituição foram específicas e limitadas, principalmente no que se refere à coordenação dos outros entes da federação, estados e municípios.

O modelo de federalismo cooperativo se baseia na colaboração entre as esferas de poder. Nesse modelo, observa-se a preocupação em atenuar as desigualdades regionais, de modo a garantir um equilíbrio federativo. A finalidade desse modelo é unir os entes federativos com o intuito de melhor implementar políticas públicas, atingindo assim o bem da coletividade, mantendo coesa a federação. Para que essa união entre os entes seja efetiva, o governo central implementa instrumentos e mecanismos redistributivos.

Nesse modelo de federalismo, segundo Oliveira (2007), as bases estão estabelecidas na economia do bem-estar (*welfare economics*), que entende o Estado como necessário para corrigir as disparidades e garantir as desigualdades. Percebe-se, no modelo cooperativo, uma tendência centralizadora dos serviços públicos, uma vez que atribui ao governo central a responsabilidade por exercer as funções de promover ajustamentos na alocação de recursos, na distribuição da renda e de manter a estabilidade econômica, conforme a orientação de Musgrave (1973). A função de ajustamento na alocação de recursos seria exercida quando não fossem encontradas condições, que garantissem eficiência na utilização dos recursos disponíveis na economia, mediante determinação do mercado. A função de ajustamento na distribuição de renda se refere à situação em que o governo intervém para corrigir uma desigualdade na repartição do Produto Bruto Interno, uma vez que, “à medida que os critérios puramente econômicos de eficiência são considerados nas decisões relativas à utilização dos fatores de produção, a distribuição da renda gerada pelos habitantes do país pode não ser considerada socialmente aceitável”. Quanto à função de manter a estabilidade econômica, seria a situação em que o governo intervém para controlar o nível da demanda com o objetivo de diminuir o impacto social e econômico de crises de inflação ou depressão. (REZENDE, 2010, p. 19).

Oliveira (2007) argumenta que o fato do governo central assumir essas funções faz com que ele cresça de forma mais acelerada do que os outros

entes, o que aprofundaria com o avanço do Estado de bem-estar social. A consequência desse processo é “uma progressiva concentração de poderes – e de recursos – nas mãos do Estado Nacional e, dentro dele, do Poder Executivo, em detrimento dos demais poderes e instâncias subnacionais” (LEME, 1992, p. 24).

O modelo do federalismo competitivo surge em resposta ao modelo estabelecido pelo federalismo cooperativo. O modelo competitivo se concentra na descentralização das atividades públicas para os governos subnacionais, apostando na concorrência entre os entes federativos e na eficiência do sistema federativo, “num contexto de redução do poder federal, de desregulamentação das atividades econômicas e de desmonte do *welfare*”. (OLIVEIRA, 2007, p. 13). O que se percebe nesse modelo é a preocupação em repassar para os entes subnacionais a responsabilidade na oferta de políticas públicas. Esse modelo se apoia na concepção teórica da *public choice*, uma vez que entende, como essa teoria o faz, que as regras que regulam o mercado e orientam os tomadores de decisão no setor privado deveriam ser seguidas pelos agentes públicos. Ainda segundo Oliveira (2007):

Ao contrário, portanto, do federalismo cooperativo, no qual a busca do bem-estar coletivo apoia-se na interação – e colaboração- entre as distintas esferas de governo, o federalismo competitivo procura introduzir, nas palavras de Affonso (2004) soluções de mercado para questões de governo”, tendo nas escolhas feitas pelo indivíduo/contribuinte, entre estruturas de governo alternativas, a que seja capaz de operar com maior nível de eficiência e, portanto, com menores custos e melhor qualidade”. (OLIVEIRA, 2007, p. 16)

Interessante notar nesse modelo a crença de que os contribuintes, ou seja, os clientes do serviço público, poderiam se transferir para outro município, estado ou região, se entendessem que os serviços públicos prestados no seu ente de origem estariam onerosos e ineficientes. Tal fato se demonstra inviável quando consideramos as dificuldades existentes nas mudanças de localidades, como a necessidade dos contribuintes terem acesso às informações sobre os serviços disponíveis pelos governos da esfera descentralizada de todo o país, e sobre os custos dos mesmos, além dos custos envolvidos com as mudanças de localidades como os decorrentes de troca de imóveis, substituição de

emprego, vida estudantil dos filhos, etc. Percebe-se, nesse modelo, a ênfase na competição e na concorrência entre os entes federativos. (OLIVEIRA, 2007)

Sobre os modelos de federalismo, Abrucio (2005) chama a atenção para o fato de que o ideal é a combinação do modelo de cooperação com o modelo competitivo, mas o próprio autor considera essa combinação como um desafio. No que se refere ao modelo cooperativo, o autor argumenta que não seria o caso de obrigar a participação conjunta, e, sim, que fosse instaurado um mecanismo de parceria que seja aprovado pelos entes federados. A forma de operacionalização do modelo de cooperação seria importante, conforme aponta Abrucio (2005), para otimizar a utilização de recursos comuns; para auxiliar governos com maiores dificuldades em desempenhar determinadas atividades e para integrar melhor o conjunto de políticas públicas compartilhadas, evitando o que o autor denomina de “o jogo de empurra entre os entes”; para evitar a situação em que os alguns entes repassam para outros os custos; para auxiliar a distribuição de informação sobre as práticas administrativas bem-sucedidas; e para “elevar a simetria entre os entes territoriais, fator fundamental para o equilíbrio de uma federação”(ABRUCIO, 2005, p. 44). Entretanto, o autor chama atenção para o fato de que o modelo cooperativo, quando mal dosado, traz problemas, como se segue:

No entanto, fórmulas cooperativas mal dosadas trazem problemas. Isso ocorre quando a cooperação confunde-se com a verticalização, resultando mais em subordinação do que em parceria, como muitas vezes já aconteceu na realidade latino-americana, de forte tradição centralizadora. É também perigosa a montagem daquilo que Fritz Scharpf (1988) denomina *joint decision trap* (armadilha da decisão conjunta), bastante visível no caso alemão, mas que se repete igualmente em outras experiências. Nessa estrutura, todas as decisões são o máximo possível compartilhadas e dependem da anuência de praticamente todos os atores federativos. Sem desmerecer os ganhos de racionalidade administrativa, tende-se à uniformização das políticas, processo que pode diminuir o ímpeto inovador dos níveis de governo, enfraquecer os *checks and balances* intergovernamentais e dificultar a responsabilização da administração pública. (ABRUCIO, 2005, p.44)

Ocorre é que o modelo cooperativo prevê que as responsabilidades sobre as mesmas áreas de políticas públicas sejam compartilhadas, sendo necessário que ocorra uma articulação entre os entes para o desenvolvimento das políticas, porém, não se percebe que nem sempre ocorre a cooperação

desejada. Um exemplo dessa falta de cooperação é o apontado por Scharpf (1988) ao analisar o modelo alemão de políticas públicas, que se diz tratar de um modelo cooperativo, mas que convive com padrões de comportamento que são antissolidários, impedindo políticas redistributivas e equalizadoras, produzindo ocasiões quando os *länder* mais ricos, por exemplo, vetam políticas nacionais para beneficiarem os mais atingidos por crises econômicas.

A argumentação de Scharpf (1988, 2006) se dá em torno da ideia da ‘armadilha da decisão conjunta’. O termo ‘armadilha da decisão conjunta’ se tornou clássico para as discussões sobre as relações intergovernamentais e foi desenvolvido para “tratar de sistemas de deliberação política (como o caso alemão e da União Europeia) em que uma regra de votação supermajoritária pode gerar manutenção permanente de *status quo*, ao atribuir poder de veto para determinados atores com preferências neste sentido” (PALOTTI, 2012, p. 112).

As armadilhas para Scharpf (1988) estão associadas aos resultados de decisões que ocorrem em arenas de deliberação coletivas, interativas, em que os participantes estão sujeitos a riscos e altos custos para deixar o sistema de cooperação, cujos resultados estão conformados pelas regras, que apesar de democráticas, conduzem a resultados subótimos. Para Scharpf (1988), há certo desajuste no arranjo de tomada de decisão que culmina em resultados políticos que não correspondem às preferências. Esses desajustes estão relacionados aos jogos que se estabelecem entre indivíduos autointeressados.

O sistema federativo necessita, também, de determinadas ações do modelo competitivo que pode incentivar os governos municipais a buscarem melhor desempenho, uma vez que os eleitores podem comparar os vários governos, além de favorecer a ocorrência de controles mútuos entre os entes como forma de impedir a tirania de um ente; e, por fim, podem evitar os excessos da “armadilha da decisão conjunta”, o paternalismo e o parasitismo causados pela dependência de um ente ao outro. Assim, como existem problemas na adoção de ações extremadas do modelo cooperativo, há também, com a adoção de ações de competição de forma desmedida. Poderíamos apontar como problemas, tais como, a dificuldade em adotar uma única visão competitiva em um país com diversidades socioculturais e

socioeconômicas; e o dilema que a busca pela inovação traria aos entes, ou seja, a dúvida em relação a duas opções: ou fornecem um rol de serviços públicos e proteção social ou fornecem uma estrutura mínima de prestação de serviço público e baixa tributação.

O modelo cooperativo é o que mais se aproxima do federalismo proposto pela Constituição Federal de 1988, mais especificamente, no que se refere às competências comuns e compartilhamento da responsabilidade pela política pública de saúde para todos os entes federativos, uma vez que o Sistema Único de Saúde (SUS) determina a colaboração intergovernamental para a execução da política. Vale destacar que Abrucio, Franzese e Sano (2010) consideram o modelo federativo de políticas públicas como a base do SUS. Cavalcanti (2011) ressalva, entretanto, que apesar do modelo federativo brasileiro se aproximar do modelo cooperativo, na prática, ainda existem muitas dificuldades para a sua plena realização. “Com efeito, observa-se um processo heterogêneo de gestão compartilhada, influenciado pela importância da temática na agenda governamental, pelo desenho de cada política específica e pela distribuição prévia de competências e do controle sobre os recursos entre as esferas de governo” (CAVALCANTI, 2011, p. 1786).

Definido o conceito de federalismo e os tipos de federalismo, o próximo capítulo tem como objetivo central analisar o caso brasileiro, centrando o foco na sua trajetória histórica.

3 FEDERALISMO NO BRASIL

A experiência básica do federalismo surgiu nos Estados Unidos, em 1787, segundo Abrucio (2005), momento em que as colônias abdicaram de parte de sua independência e criaram um novo ente federativo, a União. As colônias passaram a ser estados e continuaram com certa autonomia, mas estabeleceram relações de interdependência entre si e com o governo federal. O objetivo do modelo federativo criado nos Estados Unidos era criar uma nação e proteger os direitos dos estados. No Brasil, o federalismo foi instituído com a proclamação da república em 1891, e a criação do modelo federativo aconteceu de forma diversa da experiência norte-americana; ou seja, a federação brasileira não foi constituída a partir de um pacto entre os estados e sim a partir de um processo de descentralização de poder da união para os estados membros.

O processo de criação do modelo federativo foi diverso entre as duas nações; porém, as estruturas institucionais adotadas são semelhantes, ou seja, segundo Abrucio (1998, p. 3), a adoção de uma “Constituição Federal escrita, Senado Federal como espaço de representação nacional dos estados e um Tribunal Superior responsável por julgar conflitos federativos e zelar pelo cumprimento do *pacto fundante*, isto é, da Constituição Federal.” Conforme Almeida (2001), os resultados da adoção do modelo federativo pelos dois países foram diversos; enquanto nos Estados Unidos foi criado um Poder Central. No Brasil, a união foi enfraquecida junto com o início da república e ocorreu um fortalecimento do executivo estadual e municipal; daí a afirmação de que, no Brasil, o federalismo é sinônimo de descentralização.

Carvalho (1995) discute as condições que deram origem ao sistema federativo no Brasil. Para o autor, as discussões políticas e intelectuais ocorridas durante a monarquia brasileira deram as condições para que fosse estabelecida a república federativa. Desde o período monárquico, o sistema federativo aparece, para a elite política e intelectual, como alternativa. A alternativa de se estabelecer o federalismo para garantir a manutenção da sua integridade nacional aparece desde a independência do Brasil em 1822. Nesse sentido, vale destacar o esclarecimento de Carvalho (1995, p. 75):

Se tomamos as duas tradições federalistas norte-americanas, a hamiltoniana, exposta no clássico *O Federalista*, preocupada com o fortalecimento do governo central, e a jeffersoniana, depois desenvolvida por Tocqueville, que enfatizava o *self-government*, concluiremos que a cópia feita pelo Brasil e por vários países da América Latina tinha em vista a segunda tradição. Federalismo entre nós significava e significa descentralização, *selfgovernment*, condição para a liberdade, se não é a própria liberdade.

Ainda segundo Carvalho (1995), alguns elementos federais são possíveis de serem observados desde a discussão a respeito da Constituição Federal de 1834, como as assembleias provinciais e a divisão de recursos fiscais; entretanto, as discussões não se concretizaram.

Com a Constituição de 1891, definidora da nova ordem republicana, foi adotado formalmente o sistema federativo como a forma de organização política-territorial brasileira (ABRUCIO, 1998). No período da Primeira República, predominaram as formas oligárquicas, e o “surgimento da federação no Brasil, no final do século XIX, ocorreu diante do esgarçamento das condições econômicas e políticas que sustentavam o Império, colocando a necessidade de reprodução da dominação das oligarquias regionais” (OLIVEIRA, 2007, p. 33). A Constituição brasileira de 1891 trazia medidas de descentralização necessárias ao sistema federativo implementado no país, sendo essas resultantes das elites paulistas e mineiras (CARVALHO, 1995). Neste quadro, era visível a influência da “Política dos Governadores”, mais especificamente, a política do “Café com Leite”, que refletia a dominação de Minas Gerais e São Paulo, estados mais fortes economicamente.

A partir das medidas descentralizadoras implementadas pela Constituição de 1891, os estados passaram a possuir os poderes executivos, legislativos e judiciários, autonomia para eleger seus próprios governantes, para instituir seus próprios tributos e ter constituições estaduais próprias. No que diz respeito à competência tributária, a Constituição de 1891 adotou a ideia da separação das fontes de receitas, concedendo competências exclusivas de cobranças de tributos para os estados e para a União. Foi concedida ampla autonomia aos estados para legislarem sobre os seus tributos, sendo permitindo também que os estados explorassem o campo residual da tributação, com a liberdade para criarem novos tributos. Importa ressaltar que

não havia previsão de transferências fiscais entre os entes da federação, assim, é possível entender que o espírito era de um federalismo competitivo.

Almeida (2001, p. 15) entende que a implementação do sistema federativo no primeiro período republicano “foi um projeto de construção estatal no nível estadual que molda o arcabouço político nacional segundo um modelo federativo dual e descentralizado”. Os estados possuíam, nesse período, status de entes fundamentais na organização política-territorial (OLIVEIRA, 2007).

Porém, na prática, a Constituição de 1891 implementou um federalismo que destoava dos princípios que dão base a essa forma de organização política-territorial, uma vez que não atendiam aos ideais da democracia política, da igualdade soberana das unidades territoriais e da cooperação entre os entes. O que se percebeu foi a utilização do sistema federativo como um instrumento de poder a favor dos interesses e da dominação de oligarquias regionais poderosas, como as de São Paulo e as de Minas Gerais e, em menor escala, as do Rio Grande do Sul. Ocorre que foi concedida ampla autonomia aos estados e o governo federal acabou sendo dominado pelas elites e oligarquias estaduais mais poderosas dos estados já citados, que defendiam os seus interesses.

Assim, se os estados mais pobres não dispunham de espaços políticos na federação para defenderem seus interesses, também o Poder Central, controlado por essas forças, não contava com autonomia e liberdade para exercer seu papel de avalista do pacto que garantisse, nos campos político e econômico, o equilíbrio federativo (OLIVEIRA, 2007, p. 35).

A dominação das oligarquias regionais era reforçada, e os pressupostos de um Estado democrático, entendido como essencial para a ordem federativa, eram contrariados, uma vez que a participação da população nas eleições era reduzida, apenas 2% da população; não havia partidos políticos de âmbito nacional, sendo esses substituídos por partidos estaduais. Nessas condições, a federação foi mais uma das formas desenvolvidas pela elite para garantir a sua dominação (OLIVEIRA, 2007). Segundo Abrucio (1998, p. 40), o federalismo implementado na Primeira República “foi o reino das oligarquias, do patrimonialismo e da ausência do povo no cenário político”.

Kugelmas e Sola (1986) argumenta que, no período da Primeira República:

Com relação aos rumos do poder central, o que se buscou foi o estabelecimento de regras do jogo políticas consentâneas com a consolidação desta esfera estadual. A [...] insistência na tese da “dupla soberania” conduzia, no limite, a uma visão “confederacionista” da Federação, o que significa, em última análise, um poder central *limitado*. Forte o suficiente para garantir a estabilidade republicana e “frear os excessos” das lutas faccionais através da tutela exercida sobre os “Estados fracos”, as oligarquias débeis. Respeitador, por outro lado, de autonomia de quem tem condições financeiras e militares para exercê-la. E, insistimos uma vez mais, desempenhando o papel de *mediação* com o sistema internacional, reafirmado no período Campos Salles. Nem “forte” nem “fraco”, mas limitado pelo que Faoro denominou “federalismo hegemônico”(KUGELMAS e SOLA, 1986, p. 97).

A década de 30 foi um período marcante no que diz respeito ao federalismo no Brasil, uma vez que, com a Revolução de 1930, ocorreu a ruptura com as bases do Estado oligárquico instalado na primeira república e a centralização do poder no Executivo federal e da burocracia federal. O governo federal se fortaleceu e os estados perderam autonomia de forma significativa. Em 1937, um golpe comandado por Getúlio Vargas instaurou no Brasil o período conhecido como Estado Novo, um regime autoritário que se manteve até 1945. O Estado Novo suprimiu as liberdades democráticas; os governadores dos estados e os prefeitos dos municípios passaram a ser nomeados pelo presidente da República e, conseqüentemente, subordinados a este. A centralização, nesse período do Estado novo, foi bastante intensa, sendo retirada da Constituição brasileira de 1937 a expressão “Estados Unidos do Brasil” (ABRUCIO, 2007).

Com o fim da Segunda Guerra Mundial e a derrota dos regimes totalitários, o governo de Vargas se enfraqueceu e aumentaram as pressões que levaram à sua queda e às eleições livres no país (OLIVEIRA, 2007). Em 1946, instalou-se um regime marcado pelas regras democráticas, no qual se restabeleceu o federalismo como fundamento político-territorial (ABRUCIO, 2008). Os estados reconquistaram a autonomia, e a Constituição Federal de 1946 serviu como base para que ocorresse “o surgimento do fenômeno político conhecido como municipalismo”. Do ponto de vista federativo, “o cenário era duplo: de um lado, a União continuava sua expansão em prol do projeto nacional desenvolvimentista; de outro, as elites regionais recuperaram poder,

fortalecendo o Congresso Nacional e, principalmente, os governadores de estado” (ABRUCIO e FRANZESE, 2007, p. 4).

No final do período de 1946-1964, em um contexto de Guerra Fria, e em virtude da falta de adesão das elites brasileiras ao processo democrático, ocorreu uma radicalização política, que resultou em um golpe de estado liderado pelos militares (ABRUCIO e FRANZESE, 2007). O regime militar, instalado, na década de 1960, no Brasil, teve como diretriz a maior centralização do poder, do ponto de vista federativo, sendo esse modelo denominado como “unionista autoritário”, uma vez que ocorreu a centralização fiscal e administrativa no âmbito da união em detrimento dos governos subnacionais e a diminuição da autonomia local. (ABRUCIO, 1998).

Almeida (2001) chama a atenção para o ponto de que tirando o período da Primeira República, no qual prevaleceu o modelo dual em que os estados assumiram a responsabilidade pelas políticas públicas, o governo federal e os subnacionais sempre estiveram envolvidos nas políticas públicas e na prestação dos serviços públicos. O grau dessa participação é que dependeu do arranjo do federalismo, se mais descentralizado ou mais centralizado. Observa-se então que a questão da alternância entre períodos de maior centralização com os de maior descentralização é um traço característico da trajetória do federalismo no Brasil. Almeida (2001, p.25) ressalta ainda que períodos de centralização e de descentralização “tendem a coincidir, respectivamente, com o predomínio de regimes autoritários e com a vigência da ordem democrática”.

A Constituição Federal de 1988 estabeleceu uma federação mais descentralizada. Para tanto, estabeleceu o estado brasileiro como uma federação composta por três entes considerados pactuantes originários, sendo eles: a união, os estados membros e o município. Assim, pode-se verificar de fato “uma maior autonomia política, administrativa e financeira do município do que no período anterior, acompanhada de uma descentralização de recursos e atribuições.” (ABRUCIO, 1998, p.6). Nesse sentido, Abrucio (2005) argumenta.

Um novo federalismo nascia no Brasil. Ele foi resultado da união entre forças descentralizadoras democráticas com grupos regionais tradicionais que se aproveitaram do enfraquecimento do governo federal em um contexto de esgotamento do modelo varguista e do Estado nacional-desenvolvimentista a ele subjacente. O seu projeto básico era fortalecer os governos subnacionais e, para uma parte desses atores, democratizar o plano local. Preocupações com a

fragilidade de instrumentos nacionais de atuação e com coordenação federativa ficaram em segundo plano. (ABRUCIO, 2005, p.46)

Assim, percebe-se que, a partir da democratização e da descentralização do poder político no Brasil, iniciadas na década de 1980 (ABRUCIO, 2005; ARRETCHE, 2000), os governos subnacionais tiveram sua importância aumentada, uma vez que os municípios passaram a ser vistos como principais prestadores de serviços públicos. Essa inovação do federalismo brasileiro é devida à concepção que considera que o município, por ser mais próximo dos cidadãos, proporciona maior facilidade em reconhecer as preferências e necessidades reais da população, bem como em virtude da grande extensão do território brasileiro que dificulta o reconhecimento das peculiaridades locais por parte de atores mais distantes dessas realidades locais. (CAVALCANTE, 2011).

O pacto federativo estabelecido pela Constituição Federal de 1988, no que diz respeito às políticas públicas, pode-se afirmar que implementou o modelo do federalismo cooperativo, um modelo que defende funções compartilhadas entre os entes federativos e o fim da autoridade e delimitação da responsabilidade. (ALMEIDA, 2001).

Entretanto, o estabelecimento do federalismo não advém somente do mandamento constitucional, pois demanda outros mecanismos que, segundo Abrucio (2005), controlam as ações entre os níveis de governo e formas de coordenação entre os entes. Assim, por exemplo, para implementação das políticas públicas oriundas da união, em um Estado com base federativa, é necessária a capacidade de instaurar mecanismos de controle mútuo e de cooperação entre os níveis de governo. Os controles mútuos são os *checks and balances*, que tem como objetivo “a fiscalização recíproca entre os entes federativos para que nenhum deles concentre indevidamente poder e, desse modo, acabe com a autonomia dos demais” (ABRUCIO, 2005, p. 44). A capacidade de cooperação refere-se à capacidade de se estabelecer mecanismos de parcerias entre os entes federativos para otimizar a utilização de recursos comuns, para auxiliar governos menos capacitados a realizarem determinadas atividades e para integrar melhor o conjunto de políticas públicas compartilhadas (ABRUCIO, 2005)

Em 1994, o governo federal buscou instituir um processo de cooperação federativa em algumas áreas de políticas públicas. Segundo Melo (2005), esse conjunto de mudanças ocorrido proporcionou “uma reorganização estrutural das relações intergovernamentais no setor das políticas sociais, no qual, embora tenha havido continuidade do processo de descentralização setorial, ocorreu um expressivo fortalecimento do controle exercido pelo âmbito federal” (MELO, 2005, p.845).

Nota-se, então, nesse novo cenário, que tenta conciliar descentralização com a coordenação federativa exercida pelo governo federal, que a relação centralização-descentralização é diferente da observada no histórico do federalismo brasileiro, no qual podemos identificar períodos de centralização e períodos de descentralização bem caracterizados na trajetória do federalismo no Brasil até então. Esse novo papel de coordenação de políticas públicas assumido pelo governo federal que vigora até o momento representou uma modificação nas relações intergovernamentais, sendo essas denominadas por Almeida (2005) de recentralização; por Arretche (2007), de centralização; e de coordenação federativa, por Abrucio (2005).

No capítulo seguinte é discutida a coordenação federativa exercida pelo governo federal na área da saúde.

4 COORDENAÇÃO FEDERATIVA DE POLÍTICAS PÚBLICAS

Como discutido anteriormente, em países marcados por pluralidades políticas e diversidades sociais e econômicas entre as regiões, as forças descentralizantes são fortes, e o federalismo se apresenta como uma boa forma de organização. Entretanto, Obinger et al (2005) adverte que, no que diz respeito às políticas sociais, que têm como ideia central a garantia dos direitos sociais de forma nacional e uniforme, o sistema federativo acaba gerando múltiplas tensões e é propenso a gerar conflitos tais como, a dúvida sobre qual ente deve receber e o que deve receber, a qual nível de governo deve ser confiada a criação de programas sociais, que nível de governo deve arcar com os custos dos gastos envolvidos e qual nível vai operacionalizar a política.

Para Obinger et al (2005), sistemas federativos com trajetórias de descentralização em que os entes federados possuem autonomia tendem a dificultar o desenvolvimento das políticas sociais. Pierson (1995) compartilha do pensamento de que o desenvolvimento dos *Welfare States* em sistemas federativos é bem complexo, uma vez que envolve jogos de cooperação e competição, acordos, barganhas, negociações, veto e decisões conjuntas entre os entes federados. Pierson (1995) e Immergut (1992) entendem que os efeitos institucionais do federalismo, como a fragmentação e dispersão, a influência de novos atores sociais, o surgimento de novos atores políticos significativos, os entes subnacionais, a dispersão do poder, a super-representação das minorias políticas ou o aumento do número de atores com poder de veto no sistema, poderiam significar mais obstáculos ou atrasos na implementação das políticas sociais (MACHADO, 2014). Nesse sentido, Obinger et al (2005), ao discutir os efeitos restritivos que o federalismo provoca sobre o desenvolvimento das políticas sociais, entende que o compromisso do mesmo com a manutenção da heterogeneidade política territorial dificulta ações nacionais uniformizadoras, como é o caso das garantias sociais.

Rhodes (1996), ao discutir a governança, analisa a possibilidade da descentralização das funções do Estado gerar o esvaziamento do mesmo, e, conseqüentemente, a fragmentação que gera uma diminuição no controle, por parte do governo central, sobre a implementação de políticas, podendo gerar a

situação em que os entes se tornem desconexos. Sobre esse aspecto da descentralização, Abrucio (2006, p. 87) cita a definição utilizada por Remy Prud'Homme, 'a mãe da segregação', "uma vez que as disparidades entre as partes prejudicam o desenvolvimento de muitas delas e, ao fim e ao cabo, do próprio conjunto, pois o desempenho econômico global piora".

Entretanto, as federações podem lidar com esse problema de implementação das políticas sociais com a mobilização por parte do governo federal de recursos ou mecanismos de coordenação que restrinjam o nível de autonomia dos governos subnacionais. O grau de interdependência das escolhas dos entes federativos varia entre os entes federados; assim, existe a necessidade de coordenação entre as ações dos mesmos (MACHADO, 2015). A ação coordenadora do governo central é uma importante solução para a situação em que a implementação de políticas públicas será realizada pelos governos subnacionais, "sem a qual não é possível uma descentralização efetiva e justa" (ABRUCIO, 2006, p. 87). Nesse sentido, é que Pierson (1995) acredita que o tema da coordenação entre os entes tornou-se essencial em países federativos.

A coordenação se refere às formas de integração, compartilhamento e decisão conjunta que devem estar presentes na federação (ABRUCIO, 2005), sendo essa a definição utilizada pelo presente estudo. A noção de Machado (2015, p. 62) sobre a coordenação federativa é que a mesma "pode resultar de constrangimentos legais, incentivos financeiros ou parcerias que produzam convergência na direção de tais escolhas, seja no sentido de realizar objetivos fixados no plano nacional, seja de eliminar irracionalidades decorrentes da superposição ou da inexistência de iniciativas".

A Constituição Federal de 1988 estabeleceu o federalismo trino, formado pela união, estados e municípios. O sistema federativo, desde então, é a base fundamental das políticas públicas no Brasil. A descentralização e as relações intergovernamentais se constituíram como pontos importantes nesse contexto federativo de implementação de políticas públicas. Entretanto, Abrucio, Franceze e Sano (2010, p.1) destacam que "a articulação entre os níveis de governo, por sua vez, foi o "patinho feio" desta história, seja porque teve mais dificuldades iniciais para implementação, seja porque os estudiosos estavam mais preocupados com o "cabo de guerra" entre centralização e

descentralização, e não com os arranjos de coordenação e cooperação entre os entes”.

O federalismo dual inicialmente implementado nos Estados Unidos, no qual ocorria uma separação mais rígida entre os entes e pouco estímulo à articulação entre eles; foi mudando e percebeu-se a importância da articulação intergovernamental, sendo adotado o federalismo com a concepção de combinação entre autonomia e interdependência entre os entes. A necessidade de implementação de um federalismo dotado de articulação entre os governos ficou mais evidente com a expansão das atividades estatais e das políticas públicas durante o século 20, momento em que se fez necessário nacionalizar os programas e aumentar o relacionamento entre os entes federais. No Brasil, o restabelecimento do federalismo, a partir da redemocratização não significou que a cooperação entre as unidades subnacionais tenha se tornado objetivo do sistema. Uma das dificuldades em se estabelecer maior coordenação e cooperação entre os entes pode ser explicada pelo formato de federalismo implementado; ou seja, um federalismo compartimentalizado no qual se verificava um modelo em que as unidades se tornam mais autárquicas e menos interligadas, tanto do ponto de vista vertical quanto horizontal (ABRUCIO e SANO, 2012).

Dentro desse modelo, havia a estratégia de municipalização das políticas públicas, iniciada com a redemocratização do país, mas que ocorreu sem um padrão. Tal fato se deu em virtude das diversidades existentes entre os municípios brasileiros, tais como diferenças entre a situação financeira, a capacidade administrativa e, principalmente, a vontade política de cada ente em fixar recursos próprios para a implementação de políticas públicas e não ficar na dependência de transferências de receitas para viabilizar tais políticas. (ABRUCIO e FRANCEZE, 2007).

Diante da ausência de padrão no processo de municipalização, e de outros fatores, o que pode ser observado é que a descentralização de políticas públicas não atingiu todos os resultados esperados com a promulgação da Constituição Federal de 1988. A grande diversidade entre os municípios brasileiros, a pouca experiência dos governos municipais em prover serviços, a pouca profissionalização da burocracia e a falta de controle efetivo nos governos subnacionais são as principais causas dos problemas da

descentralização brasileira (ABRUCIO, 2011). O que ocorreu é que os governos municipais obtiveram autonomia, mas não possuíam condições para a gestão das políticas públicas, assim, não seria possível a descentralização sem mecanismos de coordenação. Com o processo de redemocratização, que teve como marco a Constituição Federal de 1988, não foi implementado um projeto de descentralização com coordenação.

O resultado imediato do modelo federativo da Constituição de 1988 foi, em linhas gerais, uma descentralização mais centrífuga, constituindo aquilo que Celso Daniel (2001) denominou de municipalismo autárquico. Este modelo partiria da suposição de que as prefeituras seriam capazes sozinhas de formular e implementar todas as políticas públicas. Isto é inverídico não só porque muitas localidades não tem capacidade institucional para assumir tais ônus, como também em razão de muitos problemas serem de natureza intermunicipal. (ABRUCIO, FRANZESE e SANO, 2010, p.13)

Segundo Pierson (1995), o tema da coordenação entre os entes tornou-se essencial em países federativos. A coordenação federativa pode ser verificada sob o ponto de vista vertical e a horizontal. A coordenação, sob a perspectiva vertical, é a articulação existente entre a união, os estados e municípios; já, sob a perspectiva horizontal, a articulação se dá entre os governos subnacionais. Destaca-se que, conforme Abrúcio e Sano (2011), a dimensão vertical da cooperação federativa é “a mais importante para o conjunto das federações”, sendo essa a dimensão de coordenação federativa focada no presente estudo.

Abrucio, Franzese e Sano (2010) defendem que a coordenação é essencial para a Federação, e destacam a importância das relações intergovernamentais no que diz respeito às políticas públicas. Os referidos autores argumentam que a coordenação das relações intergovernamentais torna-se difícil em virtude de três fatores.

O primeiro fator da dificuldade em coordenar as relações intergovernamentais se refere à “expansão do Estado de Bem Estar Social pelo mundo, num processo que, na maior parte dos casos, envolve um grau importante de nacionalização das políticas” (ABRUCIO, FRANZESE E SANO, 2010, p. 4). Essa questão é complexa em contextos federativos, como visto anteriormente, uma vez que nesses, os estados e municípios têm maior

autonomia e exigirão respeito às suas diversidades. O segundo fator importante nas relações intergovernamentais das políticas públicas é a coexistência entre a nacionalização e a descentralização. É necessário que ocorra a descentralização de algumas funções, mas, ao mesmo tempo, é necessário que ocorra a centralização de outras áreas. A necessidade de potencializar a eficiência, a efetividade e a *accountability* da gestão pública é o terceiro fator relevante no contexto das relações entre os entes federativos. Abrucio, Franzese e Sano (2010) argumentam que esse fator é difícil de ser tratado e que necessita do compartilhamento das decisões, é o que Pierson (1995) denominou *shared decision making*. Para Pierson (1995, p. 451), “as relações intergovernamentais requerem uma complexa mistura de competição, cooperação e acomodação”.

A partir dos anos 90, verifica-se uma pressão no sentido de diminuir o padrão compartimentalizado do federalismo brasileiro, quando o governo federal modificou o seu papel na coordenação federativa, em particular no campo das políticas públicas (FRANZESE, 2010). Entretanto, conforme Abrucio e Sano (2011), apesar da cooperação entre os entes federativos ter aumentado significativamente a partir dos anos 90, ainda permanecem problemas nas relações intergovernamentais.

Segundo Arretche (2003, p. 3), “...já não é nenhuma novidade afirmar que, nas últimas décadas, a gestão local de políticas públicas tem sido portadora de expectativas as mais positivas com relação a resultados desejáveis da ação do Estado”. Porém, não há nenhum instrumento normativo, que atribua a responsabilidade de implementação de políticas públicas aos governos municipais, que os torne comprometidos com o atendimento das demandas dos cidadãos. Nesse sentido, a autora argumenta que a autonomia dos governos municipais para a implementação de políticas públicas cria oportunidades para os governantes implementarem políticas que sejam de interesse próprio, não se atendo aos interesses dos cidadãos.

Arretche (2003) destaca dois pontos sobre esse aspecto: o primeiro é que descentralização e autonomia são termos muito genéricos, que não apontam especificamente como a gestão municipal de políticas públicas pode ocorrer. O segundo ponto é que a autonomia dos entes federativos pode gerar situações em que a gestão municipal se endividaria e se tornaria dependente

de transferências fiscais, o que contraria a ideia de que descentralização fiscal produziria responsabilidade fiscal.

A responsabilidade dos governantes depende muito dos incentivos a que estão sujeitos. Vale ressaltar que, existem governos municipais responsáveis pelo atendimento das demandas sociais; entretanto, o comprometimento dos governos locais “somente poderia ser garantido exclusivamente com base nos programas dos partidos e na qualidade moral dos governantes se fosse possível garantir que governantes deste tipo fossem a maioria” (ARRETCHE, 2003, p. 334). Como tal garantia não é possível, necessário se faz o incentivo de atitudes responsáveis por parte dos gestores municipais.

Nesse sentido, Abrucio e Franzese (2007) argumentam que a competência compartilhada verificada entre os entes federativos pode gerar uma situação na qual os entes se omitam diante de uma determinada política pública e que a população não saiba de quem cobrar, uma vez que a responsabilidade por implementá-la é compartilhada, “isto é, tem-se um processo não transparente e de responsabilização difusa, que possibilita que cada esfera de governo culpe a outra pelo problema, sem que nenhuma ação efetiva seja tomada” (ABRUCIO e FRANZESE, 2007, p. 26).

Ainda segundo Abrucio e Franzese (2007), pode acontecer de os governos subnacionais implementarem políticas públicas sem nenhuma coordenação e integração, ou, até mesmo, com objetivos e formatos opostos; essa prática faz com que os recursos de cada ente sejam alocados de forma isolada sem nenhuma relação. Esse processo gera resultados negativos como o aumento de competição entre os governos subnacionais, como a guerra fiscal; e o surgimento de uma situação em que um ente não implementa determinada política pública por contar com a implementação da política por outro ente, não participando com recursos financeiros na implementação e no oferecimento do serviço público e a consequente perda da visão sistêmica das políticas públicas (ABRUCIO, 2011).

Segundo Abrucio e Franzese (2007, p. 17), “num país com tantas carências sociais e fragilidades do poder público, o federalismo tem de ser uma alavanca para o sucesso das políticas públicas, e não mais um dos vários obstáculos à boa governança que emperram a modernização da gestão pública”. Assim, importante se faz uma ação coordenada entre os entes da

federação, o que favorece uma maior articulação e eficiência dos recursos públicos, como recursos financeiros, administrativos e maior interação com a sociedade.

Machado (2007) considera, nesse processo de coordenação federativa, dois vetores: um centrífugo e outro centrípeto; sendo que o vetor centrífugo age a favor dos interesses particulares de cada ente local, e o vetor centrípeto pressiona a favor do equilíbrio federativo entre as partes, garantindo a manutenção do todo. Assim, estaria “de um lado o autointeresse identificado na esfera local, de outro, o interesse da coletividade em equilíbrio”. (MACHADO, 2007, p. 139)

A coordenação federativa das políticas públicas deve atender a uma maior eficiência, efetividade e equidade dos serviços públicos prestados; redistribuir melhor os recursos financeiros e implementar instrumentos de incentivo à implementação de programas ou de estruturas administrativas por parte dos governos municipais. (ABRUCIO, 2011).

Abrucio (2011) aponta três desafios para a coordenação federal das políticas públicas: o primeiro diz respeito à conciliação da expansão dos direitos por meio de políticas sociais e pela implementação descentralizada dessas políticas, preferencialmente pelos municípios. É preciso considerar que não pode ser ignorada a tradicional inexperiência dos municípios em oferecerem serviços públicos de forma extensa e universal, e, principalmente, que é difícil provisionar direitos de forma igualitária em um país marcado pela diversidade regional entre os seus municípios.

O segundo desafio seria a compatibilidade entre autonomia e interdependência, dois pilares das federações democráticas defendidos pela Teoria do Federalismo Cooperativo de Elazar, que defende a ideia de *self-rule plus shared rule*. No que diz respeito à autonomia, vale considerar que a mesma se refere à capacidade de autogoverno que os entes subnacionais detêm, sendo essa, política, normativa, administrativa e financeira. Abrucio (2005) chama atenção para a força política que é concedida aos entes subnacionais.

A peculiaridade da federação reside exatamente na existência de direitos originários pertencentes aos pactuantes subnacionais – sejam estados, províncias, cantões ou até municípios, como no Brasil. Tais

direitos não podem ser arbitrariamente retirados pela União e são, além do mais, garantidos por uma Constituição escrita, o principal contrato fiador do pacto político-territorial". (ABRUCIO, 2005, p. 43)

Entretanto, em contextos federativos, é preciso considerar também a interdependência existente entre os níveis de governo, uma vez que os entes subnacionais necessitam estabelecer relações de apoio normativo, administrativo e financeiro entre eles e o nível nacional. A interdependência federativa não deve decorrer da ação impositiva do governo nacional, como acontece nos Estados unitários, pois, em uma federação, espera-se manter a soberania compartilhada. É notório que o governo central pode deter uma posição hierárquica maior do que os outros entes; porém, uma característica específica do federalismo é a maior horizontalidade entre as unidades, em virtude dos seus direitos originários e à sua capacidade política de se defenderem. (ABRUCIO, 2005)

Abrucio (2005, p. 43), ao discutir a questão da interdependência entre as unidades da federação e da autonomia, argumenta que a soberania compartilhada prevista na ideia do federalismo cooperativo "só pode ser mantida ao longo do tempo caso estabeleça-se uma relação de equilíbrio entre a autonomia dos pactuantes e sua interdependência". A compatibilidade da autonomia e da interdependência pressupõe uma maior relação formal e informal entre os entes federativos e a criação de incentivos que favoreçam a atuação mais cooperativa e entrelaçada.

A compatibilidade entre política e burocracia é o terceiro desafio apontado por Abrucio (2005), no qual, de um lado, se encontra a necessidade de melhores instrumentos de *accountability* e de gestão dos governos municipais, e, de outro lado, um sistema de influências parlamentares e políticas no orçamento e na estrutura de cargos no âmbito federal. Abrucio, Franzese e Sano (2010) destacam a dificuldade de relacionamento entre o governo central e os opositoristas locais e como essa afeta o estabelecimento de parcerias entre o governo central e os governos subnacionais. Os autores destacam também a importância das negociações e barganhas na solução do referido problema de relacionamento entre os entes federativos, uma vez que o envolvimento dos governantes municipais na formulação e implementação de políticas públicas é essencial.

A descentralização fiscal exerce influência sobre o processo de coordenação de políticas públicas. O Sistema Fiscal Brasileiro tem passado, ao longo dos anos, por períodos de centralização e de descentralização. Na Constituição da República de 1891, foi estabelecida uma competência tributária exclusiva dos estados e da União, sendo estabelecidos os impostos de competência de cada um. Arretche (2004) dispõe que as maiores mudanças referentes à competência tributária ocorreram no período do regime militar e da Constituição da República Federativa de 1988, quando foram estabelecidas reformas tributárias marcadas pela centralização e pela descentralização, respectivamente.

Como já discutido, a Constituição Federal de 1988 estabeleceu a autonomia fiscal dos municípios. Porém, apesar dessa autonomia, verifica-se que a maior parte da arrecadação tributária no Brasil está atribuída aos estados e, principalmente, à União, uma vez que esses detêm a competência sobre os principais tributos. Arretche (2004) coloca que, além dessa concentração de arrecadação, o que ocorre, também, é a desigualdade da arrecadação de tributos no plano horizontal, tanto entre os estados quanto entre os municípios. Sendo essa compensada por sistema de transferências fiscais.

Esse sistema de transferências fiscais pode ser analisado sob dois pontos: o vertical e horizontal. Conforme Arretche (2004), no plano vertical, verifica-se que os municípios de pequeno porte são favorecidos, “vale dizer, maior a disponibilidade de recursos per capita com liberdade alocativa, uma vez realizadas as transferências” (PRADO, 2001, pg.68). No plano horizontal, verifica-se a diferença de receita disponível que existe entre os municípios e entre os estados e percebe-se a desigualdade que existe entre os diferentes entes federativos. “Na prática, essas desigualdades limitam definitivamente a possibilidade de que se estabeleçam constitucionalmente competências exclusivas entre os níveis de governo para as ações sociais” (ARRETCHÉ, 2004, p. 3).

Segundo Arretche (2004), os estados e municípios recebem as transferências constitucionais independentemente de lealdade política, da adesão às políticas públicas propostas pelo governo federal e ao esforço de arrecadação tributária própria. A autora ressalta, ainda, que o governo federal não detém autoridade para obrigar a adesão às suas políticas pelos governos

municipais, uma vez que esses possuem autonomia fiscal e política, tendo possibilidade institucional de não aderir às políticas federais.

Como discutido anteriormente, em virtude das condições de autonomia municipal garantidas pela Constituição de 1988, a municipalização de políticas públicas foi realizada de forma diversificada, não sendo possível identificar um padrão nacional. Diante desse quadro de falta de um padrão nacional de implementação municipal das políticas públicas, a partir de 1994, o governo federal passou a coordenar a implementação de políticas públicas pelos entes federativos. A principal medida adotada foi a criação de incentivos financeiros para que estados e municípios passassem a aderir às diretrizes nacionais na implementação dessas políticas. Arretche (2000) realizou uma pesquisa que mostrou que, em contextos federativos, os incentivos financeiros implementados pelos entes que transferem responsabilidades são fundamentais para a adesão da esfera de governo que recebe a responsabilidade transferida. Entretanto, a referida autora, ao analisar a importância de políticas federais de indução para que a municipalização avance no país, conclui que se trata de mais um processo de centralização, uma vez que “o governo federal, ao controlar o repasse de recursos financeiros de acordo com a adesão a programas por ele desenhados, restringe a agenda dos governos subnacionais, suprimindo parte de sua autonomia” (ARRETCHÉ, 2007, p.26).

Ao assumir a função de coordenar determinadas políticas públicas, a União, detendo o poder normativo, estabelece regras fixando mecanismos de incentivo, induzindo a adoção das diretrizes da política nacional na busca da manifestação do bem-estar social. (MACHADO, 2007).

Necessário se faz ressaltar que a ação coordenadora exercida pelo governo federal é importante em um sistema federativo, porém, a mesma não deve desrespeitar princípios do federalismo tais como a autonomia e os direitos originários dos entes subnacionais, a barganha e os controles mútuos.

Particularmente, nas áreas sociais, houve políticas cujo intuito era melhorar a coordenação entre os entes da federação. Nessa linha, segundo Abrucio e Franceze (2007), os casos mais interessantes ocorreram na área de saúde. Destaca os autores que, nessa área, o “processo de coordenação se deu basicamente por meio da vinculação do repasse de recursos financeiros à

prestação mais controlada de serviços pelas esferas de governo subnacionais, seja pela fixação de metas, seja pela adoção de padrões nacionais de políticas públicas”. (ABRÚCIO e FRANZESE, 2007, p. 9).

Além, disso, considera-se que o caso da política de saúde, como dito anteriormente, é um dos mais interessantes no que diz respeito à coordenação federativa. Dessa forma, com a próxima seção, busca-se apresentar, em linhas gerais, a coordenação na área da saúde no contexto federativo brasileiro.

4.1 A coordenação federativa da política pública de saúde

A Constituição Federal de 1988 determinou que a política de saúde é responsabilidade das três esferas de governo, devendo ser executada com colaboração intergovernamental, de acordo com o Sistema Único de Saúde (SUS). Oliveira (2007) considera a descentralização da política de saúde gerada pelo contexto federativo pós-constituição como uma descentralização autonomista, uma vez que o município pode direcionar os gastos com a saúde autonomamente, sem direcionamento do governo nacional, dependendo apenas da gestão municipal. Seguindo essa concepção, o município, como ente autônomo, passou a receber transferências financeiras da União e dos estados para o provimento dos serviços públicos de saúde.

Dois anos após a promulgação da Constituição Federal de 1988, começaram os movimentos para regulamentar a descentralização do serviço público de saúde, sendo a Lei n. 8080/90, conhecida como a Lei Orgânica da Saúde, formulada para complementar os mandamentos constitucionais. A Lei Orgânica da Saúde de 1990 determinou que o serviço público de saúde deveria atender aos princípios da universalidade, equidade e integralidade; determinou, também, a descentralização, a regionalização e a hierarquização da rede e a participação popular. No que diz respeito à descentralização, a referida lei estabeleceu que os recursos e as responsabilidades seriam repassadas para o governo municipal, não havendo direcionamento nacional. O cálculo dos repasses dos recursos aos municípios seria realizado com base nos dados históricos, ou seja, com base na quantidade de serviços historicamente prestados. Tal fato gerou a situação em que os municípios que, historicamente

prestavam pouco serviço de saúde, recebiam poucas transferências e acabavam por continuar recebendo menos recursos, ou seja, um ciclo de pouca prestação de serviço de saúde foi gerado em alguns municípios. Outro aspecto relevante, segundo Arretche (2003), é que a Lei n. 8.080 de 1990 reforçou a atribuição municipal de planejamento e de execução dos serviços de saúde.

Logo após a edição da Lei Orgânica da Saúde, foram editadas orientações do Ministério da Saúde, sendo conhecidas como Normas Operacionais Básicas (NOB's). Primeiramente, foi editada a NOB 01 de 1991; essa norma orientou que fossem firmados convênios dos municípios e dos estados com a União para que fossem repassados os recursos dos serviços de saúde prestados; assim, observa-se que a NOB-91 manteve o repasse sendo realizado com base na prestação do serviço e não *per capita* como havia sido estabelecido pela Lei n. 8080/90, retomando o sistema antigo de transferências. Sobre essa norma, Oliveira (2007) considera que a mesma refletiu uma posição do governo na época, que era contrária à ação descentralizadora na área da saúde.

Em 1993, outra orientação do Ministério da Saúde foi regulamentada na NOB-93, que trazia como diretriz a descentralização e a valorização da atenção básica da saúde. Porém, segundo Oliveira (2007, p.78), “o plano de descentralização da nova Norma foi em grande parte minado pelo corte no repasse de recursos, por parte do Ministério da Previdência, em meados de 1993”. A partir desse corte, os recursos passaram a ser transferidos apenas pelo Orçamento Geral da União, gerando incertezas por parte dos municípios relacionadas à capacidade do Ministério da Saúde em cumprir suas obrigações (ARRETCHE, 2005), o que gerou o fato de vários municípios não aderirem à NOB-93. A gestão municipal tinha autonomia para realizar o gasto com a saúde da forma que fosse mais conveniente, não tendo nenhum controle ou diretriz por parte do governo estadual ou federal. Porém, percebeu-se a necessidade de direcionamentos nacionais a respeito dessa política pública.

No período pós-1994, houve uma maior disponibilidade da união em coordenar a política pública de saúde, estabelecendo atribuições para os governos municipais e incentivos financeiros para viabilizar maior comprometimento da gestão municipal. Assim, a União assumiu o papel de coordenação e, o município, o da execução das atividades.

Com a autonomia conferida ao município, mas com escassa experiência dos municípios na provisão de serviço público de saúde, a execução das atividades do SUS teve de passar por uma coordenação, sendo essa iniciada em 1998 e exercida e financiada pelo governo federal. A união ofereceu dois incentivos para que o município assumisse a responsabilidade pelos serviços de saúde. O primeiro foi que a previsão de um aumento na oferta de serviços pelo município foi atraente, em virtude da visibilidade e dos créditos políticos da área; e, o segundo incentivo, e o mais importante, foi o trazido pelas normas federais que regulamentaram as condições de prestação e de incentivos financeiros dos serviços de saúde aos municípios (ABRUCIO, 2007).

Oliveira (2007) denomina essa fase pós-1994 como descentralização dirigida, pois o governo federal repassa os recursos financeiros aos municípios, para que esses realizem programas sociais nacionais, levando os governos municipais a adotarem políticas determinadas pelo governo federal. No caso específico da política de saúde, a descentralização dirigida ocorreu por meio da NOB-96, que entrou em vigor em 1998; essa tinha como objetivo promover e consolidar o pleno exercício, por parte do poder público municipal e do Distrito Federal, da função de gestor da atenção à saúde dos seus munícipes (art. 30 incisos V e VII), e artigo 32, parágrafo 1º, da Constituição Federal), com a consequente redefinição de responsabilidades dos entes federativos (BRASIL, 1997). A NOB-96 previa um sistema de incentivos financeiros para que os municípios adotassem os programas nacionais estabelecidos, e o repasse passou a ser realizado em quantia *per capita* por município.

A maior participação do governo federal na definição das políticas municipais de saúde ocorreu a partir da implementação do Piso de Atenção Básico (PAB). O PAB tinha como finalidade direcionar as ações em saúde do município e diminuir as diferenças entre os municípios, uma vez que repassava recursos para programas considerados prioritários pelo governo federal (PAB-Variável) e, também direcionava, uma quantia *per capita* para todos os municípios (PAB-Fixo). (OLIVEIRA, 2007)

Ao buscar-se analisar a estrutura dos sistemas de políticas públicas sob o prisma federativo, a primeira constatação que surge é a dificuldade de aplicação das categorias de centralização e descentralização. Sob certo aspecto, os sistemas de incentivos formulados pelo governo federal poderiam

ser observados como uma nova forma de centralização, considerando que as diretrizes gerais e a distribuição de recursos são definidas por normatização federal, que, dentro dessa interpretação, estaria suprimindo parte da autonomia dos estados e municípios. De outro lado, poder-se-ia também compreender, segundo Franzese (2010), os sistemas como uma forma de promoção de descentralização, uma vez que, dentro de sua lógica, os municípios têm se tornado o local privilegiado da execução das políticas de saúde.

Arretche (2009) analisa a combinação de descentralização da *policy-making* com a centralização da *policy decision-making* como sendo possível, uma vez que a reforma da descentralização combinou diversos arranjos verticais de tomada de decisão. A autora acredita que a distinção conceitual entre a autoridade da *policy decision-making* e a competência para a *policy-making* é necessária para entender os mecanismos e incentivos que norteiam as decisões dos governos locais com relação à quantidade e à qualidade de serviços ofertados. Com efeito, a governança em nível local é profundamente afetada pela relação do governo central com o governo local, e as prioridades dos governos locais são altamente influenciáveis pelos arranjos estabelecidos pelo governo central. (ARRETCHE, 2009)

Segundo Arretche (2009), a maioria dos estudiosos classificam o Brasil como um dos países mais descentralizados do mundo; porém, para a autora, essa interpretação não considera o papel regulamentador do governo federal brasileiro em algumas políticas, como na política de saúde. A distinção das funções *policy-making* e *policy decision-making* conduz a autora a uma conclusão diferente dos estudiosos, uma vez que, para ela, os governos locais possuem responsabilidade pela execução da política, mas são regulamentados pelo governo federal. Assim, pode-se entender que, no caso brasileiro, a função *policy making* é descentralizada e a função *policy decision-making* é centralizada.

Franzese (2010) considera não apenas a coordenação exercida pelo governo federal como regulamentação federal e transferências de recursos, mas como um conjunto formado por relações intergovernamentais que se materializam no cotidiano da gestão compartilhada de políticas públicas e se constroem sob a forma de pactuações realizadas em arenas de negociação federativa já instituídas no âmbito do SUS.

A existência de fóruns federativos traria para discussão a possibilidade de negociação federativa, até então pouco valorizada pela literatura. Nesse sentido, Abrucio, Franzese e Sano (2010) argumentam que o sistema federativo de políticas públicas é o ponto principal do SUS, uma vez que combina o papel coordenador e financiador da União com a autonomia alcançada pelos municípios. Para que a combinação desses dois fatores seja efetiva, necessária se faz a existência de fóruns federativos horizontais e verticais que promovam a discussão e a deliberação. Nesse contexto, é que, no âmbito do SUS, se deu o estabelecimento da comissão tripartite (representantes da União, dos estados e dos municípios), das comissões bipartites (formado pelos representantes dos estados e dos municípios), do conselho de secretários de saúde (formado pelos representantes dos secretários de saúde) e das conferências de saúde.

As arenas de negociação federativa existentes no âmbito do SUS são as Comissões Intergestores Tripartite (CIT) e as Comissões Intergestores Bipartite (CIB). Da CIT-SUS, participam: o Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), representando os municípios; o Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS), representando os governos estaduais; e membros do Ministério da Saúde (MS) representando o governo federal. São cinco representantes de cada esfera de governo sendo, no caso dos governos subnacionais, um secretário de cada região do país. “A Comissão se reúne mensalmente e constitui um espaço de negociação e pactuação cujas decisões são tomadas por unanimidade. (FRANZESE, 2010, p. 17). As CIBs são espaços de pactuação intraestadual. “Há uma CIB por estado, formada por representantes dos colegiados estaduais e municipais acima mencionados, cada um no âmbito de sua política setorial”. (FRANZESE, 2010, p. 17) .

Além dessas instâncias de negociação, existem, também, as comissões regionais que possuem como objetivo o desenvolvimento do planejamento de forma regionalizada e cooperativa. Nesse sentido, Machado (2007, p.69) entende que as pactuações regionais, que ocorrem no âmbito dessas comissões intergestoras regionais, visam “integrar os vários municípios em sistemas regionalizados, buscando o acesso equânime e integral aos serviços públicos de saúde”. Para que essas pactuações regionais sejam efetivas,

necessário se faz o repasse de recursos federais, no âmbito do SUS, para “compensar as responsabilidades ampliadas para municípios que passavam a operar como referências regionais” (MACHADO, 2007, p. 69).

Nas microrregiões, existem as Comissões Intergestoras Regionais (CIR), que é composta pelos secretários de saúde de todos os municípios que compõe a microrregião, e conta com a participação da Gerência Regional de Saúde (GRS), que representa de forma regional a Secretária Estadual de Saúde. Nas macrorregiões do estado de Minas Gerais ocorrem as Comissões Intergestoras Regionais Ampliadas (CIRA) com a participação dos secretários de saúde dos municípios polos das microrregiões e das várias GRS's que estão naquela macrorregião. (BRETAS JUNIOR e SHIMIZU, 2015)

Abrucio, Franzese e Sano (2010, p.26) destacam a importância das Comissões como instâncias de negociação, e observam que “na verdade, trata-se de mais uma das importantes inovações no sistema federativo brasileiro e que equacionou a questão da representação de interesses dos governos subnacionais, tanto estaduais como municipais, nos processos decisórios relativos às questões que lhes afetam”. Palotti e Machado (2014, p. 94) ressaltam que “As comissões combinam elementos centrípetos, como a predominância do gestor federal na definição da agenda de pactuações, com mecanismos centrífugos, como a paridade e o poder de veto dos entes subnacionais”.

A NOB 96 trouxe condições para que 99% dos municípios brasileiros aderissem às novas regras estabelecidas pelo governo federal. Abrucio e Costa (1999) destacam que, nesse processo, ocorreu o fortalecimento das relações entre o governo federal e o governo municipal, e uma menor participação do governo estadual na coordenação, articulação, apoio técnico e regulação dos serviços de saúde perante seus municípios. Assim, a descentralização na área da saúde avançou em razão da coordenação do governo federal.

Oliveira (2007, p. 87) chama atenção para a situação de que, apesar da Constituição Federal de 1988 prever que “o financiamento do SUS deve ser realizado pelas três esferas de governo, ainda não estava garantida, pelas regras constitucionais do sistema, a aplicação de recursos próprios, estaduais e municipais, na saúde”. Segundo Abrucio e Franzese (2007), uma medida

importante da União, nesse sentido, foi a aprovação da Emenda Constitucional n. 29 de 2000, uma vez que essa vinculou as receitas federais, estaduais e municipais com a saúde, sendo os municípios obrigados a investir 15% e os estados 12% do total de sua arrecadação na área da saúde. O que se percebe com a edição da Emenda Constitucional n. 29 é que o governo federal adotou mais uma atitude de centralização, uma vez que o mesmo determina não somente como gastar os recursos, mas, agora, também, o quanto gastar.

A NOB-96 voltou-se para a solução das disparidades entre os municípios ao instituir o PAB; entretanto, não se dedicou à questão da regionalização. Para solucionar esse problema da regionalização, em 2001, foi promulgada a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS 01/01) tendo como objetivo determinar a elaboração de um plano de regionalização da assistência de saúde, formando um sistema de cooperação entre os entes. Entretanto, em virtude dos “entraves na operacionalização de determinados itens, decorrentes das dificuldades para estabelecer o comando único sobre os prestadores de serviços ao SUS e assegurar a totalidade da gestão municipal, bem como da fragilidade para explicitação dos mecanismos necessários à efetivação da gestão estadual para as referências intermunicipais”, a NOAS 01/01 não foi implantada (BRASIL, 2002). Em 2002, foi implementada a NOAS 01/02 que fez uma revisão da NOAS 01/01, especificando que a implementação do SUS depende da descentralização, com ampliação da responsabilidade dos governos municipais em relação à gestão da política de saúde; da regionalização, enfatizando um planejamento territorial com base na abordagem intermunicipal; e da hierarquização, por meio da estruturação de redes assistenciais resolutivas. (BRASIL, 2002)

Para estabelecer a regionalização das ações de saúde, a NOAS 01/02² determinou a elaboração do Plano Diretor de Regionalização (PDR) para cada

² A NOAS 01/02 definir os seguintes conceitos-chaves:

a) Região de Saúde - base territorial de planejamento da atenção à saúde, não necessariamente coincidente com a divisão administrativa do estado, a ser definida pela Secretaria Estadual de Saúde, de acordo com as especificidades e estratégias de regionalização da saúde em cada estado, considerando as características demográficas, socioeconômicas, geográficas, sanitárias, epidemiológicas, oferta de serviços, relações entre municípios, entre outras. Dependendo do modelo de regionalização adotado, um estado pode se dividir em macrorregiões, regiões e/ou microrregiões de saúde. Por sua vez, a menor base territorial de planejamento regionalizado, seja uma região ou uma microrregião de saúde, pode compreender um ou mais módulos assistenciais.

estado da federação e do Distrito Federal, devendo o PDR garantir o acesso dos cidadãos, o mais próximo possível de sua residência, a um conjunto de ações e serviços vinculados às responsabilidades mínimas, determinada pela NOAS 01/02; e o acesso de todos os cidadãos aos serviços necessários à resolução de seus problemas de saúde, em qualquer nível de atenção, diretamente ou mediante o estabelecimento de compromisso entre os gestores para o atendimento de referências municipais. A NOAS 01/02 estabeleceu que os municípios poderiam se habilitar em duas condições: Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada ou Gestão Plena do Sistema Municipal; tendo destacado que todos os município que se habilitassem em Gestão Plena do Sistema Municipal, estariam também habilitados em Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada. (BRASIL, 2002)

A habilitação do município na condição de Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada significa que o município possui, entre outras apontadas pela NOAS 01/02, a prerrogativa, de receber, por transferência regular, os recursos referentes ao PAB Ampliado, correspondente ao financiamento do elenco de procedimentos básicos e do Incentivo de vigilância sanitária e ao PAB variável, desde que qualificado conforme as normas vigentes; e de gestão municipal de todas as unidades básicas de saúde, públicas ou privadas (lucrativas ou filantrópicas) integrantes do SUS, localizadas no território municipal. Já a habilitação em Gestão Plena do Sistema Municipal significa dizer que o

b) Módulo Assistencial - módulo territorial com resolubilidade correspondente ao primeiro nível de referência, constituído por um ou mais municípios, com área de abrangência mínima a ser estabelecida para cada Unidade da Federação, em regulamentação específica, e com as seguintes características:

- conjunto de municípios, entre os quais há um município-sede, habilitado em Gestão Plena do Sistema Municipal/GPSM ou em Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada/GPAB-A, com capacidade de ofertar a totalidade dos serviços de que trata o Item 8 - Capítulo I desta Norma, com suficiência, para sua população e para a população de outros municípios a ele adscritos; ou

- município em Gestão Plena do Sistema Municipal ou em Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada / GPAB-A, com capacidade de ofertar com suficiência a totalidade dos serviços de que trata o Item 8 – Capítulo I para sua própria população, quando não necessitar desempenhar o papel de referência para outros municípios.

c) Município-sede do módulo assistencial (GPSM ou GPAB-A) - município existente em um módulo assistencial que apresente a capacidade de ofertar a totalidade dos serviços de que trata o Item 8 - Capítulo I, correspondente ao primeiro nível de referência intermunicipal, com suficiência, para sua população e para a população de outros municípios a ele adscritos.

d) Município-pólo (GPSM ou GPAB-A) - município que, de acordo com a definição da estratégia de regionalização de cada estado, apresente papel de referência para outros municípios, em qualquer nível de atenção.

e) Unidade territorial de qualificação na assistência à saúde - representa a base territorial mínima a ser submetida à aprovação do Ministério da Saúde e Comissão Intergestores Tripartite para qualificação na assistência à saúde. (BRASIL, 2002)

município possui como prerrogativa receber a transferência, regular e automática, dos recursos referentes ao valor per capita definido para o financiamento de procedimentos do primeiro nível de média complexidade para a sua população, e caso seja sede de módulo assistencial, para a população dos municípios abrangidos também; receber diretamente do Fundo Municipal de Saúde, o montante total de recursos federais correspondente ao limite financeiro programado para o município; e a gestão do conjunto das unidades prestadoras de serviços ao SUS ambulatoriais especializados e hospitalares, estatais e privadas, estabelecidos no território municipal. (BRASIL, 2002)

O que se observa com a institucionalização dessas normas (NOB-96, NOAS 01/01, NOAS 01/02 e EC n. 29) é a tendência centralizadora da união ao coordenar a formulação e a implementação da política de saúde. A coordenação se materializa a partir de incentivos financeiros que estimulam os municípios a incorporarem as diretrizes e programas estabelecidos pelo governo federal. Para Marques e Mendes (2002), esses incentivos, que acrescentam receitas financeiras ao município, podem impedir que o planejamento municipal seja realizado com base nas necessidades do nível local.

Nesse sentido, Arretche (2003) dispõe que, como o governo federal concentra as funções de financiamento da política de saúde, as políticas dos governos municipais são fortemente dependentes das transferências financeiras federais.

Bueno e Merhy (1997), um ano após a elaboração da NOB/96, afirmavam que a mesma iria limitar a autonomia do município, levando a adotar programas não definidos localmente. O que se percebe é que os incentivos financeiros federais podem por induzir a implementação municipal de uma política de saúde.

Arretche (2009) considera que cada nível de governo tem papéis distintos, tendo o governo federal a função de *policy decision-making*, e os governos locais a função de *policy-making*; e que, embora o governo federal detenha o papel de coordenador, os governos municipais possuem a possibilidade de discordar, existindo, então espaço para as decisões municipais. Ocorre que,

segundo a autora, a possibilidade de discordância dos governos municipais acaba por ser limitada pelos mecanismos e incentivos utilizados pelo governo federal.

Para concluir esta seção, cabe ressaltar que os sistemas federativos de políticas públicas e as formas de coordenação são importantes para analisar como os municípios realizam a governança da política municipal de saúde, levando em conta a participação colaborativa e indutiva do governo federal de, um lado, e a necessidade de atendimento e a capacidade dos municípios para atender as demandas municipais específicas. Vale ressaltar que, para Abrucio, Franzese e Sano (2010, p. 18), a situação de “como fazer a descentralização em que o município é peça-chave” levando em conta a necessidade de coordenação exercida pelo governo nacional tem sido, atualmente, a mais importante questão do desenho federativo brasileiro.

5 GOVERNANÇA PÚBLICA

O conceito de governança tem sido bastante discutido, ao longo dos últimos anos, no âmbito da gestão pública. No século XX, a noção de governança surgiu associada à teoria econômica dos “custos de transação”, desenvolvida dentro das ideias da “Teoria das firmas”, difundida por Coase em meados da década de 1930. A noção era a de governança como regras que dispõem sobre a alocação e o controle de direitos de propriedade. O pesquisador ressaltou a importância da hierarquia das organizações formais para enfrentar as falhas de mercado. Na década de 1970, a noção de governança foi “atualizada e operacionalizada por Oliver Williamson”, que entende a governança como uma estrutura de gestão híbrida, que considera o envolvimento dos mercados e das diversas organizações. (COSTA, 2015, p. 90)

Na área da sociologia e da teoria das organizações, a noção de governança também tem sido objeto de reflexões há alguns anos. Mais recentemente, nos anos iniciais da década de 1990, o termo foi utilizado nas publicações do Banco Mundial, o que contribuiu significativamente para a disseminação das ideias de governança, e se referiam à promoção do desenvolvimento de algumas nações. O Banco Mundial utilizou as ideias de governança para orientar os países em desenvolvimento que se encontravam em crise econômica e dependiam de recursos; as orientações eram no sentido de adoção das práticas de ‘boa governança’. O Banco Mundial, em seu relatório de 1989, definiu governança como a “maneira pela qual o poder é exercido na gestão de recursos econômicos e social em um país para o seu desenvolvimento” (tradução nossa); e, em um segundo relatório, definiu a governança como “a capacidade institucional das organizações públicas para fornecer o público e outros bens exigidos por um país de cidadãos ou seus representantes de maneira efetiva, transparente, imparcial e responsável, sujeita a restrições de recursos” (tradução nossa). (CAPELLA, 2008, p. 4).

Costa (2015) ressalta que a primeira conceituação de governança desenvolvida pelo Banco Mundial enfatizava a “exercício do poder político no gerenciamento dos assuntos públicos de um determinado país”, para, logo em

seguida, envolver também o “gerenciamento dos recursos econômicos e sociais na perspectiva do desenvolvimento” (WORLD BANK, 1992 e 1994, p. xiv *apud* COSTA, 2015, p. 86). “Governança compreendia, nesse primeiro momento, os fatores que favoreceriam e impulsionariam o desenvolvimento econômico orquestrado pelos atores estatais, e, nesse sentido, era centrada no Estado” (Costa, 2015, p. 86).

Entretanto, apesar de já ser utilizado há algumas décadas, o termo ‘governança’ ainda possui imprecisões de sentido e de significado. Stoker (1998) e Rhodes (1996) argumentam que as revisões de literatura, em geral, concluem que o termo é utilizado com uma grande variedade de formas e significados. Porém, todas elas indicam que a base do termo ‘governança’ refere-se ao desenvolvimento de várias formas de governar que consideram o limite entre o público e o privado pouco preciso.

Pierre e Peters (2000) reconhecem a confusão que ocorre em relação ao conceito de governança; entretanto, acreditam que existem diferentes formas de pensar a governança, o que gera a diversidade de conceitos. Para os autores, uma das formas de pensar a governança é como estrutura.

5.1 Governança como estrutura

Segundo Pierre e Peters (2000), os arranjos estruturais de governança mais comuns são: hierarquia, mercado e redes. Os autores, ao refletirem a governança em termos estruturais, entendem que esses arranjos são resultados de uma evolução das formas de resolução dos problemas de governança; acreditam, também, que cada uma dessas estruturas fornece orientação para a sociedade e a economia à sua maneira, além de ser necessário considerar que cada uma possui sua eficácia, mas, também, a sua fraqueza. Outro fator percebido é que a utilização de cada um deles deverá ser adequada aos aspectos culturais e temporais; ou seja, dependem do lugar e do momento; conclui-se, pois, que nenhuma dessas estruturas apresenta-se como perfeita. (PIERRE e PETERS, 2000)

O modelo burocrático e hierarquizado é conduzido por meio de estruturas verticalmente integradas, com base essencialmente em leis que fortalecem a distinção entre o público e o privado, em vez de superá-la. Nesse

modelo, o Estado assume o papel de guardião do interesse coletivo, distanciando-se, para isso, da sociedade e exercendo um papel de comando e controle. No que se refere aos governos subnacionais, no modelo hierárquico, eles podem até possuir certa autonomia; entretanto, o Estado, nesse caso, o governo central, “nunca entregou sua autoridade legal sobre essas instituições, que, enquanto autônomas, permaneceram criaturas do Estado”. (PIERRE e PETERS, 2000, p. 15)

O modelo hierárquico burocrático, segundo Pierre e Peters (2000), seria o mais adequado para situações em que os serviços públicos são altamente padronizados e onde o Estado exerce um papel controlador sobre o mercado. Os autores afirmam que essas condições foram alteradas, e que o mundo ocidental está se tornando cada vez mais horizontal, visto que, nas últimas décadas, ocorreram mudanças nas formas e nos mecanismos de gestão nas esferas privadas, públicas e público-privadas, bem como em níveis locais, regionais, nacionais e globais (KERSBERGEN, 2004). Estas modificações têm ocorrido em consequência da superação do modelo burocrático e hierarquizado para o modelo que considera o mercado e as redes (BEVIR, 2011).

O que ocorre na prática é a dificuldade da burocracia de responder aos problemas sociais a contento. Lentidão, leitura ruim da realidade, corrupção, e outros problemas levaram ao questionamento do modelo hierárquico. Além disso, há vários atores e diversas ligações entre eles e entre as unidades da administração pública em níveis local, regional, nacional e supranacional que ganham ganham mais força com as demandas de democratização e descentralização (STOKER, 1998). Stoker (1998) denomina esse fenômeno como ‘esvaziamento’ do estado nacional, uma vez que este teria perdido poderes para os governos subnacionais, e que há um crescente envolvimento dos setores privados e voluntários na prestação do serviço público e na tomada de decisão. Na visão de Kissler e Heidman (2006), os atores locais conseguem identificar melhor os problemas e demandas municipais, que os atores estaduais e nacionais; faz-se necessário, pois, que compartilhem as ações com as esferas superiores de governo.

Pode-se identificar, portanto, que o uso tradicional do termo ‘governança’ estava associado à ideia de governo, porém, nos estudos mais atuais, o termo tem seu sentido redirecionado, tomando nova forma semântica, sendo utilizado

como um novo processo de gestão, isto é, uma nova forma de governo de determinada sociedade (STOKER, 1998). Nessa linha, Pires e Gomide (2015) entendem que há um redirecionamento dos arranjos centrais que se apoiavam em estruturas hierárquicas do Estado para outros mais descentralizados, com maior participação de diversos atores e dotados de mecanismos de coordenação. Dessa forma, o desenvolvimento de políticas públicas requer arranjos mais complexos, nos quais, o poder de decisão e a execução das políticas sejam compartilhados entre os diversos atores, governamentais e não governamentais (SCHNEIDER, 2005).

Essa perspectiva de redirecionamento dos arranjos centrais para outros mais descentralizados pressupõe, portanto, a existência de um sistema mais complexo e responsabilidades compartilhadas. Neste sentido, Bovaird (2005) afirma que a governança se refere à interação das partes interessadas para influenciar o resultado das políticas públicas.

A estrutura tradicional-hierárquica de governança evoluiu paulatinamente no sentido de um modelo de governar que fosse além da oposição entre estado e sociedade. Esse novo modelo é considerado por Bevir (2011) como a nova governança; isto é, um conjunto de teorias e reformas que surgiram em resposta às crises do Estado. O que ocorre é que os atores que estão inseridos nesses ambientes relutam cada vez mais a se adequarem aos interesses e objetivos dos Estados, pois esses, antes, atraíam interesses organizados, uma vez que controlavam grandes recursos econômicos; porém, hoje, têm enfrentado consideráveis crises econômicas e fiscais, sendo então menos interessantes para os atores sociais.

Entretanto, vale ressaltar que os atores sociais podem se esforçar para evitar o envolvimento do Estado, mas, em algumas áreas, esse compartilhamento ainda é crucial (PIERRE e PETERS, 2000). As teorias e reformas que surgiram em respostas às crises estatais não desconsideraram por completo o conhecimento técnico associado ao Estado após a Segunda Guerra Mundial, mesmo porque, conforme entende Pierre e Peters (2000), a governança, como estrutura hierárquica, desempenha um papel de referência, em relação à qual as outras estruturas de governança emergentes devem ser avaliadas; ou seja, a ideia defendida é a adoção de modos alternativos que

apoiariam as novas formas de conhecimento técnico. As hierarquias ainda exercem uma importante função na organização política institucional das democracias ocidentais e devem ser “pensadas como um dos vários modos de governança diferentes. Não é provável que desapareça no futuro previsível, embora esteja cada vez mais acompanhado por outras formas de governança” (PIERRE e PETERS, 2000, p. 18).

Desse modo, pode-se entender que a governança reaparece de duas formas no setor público, sendo a primeira, associada ao conceito econômico de racionalidade, na qual o neoliberalismo econômico, a Nova Gestão Pública, são exemplos; e a segunda forma, associada ao conceito sociológico de racionalidade, sendo exemplos as redes e as parcerias. (BEVIR, 2011)

A primeira possibilidade de reforma do Estado, associada ao conceito econômico da racionalidade, que dominou as principais democracias ocidentais, no início da década de 1980, ocorreu em virtude da insatisfação popular com a hierarquia e com a burocracia, e estava apoiada nas ideias do neoliberalismo e da escolha racional. Os neoliberais acreditam que o mercado é superior ao Estado devendo ser este substituído por aquele; eles defendem a descentralização, a competitividade e as transferências das atividades do Estado para o setor privado. O neoliberalismo criticava a burocracia e defendia o mercado (BEVIR, 2011). Essa concepção de reforma administrativa e gerencial da administração pública, descrita sob as ideias da Nova Gestão Pública (NGP), defende a institucionalização de técnicas de gestão do setor privado no setor público, sendo o governo visto como um prestador de serviços públicos aos seus clientes (PETERS, 2005). Privatizações e terceirizações de produtos e serviços públicos fazem parte dessa primeira possibilidade de reforma.

Nessa concepção de reforma, a ideia era a do Estado mínimo, na qual o Estado prestaria os serviços públicos de acordo com a racionalidade econômica, “guiada pelas leis do mercado, um Estado prestador de serviços, quando fosse racional fazê-lo, aos cidadãos-clientes pagadores de impostos, e que abrisse mão dessa pretensão quando não fosse necessário” (COSTA, 2015, p. 89). É a ideia do *less government*, conforme colocaram Stoker (1998) e Rhodes (2000).

Por outro lado, adeptos da segunda possibilidade de reforma do Estado, associados à sociologia da racionalidade, assim como os neoliberais, criticam a hierarquização, por acreditarem que essa não é mais cabível ao mundo contemporâneo, uma vez que os formuladores de políticas deparam-se com problemas que não são passíveis de serem resolvidos pela divisão e pela especialização proposta pela hierarquia. Porém, os adeptos da sociologia da racionalidade acreditam que as reformas neoliberais causam problemas de coordenação e orientação; daí a proposição de redes feitas por eles. Ou seja, eles defendem que, para solucionar os problemas relacionados à hierarquia, é o estabelecimento das redes e não a promoção dos mercados. (BEVIR, 2011)

Os estudiosos da reforma do Estado associada à sociologia da racionalidade apontam as redes como uma forma flexível e responsiva que se baseia no entendimento de que os atores sociais atuam em relações estruturadas. “Eles argumentam que a eficiência e a eficácia derivam de relações estáveis caracterizadas pela confiança, pela participação social e pelas associações voluntárias” (BEVIR, 2011, p.108). As redes, como forma de governança, compreendem uma variedade de atores, instituições governamentais e não governamentais atuando em um determinado setor de políticas, que facilitam “a coordenação do interesse e dos recursos públicos e privados e, a esse respeito, aumentam a eficiência na implementação de políticas públicas” (PIERRE e PETERS, 2000, p. 20).

Uma reflexão em torno deste tema torna-se necessária neste momento: o que seriam então as redes? Elas são entendidas como uma forma particular de governança dos sistemas políticos modernos (FLEURY, 2005). As redes são formas pluricêntricas de governança; são formadas por diversos atores interdependentes envolvidos na prestação de serviços; são caracterizadas por uma troca de recursos, por negociações pautadas na confiança, na cooperação, e regulamentadas por regras negociadas e acordadas pelos atores envolvidos (RHODES, 2000). Rhodes (2000) considera que as redes de organizações de políticas públicas têm sido consideradas como o coração analítico da noção de governança no estudo da administração pública.

A ideia central da governança em redes é que os atores envolvidos foquem na resolução de problemas; que a definição da formulação das políticas

públicas seja realizada de forma descentralizada, na qual o Estado é verticalmente e horizontalmente segmentado, e que o papel do governo central deixa de ser autoritário; de impositor de determinadas políticas, passa a ser o de ativador. É interessante a colocação realizada por Bogason (1998) de que a maioria dos estudos que abordam o assunto tratam das redes entre organizações; entretanto, as redes podem existir dentro das organizações, ligando os seus sub-grupos, e entendidas como unitárias. Assim, não precisa necessariamente ser uma rede entre organizações públicas e privadas; pode-se visualizar a rede entre instituições públicas ou dentro de uma grande organização, como um ministério.

Schneider (2005) aponta que há contextos de governança de redes com condução policêntrica ou compartilhada, e que, na perspectiva da governança, eles podem ser concebidos como redes de políticas públicas, nas quais, a “produção de políticas públicas”, a problematização e o processamento político de uma questão social não é mais assunto exclusivo de uma hierarquia governamental e administrativa integrada, que se encontra em redes, nas quais estão envolvidas diversas organizações. As redes de políticas públicas incorporam muitos atores distintos, de diferentes sub-setores sociais e políticos, no contexto de produção de uma política, e, embora muitos atores estejam envolvidos, direta e indiretamente, na produção de políticas, existe entre eles diferença de poder e influência. Assim, as redes podem ser compreendidas como manifestações estruturais de sistemas políticos, nas quais interesses políticos e sociais são integrados no processo de políticas públicas de formas bastante distintas.

Provan e Lemaire (2012) apontam que existem redes egocêntricas e redes por objetivos, sendo as redes egocêntricas, as centralizadas; podendo o governo exercer essa centralização; e as redes por objetivos seriam aquelas em que os diversos atores se articulam para atingir um determinado objetivo, mas não há hierarquia. Os referidos autores discutem a importância do papel do Estado nessa dinâmica das redes, e coloca a possibilidade de as estratégias serem dadas de cima para baixo (*top down*); e a outra possibilidade é quando as estratégias surgem dos atores sociais envolvidos (*bottom up*). É importante refletirmos que, no caso das redes que são formadas de cima para baixo, *top down*, deve-se analisar se as estratégias apontadas têm

legitimidade, por ser essa característica fundamental no envolvimento dos atores.

Necessário se faz verificar que, apesar das vantagens da utilização das redes para lidar com as necessidades públicas, existem problemas e desafios nessa utilização. Provan (2012) indica alguns dos desafios enfrentados na utilização de redes; entre eles destacam-se: dificuldade no comprometimento, confronto de culturas, perda da autonomia, fadiga de coordenação e de custos, problemas de *accountability* e a gestão das complexidades. McGuire e Agranoff (2011) também consideram que existem limitações nas redes, que se dividem em: operacionais, de desempenho e burocráticas. As limitações operacionais passam por problemas como a assimetria de poder entre as entidades envolvidas na rede, a ênfase exagerada em processos e as barreiras técnicas e políticas. As limitações de desempenho referem-se à necessidade de avaliação se as redes realmente funcionam, em que circunstâncias elas trabalham, e se a forma de governar é aprimorada em relação ao modelo hierárquico; ou seja, falta um exame da relação entre a estrutura de rede interorganizacional e as atividades e medidas de eficácia. O autor aponta que a preocupação existente é principalmente com a questão de saber se existe colaboração e em que escala, mas não há preocupação com o fato da colaboração ser ou não produtiva. As limitações burocráticas consideram a preocupação em relação à posição do Estado na rede e do grau em que elas estão substituindo os órgãos administrativos públicos. Neste ponto, é bom ressaltar que as redes não têm suplantado as instituições governamentais; assim, elas permanecem limitadas, com pouca flexibilidade por causa do excesso de regras, na medida em que elas se relacionam com as agências burocráticas. (MCGUIRE e AGRANOFF, 2011)

Pierre e Peters (2000) também chamam a atenção para uma limitação das redes ao colocarem a possibilidade de que elas regulem e coordenem os setores políticos considerando mais os interesses dos atores envolvidos do que as questões referentes às políticas públicas que visam o bem da coletividade. Os autores ressaltam, ainda, que, enquanto atores envolvidos nas redes controlam efetivamente uma determinada área de políticas, os cidadãos ainda responsabilizam o Estado pelo que acontece na área; dessa forma, as redes,

ao separar o controle e a responsabilidade, poderiam limitar o processo democrático.

A proliferação de redes de políticas sociais deve-se, conforme preleciona Fleury (2005), a dois fenômenos que definem o contexto dessas políticas: os processos de descentralização e de democratização. A democracia gera condições de adensamento do tecido social, com a emergência de múltiplas formas de organização de sujeitos políticos que cobram um papel de atores na cena política. A emergência de novos atores, organizados em torno de demandas sociais insatisfeitas, tem transformado o campo das políticas sociais em um dos mais dinâmicos. Por outro lado, as redes nesse campo são fruto da incapacidade de qualquer dos atores resolverem sozinhos problemas de políticas públicas. Fleury (2005) entende que o governo central pode encontrar dificuldades em dar resposta aos diversos problemas sociais, podendo ser, portanto, necessárias a descentralização e a conseqüente formação de redes. Sobre esse aspecto, Fleury (2005, p. 86) considera que:

A complexidade dos problemas sociais, a diversidade de atores e interesses em conflitos envolvidos, a crescente mobilização da sociedade civil cobrando atenção diferenciada que respeite as diferenças sociais, a organização de um setor não-governamental que atua cada vez mais no campo das políticas sociais e o aumento da ação social das empresas, são fatores que impulsionam e explicam o florescimento das redes de políticas sociais.

Para a autora, se os processos de descentralização provocam uma fragmentação inicial da autoridade política e administrativa, novas estruturas de governança – como as redes - surgem, tendo como objetivo garantir a eficácia e a eficiência das políticas públicas. (FLEURY, 2005)

Para Peters (2011), o modelo de governança deve seguir uma orientação mais descentralizada do que a prevista pelos adeptos da reforma do Estado associada ao conceito econômico da racionalidade. O autor argumenta que as redes podem promover ideias democráticas e esperam um “mundo novo” de descentralização, envolvimento público e cessão de poder. A nova estrutura de governança deve distanciar-se das concepções burocráticas e se aproximar dos mercados e das redes; deve, ainda, distanciar-se do conhecimento técnico e defender o envolvimento dos cidadãos na formulação e implementação das políticas públicas; ou seja, o conceito de governança

defende concepções mais plurais e participativas de democracia (BEVIR, 2011).

Nesse mesmo sentido, Peters (2005) aponta que essas reformas mais voltadas para a democratização e descentralização – visão sociológica da racionalidade - enfatizam a capacidades dos cidadãos em tomar decisões sobre que tipos de serviço público querem receber. Ou seja, o referido autor considera a governança como sendo uma estrutura de condução mais democrática do Estado e da sociedade. Para ele, a maior abertura e descentralização da administração pública estimulam a participação da sociedade e aumenta a confiança dos cidadãos.

Pierre e Peters (2000, p. 22) entendem que as três formas de refletir sobre a estrutura de governo enfatizam o impacto das estruturas e das instituições no desenvolvimento das políticas, e que, para se obter uma ‘boa’ governança, é necessário manipular as estruturas dentro das quais se presume que as políticas públicas foram geradas, e “que a governança é um resultado dinâmico de atores sociais e políticos e, portanto, se as mudanças são exigidas, é a dinâmica que deve ser abordada”.

Robichau (2011) entende que os três modelos de governança não são praticados na sua forma mais pura, e Costa (2015) considera que:

é mais comum encontrarmos formas híbridas ou intermediárias coexistindo num dado processo de governança, isto é, no enfrentamento das questões coletivas convertidas em políticas públicas ou instrumentos de política (programas, projetos, ações etc.), enfrentamento este em geral no qual o Estado ainda ocupa um posição central em sua nova dimensão contemporânea que requer a cada vez maior capacidade de coordenação, integração e regulação.

Neste sentido, Kissler e Heidman (2006, p. 486) consideram que a governança seria os diferentes arranjos e composições que são articulados entre o Estado, o mercado e a sociedade, sendo o termo ‘governança’ utilizado como “conceito-chave para vários tipos de atividades coordenadas”. Segundo os autores, estudos empíricos demonstram que os arranjos são verdadeiros ‘mix’ de governança, ou seja, caracterizam-se por estruturas híbridas que atuam com diferentes mecanismos de gestão. “Em suma, a governança pública agrupa, em novos arranjos de atores (redes, alianças etc.), três diferentes lógicas: a do Estado (hierarquia), a do mercado (concorrência) e a da

sociedade civil (comunicação e confiança)” (KISSLER e HEIDMAN, 2006, p. 468).

No que diz respeito à estrutura de governança da administração pública no Brasil, até a década de 1980, era hierárquica, com uma certa descentralização; com centralização decisória e financeira no governo federal, e a execução das políticas públicas a cargo do estado e dos municípios. É preciso considerar que, apesar da centralização federal dos recursos financeiros, são os municípios que estão próximos dos cidadãos e, conseqüentemente, das suas demandas; dessa forma, o que existia naquele momento, era uma “articulação entre governos estaduais e municipais e governo federal baseada na troca de favores de cunho clientelista, em que muitas vezes as instâncias locais do poder público transformavam-se em agenciadores de recursos federais para o município ou estado” (FARAH, 2001, p. 122). Outra característica da estrutura de governança do Brasil, no período anterior a 1980, era a adoção de um padrão não democrático de articulação entre Estado e sociedade, ou seja, o que ocorria era a exclusão da sociedade do processo de políticas públicas e da ação governamental. Nesse contexto de gestão hierarquizada e de exclusão da sociedade civil da gestão pública, o que se verificava era uma ausência dos mecanismos de controles em relação às ações estatais realizadas, levando a um déficit de *accountability* e de responsabilidade pública. (FARAH, 2001)

No início da década de 1980, era possível identificar no Brasil algumas esparsas ações de descentralização e de incentivo à participação social; principalmente no nível municipal. Em 1988, com o advento da Constituição Federal, a descentralização e o envolvimento da população em políticas públicas, em todos os entes federativos, foram formalizadas. Na década de 1990, diversas políticas públicas, como as de saúde, foram regulamentadas e incluíram as ideias de descentralização, participação e controle a partir de conselhos setoriais. (CKAGNAZAROFF, 2009).

Ocorre que, no final dos anos de 1980 e início da década de 1990, o Brasil estava em crise econômica e a escassez de recursos já era notória, e, em consequência, houve uma diminuição da capacidade do Estado em dar resposta às questões sociais. Naquele momento, somaram-se as

preocupações com o processo de democratização às preocupações com a eficiência, a eficácia, a efetividade da ação do Estado e a qualidade dos serviços públicos. Foi então que as ideias neoliberais tornaram-se mais presentes, entre elas se faziam presentes considerações negativas sobre a capacidade gerencial do Estado avaliada como fraca, além de pregar reformas que reduziram o tamanho deste Estado. (FARAH, 2001)

Bresser Pereira (2006) argumenta que, na década de 1990, o esforço para resolver a crise do Estado deveria ser combinado às estratégias de ajuste fiscal com o esforço de melhoria da capacidade gerencial do Estado. Em 1995, com a publicação do Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado, a ideia de governança se distanciava do modelo hierárquico e estava associada às ideias neoliberais da Nova Gestão Pública; ou seja, com ideias relacionadas ao mercado, entendendo que a ação estatal deveria ser pautada na eficiência e na efetividade.

Entretanto, essa visão mais gerencialista de governança foi questionada por abordagens que estavam mais preocupadas com uma estrutura de governança com “articulação entre o Estado e a sociedade civil, visando não só a melhoria da eficiência, como também da eficácia e o aprofundamento da democratização da administração pública” (CKAGNAZAROFF, 2009, p. 25). No “lugar de enfatizar eficiência administrativa e financeira, a governança teria como objetivo outros valores adicionais, como transparência, participação e ética” (CAPELLA, 2008, p. 17)

Esse questionamento, realizado em solo brasileiro, por abordagens orientadas pela democratização que criticavam as concepções de Bresser, propunham mais articulação entre governo e governados; e, ainda, que os governos, seguindo a visão sociológica da racionalidade, estivessem mais atentos às demandas da população e às possibilidades de participação da sociedade. Esta abordagem seguiu uma tendência comum nos países que também estavam passando por processos de redemocratização onde “havia demandas para uma maior permeabilidade do Estado, seja para diminuir sua presença, por ser considerada ineficiente e ineficaz, seja como forma de aumentar sua efetividade e a atenção aos interesses dos cidadãos. Nesses casos (Brasil e outros países recém redemocratizados), havia um clamor por mais *accountability* e responsividade” (COSTA, 2015, p. 88)

5.2 Governança como processo

Como visto no item anterior, a governança como estrutura pode ser desenvolvida de diversas formas; entretanto, ela deve ser refletida não somente sob o ponto de vista da estrutura, pois esquemas de governança implicam em relações entre vários atores/organizações, sendo necessária, então, uma reflexão sobre governança como processo. Pierre e Peter (2006) discutem a governança como processo e acreditam que a mesma deve ser dinâmica em termos de configuração e objetivos, e que a influência e a interação dos diversos atores mudariam ao longo do tempo e da área gerenciada.

O termo 'governança' deriva do grego 'kybernêtês', que era utilizado para se referir às conduções dos antigos navios de guerra, tendo o significado de condução. A partir desse termo é que se apoia a palavra 'cibernética', criada por Norbert Wiener (SCHENEIDER, 2005), que tem como significado 'direção'. Dessa forma, a noção de governança como um processo de direção da sociedade é entendida como um ponto central para a concepção de governança (KOOIMAM, 1993). Pierre e Peters (2006) argumentam que governança, em determinadas situações, refere-se à coordenação de uma área específica e, em outras, refere-se ao processo pelo qual o governo procura orientar uma determinada área; entendem, também, que, nas duas situações, a governança está referindo-se a um processo dinâmico, que trata da interação entre os atores públicos e privados e de quais resultados a interação entre eles alcançam; ressaltam, também, que o Estado exerce um papel central na produção de resultados e no gerenciamento de possíveis tensões. Ckagnazaroff (2009, p. 6) compartilha do pensamento da governança como processo ao dizer que, "basicamente, a governança pode ser entendida como processos decorrentes da relação entre governo e sociedade civil na consecução de objetivos públicos." Diante do exposto, a perspectiva sobre governança como processo adotada no presente estudo é a de que um conjunto de mecanismos e procedimentos, que trata das interações entre os atores e de quais resultados essa interação alcança (Pierre e Peter, 2006), em que se reconhece a importância do Estado para a governança, uma vez que, "apesar dos rumores persistentes em contrário, continua sendo o principal

ator político da sociedade e a expressão predominante de interesses coletivos.” (PIERRE e PETERS, 2006, p. 25). Reforçando a ideia da importância do papel do Estado, Bovaird (2005) argumenta que, apesar de o termo ‘governança’ ser utilizado constantemente associado à ideia de ‘governança sem governo’, na prática, o que se percebe é que, para uma governança bem sucedida, é necessária a participação do governo.

Os modelos mais tradicionais de governança, hierarquizados, entendem que o Estado é o ator em posição dominante, determinando os atores que estarão envolvidos e/ou tomando decisões finais sobre políticas. Já no modelo de rede, ele é entendido como sendo apenas outro componente que tem um importante papel no processo de governança; a questão é que esse papel é variável e não uma constante, existindo modelos de governança mais centrados no Estado e alguns mais centrados na sociedade; entretanto, o Estado e a sociedade sempre estão ligados no processo de governança (PETERS e PIERRE, 2006). Heinrich, Lynn Jr. e Milward (2009) entendem que o Estado exerce influência sobre os atores governamentais e não governamentais envolvidos com a prestação do serviço público, e que as estruturas organizacionais e os incentivos que ele estabelece para promover a qualidade, a eficácia e a eficiência do serviço influenciam significativamente os resultados.

Sobre a capacidade do Estado em governar, essa é percebida de diversas formas; mas, segundo Jessop (2001), normalmente engloba duas gerações de análise. Uma das gerações, que apresenta um conceituação mais abrangente, entende que a capacidade estatal refere-se à criação e à manutenção da ordem em um território, o que requer, por sua vez, medidas para a proteção de sua soberania, caracterizando-se pela capacidade legislativa, capacidade coercitiva e capacidade extrativa. Essa visão de capacidade estatal foi a que guiou os primeiros estudos sobre o tema, que tinham como preocupação a construção de aparatos estatais e a autonomia do Estado em relação aos atores econômicos e sociais. “Nesse sentido (macro), capacidade estatal refere-se às situações em que Estados conseguem se erguer e, minimamente, guiar os rumos de uma sociedade, administrando seus conflitos e problemas internos”. (PIRES e GOMIDE, 2015. p. 201)

A segunda geração de estudos sobre a capacidade estatal possui uma visão mais concreta, procurando refletir sobre as capacidades dos Estados de atingir, de forma efetiva, os objetivos pretendidos com as políticas públicas. Estudiosos denominam essa capacidade como do “Estado em ação”, sendo essa “as capacidades de identificação de problemas, formulação de soluções, execução de ações e entrega dos resultados” (PIRES e GOMIDE, 2015, p. 201). Nesse sentido, Pires e Gomide (2015) citam autores como SKOCPOL, 1985, SKOCPOL, FINEGOLD, 1982, 1982, MANN, 1993; EVANS, 1995; GEDDES, 1996, que consideram que a implementação de políticas envolve a coordenação de atores, instrumentos e processos que capacitam o Estado para a realização de políticas públicas. (PIRES e GOMIDE, 2015)

As ideias da governança podem ser relacionadas às mudanças ocorridas nas capacidades estatais a partir de três perspectivas. A primeira perspectiva é a de que governança estaria associada à ideia de “esvaziamento do Estado”, e que este perderia o controle sobre as políticas públicas, uma vez que essas seriam resultado da interação entre os atores estatais, atores do mercado e da sociedade civil.

A desagregação de antigos conglomerados burocráticos verticalizados, além da transferência de responsabilidades e funções para a sociedade civil, governos subnacionais e para atores econômicos, foi compreendida por muitos analistas como perda de capacidade estatal, diante da emergência da participação dos demais atores. (PIRES e GOMIDE, 2015, p. 202)

Uma segunda perspectiva apontada por Pires e Gomide (2015) baseia-se na concepção de que as funções do Estado são modificadas no que se refere à forma de gestão a partir das ideias de governança; porém, não pode ser colocado que necessariamente ocorrerá a diminuição de suas capacidades. Para essa perspectiva, é possível perceber uma mudança na forma da gestão, mas não ocorreria a perda da centralidade ou relevância do Estado. Matthews (2012) argumenta que o Estado teria o papel de regulador, e esse novo papel faria com que a centralidade dos processos de produção de políticas públicas e o controle dos recursos, como financeiros, legais e simbólicos, permaneceriam no Estado.

A terceira perspectiva das mudanças nas capacidades estatais advindas das ideias da governança, vai além da ‘disputa’ entre a perspectiva que propunha a redução do Estado (primeira perspectiva) e a que defendia a

substituição das capacidades do Estado, passando este de promotor para regulador (segunda perspectiva); acreditando que, na verdade, “as mudanças associadas à noção de governança têm o potencial de ampliar as capacidades de intervenção do Estado” (PIRES e GOMIDE, 2015, p. 202), uma vez que, segundo Offe (2009), ao proporcionar maior participação de atores não estatais na formulação e implementação de políticas públicas, torna possível obter maior eficiência e efetividade. Sabel (2004) acredita que os arranjos de governança mais inclusivos, que permitem que atores locais participem e avaliem os processos de implementação das políticas, proporciona a possibilidade de que ocorra a adaptação dos objetivos gerais de uma política aos contextos municipais. “Assim, arranjos complexos podem oferecer oportunidade para que uma pluralidade de atores usem seus conhecimentos, criatividade e recursos para a busca de formas novas e melhores de se produzir políticas públicas” (PIRES e GOMIDE, 2015, p. 203).

A partir do entendimento dessas três perspectivas de mudanças nas capacidades estatais apresentadas por Pires e Gomide (2015), pode-se perceber que o caso da governança da política municipal de saúde no contexto da coordenação federativa da política de saúde brasileira enquadra-se na segunda e na terceira perspectiva, uma vez que os governos municipais possuem um importante papel na implementação das políticas públicas, e que, ao mesmo tempo, foi necessária certa centralização do poder no governo federal.

Para Diniz (1999), a essência da governança refere-se à capacidade do Estado de implementação das políticas e da consecução das metas coletivas. Nesse sentido, pode-se entender, conforme o faz Diniz (1999, p. 196), que governança como processo “refere-se ao conjunto de mecanismos e procedimentos para lidar com a dimensão participativa e plural da sociedade, o que implica expandir e aperfeiçoar os meios de interlocução e de administração do jogo de interesses”.

Para Ckagnazaroff (2009, p. 27), governar deve ser visto como o esforço a ser empregado para ativar e coordenar atores sociais de tal maneira que intervenções públicas, da sociedade civil e das organizações privadas, respondam às necessidades decorrentes do esforço de tratar adequadamente

os problemas e fazer uso das oportunidades presentes na sociedade contemporânea. Nessa perspectiva, o referido autor considera que governar se tornou um processo predominantemente de coordenação e de influência em interação social, política e administrativa; sendo necessário “que o Estado se torne mais flexível, descentralize suas funções, transfira responsabilidades e amplie o leque de atores participantes, sem descuidar dos meios de controle e supervisão”. Nesse mesmo sentido, Pierre e Peters (2000, p. 27) entendem que para que o Estado se engaje em diferentes formas de governança, “os modelos tradicionais de comando e controle do setor público precisam ser substituídos por modelos de gerenciamento mais relaxados e descentralizados”, e que essa descentralização facilitaria a governança em nível local. Entretanto, quando o processo de governança envolve atores do setor público descentralizado, é necessário que esses estejam diretamente envolvidos tanto no processo de formulação, quanto na implementação de políticas públicas, possibilitando maior coerência entre as duas etapas desse ciclo (PIERRE e PETERS, 2000).

Seguindo a concepção de analisar a governança como um processo, Diniz (1997) indica que os seus principais componentes de governança são: o comando, a coordenação e a implementação. O comando refere-se à capacidade do governo em “assumir a direção efetiva do processo de políticas públicas realizado pelo conjunto da máquina estatal, como definir e ordenar prioridades”. Já Ckafnazaroff (2009) diz que a capacidade de comando refere-se à capacidade do governo em definir estratégias de ação e diretrizes para as tomadas de decisão.

Essa concepção de comando é colocada também por Pierre e Peters (2000) que entendem como papel do governo fornecer um conjunto de metas para governar, e apontam que sua função é levantar todas as demandas da sociedade, válidas, mas conflitantes e custosas, e convertê-las em um conjunto de declarações políticas mais ou menos coerentes. Nos estudos clássicos, a capacidade de comando está associada à autoridade de caráter racional-legal, sendo exercida por meio de estruturas hierárquicas verticais (CKAGNAZAROFF, 2009). Entretanto, a governança não está mais limitada à condução do Estado, remetendo-se também a outras formas de condução estatal, nas quais outros atores sociais realizam tarefas estatais, criando relações verticais e

horizontais (SCHNEIDER, 2005). O processo de governança pública, como já vimos, tem adotado arranjos mais descentralizados, em rede, e a autoridade tem sido descentralizada ao serem criadas várias subunidades de gestão com o intuito de melhorá-la. Ckagnazaroff (2009, p. 30) argumenta que “vários atores possuem o comando, cada um em sua área, mas com uma finalidade em comum, formulação e implementação de políticas públicas”. Nesse sentido, o enfoque a ser dado para esse componente deve ser na forma como o governo municipal “exerce o comando nos processos de governança existentes e como se dá o envolvimento de atores da sociedade civil e do setor privado nesse aspecto” (CKAGNAZAROFF, 2009, p. 30).

O segundo componente da governança apontado por Diniz (1999, p. 197) é a capacidade de coordenação do Estado. Para a autora, a coordenação significa “submeter a lógica dos interesses em jogo a um sistema integrado capaz de ajustar as diferentes visões”. A capacidade de coordenação está associada à integração entre as áreas de governo, sendo possível verificar o objetivo de desenvolver políticas de governo de forma coerente e consistente. Para Ckagnazaroff (2009, p. 30), coordenação refere-se à capacidade de ajustar os programas e de administrar conflitos de interesses, “de tal modo que os compatibilize com a racionalidade governativa, baseada em função do projeto coletivo”. Para Diniz (1997), esse projeto coletivo seria orientado pelo interesse público, decorrente do esforço de compatibilizar as diversas e contraditórias demandas sociais.

Sempre há questões políticas e coordenadas em todas as áreas políticas e sendo assim, “se queremos entender a governança, precisamos compreender as formas como o processo político lida com conflitos e produz decisões” (PIERRE e PETERS, 2000, p. 31). Bovaird (2005) entende que os debates e, naturalmente, os conflitos surgem nas discussões sobre a melhor forma de alcançar bons resultados no âmbito das políticas públicas, e, para minimizar esses conflitos, que podem ser muitas vezes disfuncionais, necessário se faz o estabelecimento de regras, da estrutura e do processo dentro de uma política; ou seja, a coordenação é necessária. O que ocorre é que o governo municipal deve ser capaz de lidar com os conflitos a partir da negociação e do compromisso (DINIZ, 1997).

O terceiro componente da governança proposto por Diniz (1999, p. 42) é a capacidade de implementação que “se refere às condições do Estado de mobilização de recursos técnicos, institucionais, financeiros e políticos que são exigidos para a execução de suas decisões”. Pierre e Peters (2000) acreditam que, para compreender a governança, é necessário entender como o governo implementa as suas decisões; eles apontam, ainda, para a necessidade de rastrear as políticas e os programas até seus efeitos finais na sociedade.

Diniz (1997) considera que um aspecto importante para a capacidade de implementação é a sustentação política das decisões, devendo, para tal, ocorrer a manutenção dos canais abertos com a sociedade e com o sistema representativo. Neste ponto, é importante notar que alguns autores consideram que a proposta de Diniz necessita de alguns reparos, conforme reflete Santos Júnior (2001), por acreditarem que a abordagem da autora está direcionada para a capacidade governativa de gestão, não abordando a relação governo e sociedade. Segundo Santos Júnior (2001, p. 60), a abordagem que considera o governo e a sociedade foca no problema “dos arranjos institucionais que coordenam e regulam a relação entre o governo e os atores sociais dentro de um sistema político”; porém, a noção de governança não deve depender somente do aparato institucional formal; deve, também, considerar o estabelecimento de coalisões entre atores, orientações ideológicas e recursos disponíveis.

Entretanto, Ckagnazaroff (2009, p. 37) considera que ocorre, nesses pontos de crítica aos componentes estabelecidos por Diniz, uma mudança do foco de análise. Se, no primeiro sentido de governança, o foco se dá na capacidade governativa de gestão, “baseada no modo de operar das políticas públicas e na relação entre *input* e *output* da ação governamental, no segundo sentido, a análise se volta para a cooperação e o conflito entre os diversos tipos de atores envolvidos na gestão local”.

Pode-se considerar que Diniz está ciente da questão da democratização. Tanto é assim que ela associa democratização à busca de melhoria da eficácia da gestão pública. Ckagnazaroff (2009, p. 25) aponta o trabalho de Diniz (1999) como um importante estudo que ressalta, no trato da governança, “capacidade do Estado em governar, em que as dimensões de comando, coordenação e

implementação de políticas públicas são consideradas aspectos relevantes para funcionamento de arranjos de governança sem, no entanto, desconsiderar a ideia da democratização da máquina pública.”

Diante dessa constatação da importância da democratização para o processo de governança, é mister reconhecer que um dos papéis a ser desempenhado pela sociedade no processo de governança é o de “apresentar suas demandas ao governo e pressionar a adoção de suas próprias agendas através do processo político” (PIERRE e PETERS, 2000, p. 32). O governo tem noção das ações que devem ser desempenhadas e das prioridades, e essa “mistura de demandas sociais e prioridades e perspectivas da agência interna ajuda a moldar a agenda para o governo e para a governança” (PIERRE e PETERS, 2000, p. 33). Um fator importante sobre a coordenação é a forma como o governo municipal compatibiliza as diversas demandas existentes em torno de uma política pública, como, por exemplo, “articular propostas intersetoriais com propostas setoriais, integrar demandas regionalizadas em uma perspectiva que leva em conta a cidade com todo, e como, nesse processo, o governo mobiliza ou não os diferentes atores” (CKAGNAZAROFF, 2009, p. 10).

A crescente discussão acerca da democratização no processo de governança decorre do fato de que tem ocorrido uma reinterpretação da forma de planejamento e implementação de políticas públicas, uma vez que esse processo não tem sido visto como ‘*top down*’, e sim como um processo interativo com muitas negociações, em que se reconhece o papel do setor privado e do usuário do serviço público (BOVAIRD, 2005). Para Neskova (2014), o processo de planejamento e de tomada de decisão possui características de centralização quando as definições são realizadas de forma *top down* e quando o poder não é distribuído entre os participantes do processo.

Para Peters (2011), o modelo de governança deve seguir uma orientação mais descentralizada do que a prevista pelos adeptos da Nova Gestão Pública. O autor argumenta que os formuladores de políticas acreditam que os mercados e as redes podem promover ideais democráticos e esperam um “mundo novo” de descentralização, envolvimento público e cessão de

poder. A governança deve se distanciar das concepções burocráticas da governança tradicional e se aproximar dos mercados e das redes; ela deve distanciar-se do conhecimento técnico e defender o envolvimento dos cidadãos na formulação e implementação das políticas públicas; ou seja, o conceito de governança defende concepções mais plurais e participativas de democracia (BEVIR, 2011). Nesse mesmo sentido, Peters (2005) aponta que, além dessa concepção de Estado mais próximo das ideias do mercado e das redes, essas reformas enfatizam a capacidades dos cidadãos em tomar decisão sobre quais tipos de serviço público querem receber. A atual concepção de reforma do setor público está no sentido de envolver mais efetivamente os cidadãos nas ações do governo e nas escolhas das políticas a serem implementadas. Para Peters (2005, p. 586), “a lógica subjacente da abordagem da governança é que uma maior participação dos cidadãos resultará em uma melhor qualidade de governar”.

O maior envolvimento dos cidadãos na condução das políticas públicas deve ser entendido como um meio para aumentar a confiança e a legitimidade das ações governamentais. Ao envolver os cidadãos na tarefa de governar, os níveis de confiança e cooperação entre os burocratas e cidadãos serão elevados. Os modelos de governança na administração pública requerem uma população ativa que pode ser mobilizada e incentivada a participar das ações do setor público. (PETERS, 2005). Nesse mesmo sentido, Kearns (1995) acredita que a governança municipal oferece aberturas para o cidadão ativo exercer poder e influência dentro de um sistema pluralista para a elaboração de estratégias coletivas e prestação de serviços públicos.

Peters (2005) considera a governança como sendo um modelo de condução mais democrática do Estado e da sociedade. A maior abertura e descentralização da administração pública estimula a participação da sociedade e aumenta a confiança dos cidadãos. O autor argumenta que o modelo para uma governança democrática tem como base o aparente fracasso das formas convencionais da democracia representativa, e, que, ao criar estruturas de participação que estão mais próximas do dia a dia dos cidadãos, ocorre cada vez mais uma elevação na confiança, na participação e na capacidade dos cidadãos de influenciar as decisões do governo.

É importante considerar que o poder e as restrições colocadas pela gestão pública aos atores potencialmente aptos a participar do desenvolvimento das políticas públicas afetam o desenho do processo de planejamento, bem como a tomada de decisão. Neshkova (2014), por exemplo, aponta que algumas instituições desfrutam de maior autonomia no processo orçamentário, e que essa autonomia pode levar a dois cenários. Primeiramente, a administração das instituições pode implantar um processo estritamente tecnocrático, no qual a alocação de recursos seria definida com base nos conhecimentos e na experiência dos funcionários da agência. Por outro lado, os administradores podem implantar uma abordagem mais inclusiva, com maior participação da população. Neshkova (2014) acredita que quanto maior a autonomia das instituições, maior a chance das mesmas adotarem a participação da sociedade no processo de tomada de decisão. Tal concepção pode ser adotada de forma análoga em relação aos entes federativos, principalmente, aos municípios.

A flexibilidade na adoção de mecanismos de inclusão da sociedade nos processos de planejamento pode levar ao envolvimento efetivo da população ou a um envolvimento superficial realizado formalmente apenas para atender as demandas por maior participação cidadã. Para Neshkova (2014), já que a decisão por adotar a participação social nos processos de planejamento é uma prerrogativa dos gestores públicos, o que acontece é que muito deles são insensíveis à inclusão dos cidadãos. Entretanto, os gestores precisam se conscientizar de que a inclusão dos cidadãos na administração pública pode servir a valores burocráticos importantes, como conseguir maior legitimidade das decisões administrativas e assegurar o apoio da crítica. Assim, as ações da administração pública devem levar em consideração, segundo Neshkova (2014), os valores provenientes tanto do *ethos* burocrático quanto do *ethos* democrático.

Além do importante papel desempenhado pelos membros da sociedade em apresentar as demandas e acompanhar as respostas, a sociedade também pode desempenhar um importante papel na implementação juntamente com o governo. Pierre e Peters (2000) reconhecem que o envolvimento da sociedade na implementação das políticas públicas é de grande valia, pois acreditam que pode gerar uma redução nos gastos públicos, que o conhecimento da

sociedade pode ser utilizado, além de diminuir a possibilidade de resistência política.

No que diz respeito à análise dos atores envolvidos com a política pública no contexto da governança, Christopoulos (2008) aponta que devem ser analisadas as condições de atuação efetiva desses atores, a função que eles exercem, as tomadas de decisões relacionadas aos problemas coletivos com as quais eles estariam envolvidos, a identificação do ator que detém autoridade, as fontes de legitimidade dos atores e o seu papel no âmbito político. Para este estudo, assim como o fazem Sibeon (1997) e Ckagnazaroff (2009), serão considerados atores tanto os indivíduos quanto as diferentes unidades administrativas do governo municipal, do setor privado e da sociedade civil capazes de formular propostas, de participarem da tomada de decisão e de se engajarem nas ações públicas.

Segundo Schneider (2005), atualmente, tanto na formulação quanto na implementação de políticas públicas, atuam muitos atores não governamentais, e estes assumem frequentemente uma posição central na definição de uma política. Afinal, como aponta o referido autor, o complexo governamental seria completamente sobrecarregado caso muitos dos atores não governamentais, tais como partidos, grupos de interesse, institutos de pesquisa, autoridades administrativas, entidades da administração pública indireta autarquias, organizações não governamentais e associações não se entendessem em redes informais de comunicação e cooperação, nem participassem da mobilização de recursos de políticas públicas, da coordenação de negociações políticas e da produção de políticas.

Stoker (1998) e Bovaird (2003) também compartilham o entendimento da governança como um processo interativo e acredita que esse processo envolve diferentes atores, que influenciam os resultados das políticas públicas, com os quais podem ser desenvolvidas algumas formas de parcerias, que são relações ou compromissos assumidos entre duas ou mais organizações que tenham objetivos em comum, envolvendo, em geral, divisão de responsabilidades (LEWIS, 2001).

Sendo a governança um processo de interação entre diversos atores, deve-se considerar a importância que as negociações possuem nesse processo de definição da melhor forma e resultado de políticas públicas

(BOVAIRD e LOIFFLER, 2003). Ocorre que o desenvolvimento de parcerias e o envolvimento das partes interessadas podem dar ensejo a situações adversas tais como custos mais elevados, atrasos nas tomadas de decisões e implementação e fragmentação da responsabilidade ao permitir que algumas partes interessadas exerçam poder sem passar por verificações. A solução para essas situações é o desenvolvimento de procedimentos que envolvem o atendimento de transparência, de *accountability* e o maior envolvimento da sociedade. (BOVAIRD, 2005)

Entretanto, deve-se considerar que essa responsabilidade compartilhada entre os atores, sejam governamentais ou não governamentais, pode vir a gerar uma indefinição de responsabilidade, pois pode gerar dúvidas e incertezas nos tomadores de decisões públicas e nos cidadãos sobre quem seria o responsável por determinado serviço público. Essa situação pode inclusive levar à possibilidade de reforçar os 'bodes expiatórios', para os quais os entes públicos repassariam responsabilidades e culpas para os outros entes e até mesmo para o setor privado, quando algo desse errado (STOKER, 1998). Como coloca Kersbergen (2004), com as novas concepções de governança, os mecanismos de pesos e contrapesos e os de prestação de contas podem ter se tornado menos eficazes; dessa forma, problemas relacionados à *accountability* podem surgir.

Ante as reflexões apresentadas sobre governança pública, pode-se entender, assim como faz Stoker (1998), que a contribuição da perspectiva de governança não está na análise de nível de causalidade, e sim na sua capacidade de fornecer um quadro conceitual para compreender processos de mudanças na forma de governar. O autor acredita que os marcos conceituais da governança podem fornecer uma linguagem e um quadro de referência através do qual a realidade pode ser examinada. Dessa forma, para o presente estudo, a governança pública será entendida como um processo autônomo de coordenação e de cooperação, por meio de redes, formado por atores governamentais e não governamentais, que interagem para realização de fins públicos (KISSLER e HEIDMAN, 2006).

5.3 Governança da Política Municipal de Saúde

As ideias sobre governança municipal surgiram no início da década de 1980, a partir do novo padrão de comportamento, entre governo e sociedade, que estava surgindo nos Estados Unidos e na Europa, uma vez que o papel do governo estava diminuindo e as redes e a sociedade civil se tornavam cada vez mais importantes (BOVAIRD, 2005). A governança implica no fortalecimento municipal das relações de cooperação com os cidadãos, com as empresas e as entidades sem fins lucrativos nas suas ações.

Bovaird (2005) entende que novas estruturas de governança foram desenvolvidas para que os governos municipais sejam capazes de desenvolver as suas próprias agendas. Nesse sentido, Heinrich, Lynn Jr. e Milward (2009) também refletem sobre a capacidade dos governos municipais em fazer a diferença ao promover valores públicos básicos, como a equidade no acesso a bens e serviços públicos, responsabilidade e capacidade de resposta aos cidadãos quanto aos resultados dos serviços. Entretanto, a capacidade dos governos centrais de coordenação dos entes descentralizados nas principais redes de políticas não pode ser desconsiderada, pois esses ainda continuam fortes.

Farah (2001, p. 132) aponta como primeira prática adotada pelos governos municipais, nesse contexto de governança, uma maior ação integradora, que caracteriza-se pela “superação da setorização e da fragmentação institucional, ao procurar coordenar a ação de diversas secretarias e órgãos, cuja ação até então era segmentada ou justaposta, com perda de eficiência e de efetividade das políticas”. A ideia é que, em determinada política, devem ser levadas em consideração algumas questões que ultrapassam o setor específico, ou seja, prática intersetorial.

Outra prática de governança adotada pelos governos municipais é o estabelecimento de interações intergovernamentais, em que o município firma parcerias com outros entes federativos e vice-versa. Segundo Farah (2001, p. 132), a política de saúde “constitui um exemplo importante da articulação de diretrizes emanadas do governo federal com uma dinâmica local de formulação e implantação de programas sociais”, ou seja, é um bom exemplo de como a

interação entre os níveis de governo é importante. Da mesma forma, a interação do governo municipal com outros entes, do mesmo nível de governo, também é importante, sendo comum o estabelecimento de consórcio intermunicipal, no qual municípios, com objetivos em comum, se reúnem para formularem planos de enfrentamento de problemas comuns que ultrapassam a capacidade de somente um município resolver (FARAH, 2001). Sobre esse aspecto, Farah (2001, p. 133) reflete que:

A articulação entre governos municipais e entre diferentes esferas de governo assinala a possibilidade de estabelecimento de um novo tipo de vínculo intergovernamental, distinto do que vinha caracterizando as políticas sociais no país — marcado ora pelo clientelismo, ora pelo predomínio da atribuição aos municípios da função de meros executores, sem voz, de políticas federais. Neste novo vínculo — de parceria — há uma co-responsabilização pela política e seus resultados, ainda que a cada um dos participantes possam caber papéis diferenciados ao longo do processo de implementação das políticas.

Segundo Machado (2007, p. 69), os Consórcios Intermunicipais de Saúde objetivam a racionalidade econômica, uma vez que ocorre o compartilhamento, entre os municípios que se unem, dos custos e dos benefícios advindos de um serviço de saúde de referência, “gerando ganhos de escala compatíveis com patamares superiores de eficiência e eficácia”. Os consórcios intermunicipais se baseiam em uma relação de igualdade entre os municípios associados, devendo ser garantida a autonomia de cada ente e a não subordinação hierárquica a qualquer dos parceiros ou à entidade administradora.

Uma terceira prática apontada por Farah (2001) como necessária aos governos municipais é o estabelecimento de novas formas de estruturação entre Estado, mercado e sociedade civil, assunto já abordado neste capítulo. A partir das novas estruturas de governança em que os três setores se articulam, é possível perceber a incorporação de novos atores no processo de implementação de políticas públicas no âmbito municipal. Segundo a autora, muitos programas nacionais têm como elemento central a participação da sociedade, sendo propostos e instituídos mecanismos que garantam maior participação social, como os conselhos municipais de saúde.

Nesse sentido, “embora sob direção de uma entidade governamental, vários projetos se estruturam como *redes* de entidades e instituições,

mobilizadas e articuladas em torno de um problema de interesse público, cujo enfrentamento ultrapassa a capacidade de ação isolada do Estado, seja por limites financeiros ou técnicos” (FARAH, 2001, p. 138).

O governo municipal necessita estabelecer novos arranjos de governança que superem o modelo tradicional da ação estatal e se estruturam em redes que reúnem diversos atores, nas quais são estabelecidas interações intergovernamentais e interações entre Estado, mercado e sociedade civil. O governo municipal deve assumir a coordenação e a liderança das ações e dos atores governamentais e não governamentais envolvidos, buscando o consenso entre os diferentes interesses e a disponibilidade de recursos.

A partir de novas estruturas de governança municipais, a sustentabilidade da política pública tende a aumentar, uma vez que ocorrerá maior envolvimento de diversos atores e que diminuirá a possibilidade de descontinuidade em virtude da troca de governo (FARAH, 2001). Nesse sentido, Farah (2001, p. 142) afirma que, “o enraizamento das políticas em um espaço público que transcende a esfera estatal reforça a possibilidade de políticas de longo prazo, com repercussões sobre a eficiência e a efetividade das políticas implantadas”.

No caso brasileiro, com a Constituição Federal de 1988, renasce o contexto federativo, sendo incorporadas as noções de democratização e descentralização na gestão pública. Os municípios ampliaram significativamente as suas ações no campo das políticas públicas. Entretanto, a ampliação dessas ações enfrentou problemas, uma vez que a descentralização não ocorreu de forma uniforme em todo país, pois a capacidade administrativa dos diversos municípios brasileiros é diversificada, e a dinâmica política e social de cada localidade também afeta a descentralização e a forma como ela ocorre; além disso, cada gestão tem seu projeto político (FARAH, 2001).

Diante desse cenário de descentralização desordenada, na década de 1990, ocorreu uma reforma orientada para a recentralização do poder de determinadas políticas públicas – caso da política de saúde - na União, em torno da qual a autonomia dos entes subnacionais foi reduzida, os recursos foram mais centralizados no âmbito federal e se fortaleceu a capacidade de coordenação da União (FLEURY, 2010). Como Farah (2001) coloca, percebeu-se a necessidade de coordenação de algumas políticas para que as

desigualdades fossem minimizadas e garantida a implementação de projetos e programas estaduais e nacionais.

Essa ação coordenadora do governo federal em determinadas políticas públicas, realizada nos meados da década de 1990, fortaleceu a verticalização das relações federativas e novas formas de governança municipais foram desenvolvidas para atender o cenário de descentralização remanescente, combinada com a coordenação federativa. Os governos municipais têm desenvolvido novas estruturas e processos de governança em que se rompem as características de um modelo hierarquizado; para tanto, novas práticas políticas e administrativas de governança municipal emergiram. (FARAH, 2001)

A partir da descentralização da política de saúde, as secretarias municipais de saúde passaram a gerenciar a maioria das unidades públicas de prestação de serviços de saúde, além de contratar, monitorar e avaliar os serviços prestados pelas unidades privadas (FLEURY, 2010). A estrutura, para assumir essas funções, passa por diversos desafios, como a definição das responsabilidades federativas, o reconhecimento das demandas municipais, a construção de bases consistentes de planejamento municipal, entre outros. Tais desafios exigem aperfeiçoamento de competências técnicas e gerenciais dos governos municipais e o enfrentamento dos dilemas políticos. Entretanto, Fleury (2010, p. 448) argumenta que:

Sejam quais forem as estratégias a serem adotadas, a atual configuração institucional do SUS, se mantida, torna a esfera local um locus privilegiado de resolução desses desafios e dilemas. Torna-se, pois, fundamental para o sucesso dessas estratégias a construção de bases sólidas de governança local, capazes de fornecer suporte técnico, gerencial e político às políticas de saúde.

O SUS estabelece garantias nacionalmente uniformes e institui a gestão descentralizada para provê-las. A Lei n. 8.080/1990 conferiu aos municípios a tarefa de “planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde”. Entretanto, o arcabouço jurídico legal conferiu à União a tarefa de coordenação, normatização e definição de padrões nacionais da ação governamental na política de saúde; e, aos estados, conferiu a função de coordenação e normatização complementar no seu território, bem como de acompanhamento, avaliação e controle das redes regionalizadas.

Para atender o nível de eficiência esperado com a criação do SUS e da coordenação exercida pelo governo federal, a capacidade administrativo-financeira do governo municipal se apresenta como um fator determinante. Essas capacidades devem ser desenvolvidas, tanto no âmbito interno, relacionadas aos aspectos essenciais da gestão como também no âmbito da articulação com os outros entes federativos, com a sociedade civil e com o mercado (FLEURY, 2011). Frente a essa necessidade, Granja (2012) afirma que a estrutura da governança municipal da política de saúde deve ser formada em rede, de forma interativa entre os três níveis de entes da federação, as equipes multidisciplinares e os diversos setores da gestão municipal e participativa, envolvendo os trabalhadores e usuários.

A estrutura de governança em rede na área da saúde se configura na Rede de Atenção à Saúde (RAS), sendo esta uma rede composta por organizações que prestam serviços de saúde, de forma direta ou indireta, a uma população de determinada região. Como ocorre o envolvimento de diversas organizações-atores nessa estrutura de RAS, é necessário que a governança dessa rede seja no sentido de promover procedimentos “facilitadores da comunicação entre os diversos atores para que se promovam decisões compartilhadas nas RAS, pois seus vários pontos de atenção regem-se por diferentes interesses, algumas vezes, conflitantes” (GRANJA, 2012, p. 496).

Para Granja (2012), a governança em rede da política municipal de saúde deve configurar-se em torno da Atenção Primária, uma vez que essa proporciona o reconhecimento das demandas municipais. Granja (2012, p. 496) afirma que, “a Atenção Primária é o elemento fundante da RAS, é a partir dela que se começam a desenhar as redes e a estruturar a governança. A Atenção Primária é espaço privilegiado para se conhecer os problemas e as necessidades de saúde dos indivíduos e coletivos”.

A governança em rede, como discutida neste capítulo, considera que a participação de diversos atores é fundamental nos processos de tomada de decisão e de implementação da política de saúde. A interação com esses atores pode se dar por meio de relações de apoio técnico ou de parcerias no nível horizontal, como com as comissões bipartide, consórcio intermunicipal, Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS), Conselho Nacional

de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS); no nível vertical, com o governo estadual e federal; e com organizações privadas, como organizações não governamentais ONG's, consultoria privadas, agências internacionais, universidades, igrejas e OSCIPS (FLEURY, 2011).

A participação do governo municipal nessas comissões deve ser incentivada, uma vez que as comissões intergestores, no âmbito do SUS, proporcionam a possibilidade de negociação e incorporação dos interesses dos entes subnacionais nas diretrizes nacionais da política de saúde (FRANCEZE, 2011). Então, verifica-se que o município pode influenciar a definição das políticas regionais e nacionais de saúde, uma vez que o mesmo participa de forma representativa de entidades federativas de governança do SUS, tais como as CIT's, CIB's e a comissão intergestores; assim, necessário se faz que o município tenha domínio dos recursos e das amplas competências de gestão. (FLEURY, 2010)

O incentivo à participação da sociedade também torna-se necessário na estrutura de rede da governança municipal da política de saúde. A partir da Constituição Federal de 1988, essa participação tem sido incentivada, e o município possui um potencial nesse sentido, uma vez que está mais próximo dos cidadãos, o que favorece a "inclusão de novos sujeitos nos processos de decisão na saúde, sobretudo de segmentos de usuários que, por intermédio de conselhos e conferências, vocalizam interesses e necessidades que, em alguma medida, passam a compor as políticas de saúde" (GRANJA, 2012, p. 498). A participação social na governança municipal da política de saúde tem ocorrido, principalmente, a partir dos conselhos de saúde e das conferências.

Os conselhos de saúde são institucionalizados no Brasil pela Constituição Federal de 1988; por determinação legal (Leis n. 8.080 e n. 8.142 de 1990) o parecer dos conselhos passou a possuir fundamental importância para as decisões governamentais (MARTINS, 2015). O Ministério da Saúde considera o conselho como "instância máxima de deliberação do Sistema Único de Saúde (SUS) de caráter permanente e deliberativo, tendo como missão a deliberação, fiscalização, acompanhamento das políticas públicas de saúde" (BRASIL, 1990). Nos conselhos de saúde, representantes da sociedade podem participar das ações da política de saúde, podendo participar das

discussões, do planejamento, das tomadas de decisão, da implementação e dos controles e avaliações.

Já, nas conferências, a sociedade, como um todo, pode avaliar a situação da saúde e fazer proposições de melhorias e ações. (GRANJA, 2012). As conferências de saúde ocorrem “a cada quatro anos, com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação a política de saúde nos níveis correspondentes” (BRASIL, 1990).

Entretanto, apesar do estabelecimento dessas instâncias que possuem potencial para proporcionar uma maior participação, o que se percebe é a reprodução de uma cultura conservadora no sistema de saúde, como argumenta Pinheiro (2004).

Em que pese o pioneirismo da área da saúde na democratização das relações entre Estado e sociedade civil, mediante a criação de instâncias políticas de participação e controle social nas três esferas de governo, no cotidiano das instituições ainda se verifica a predominância de cultura política conservadora, patrimonialista e autoritária (PINHEIRO, 2004, p. 14)

Em termos de funcionamento do sistema de saúde no município, atenção tem que ser dada aos recursos disponíveis para a execução municipal da saúde e o atendimento das demandas específicas do município. Os recursos financeiros necessários para a execução da política por parte dos governos municipais, que compõem os orçamentos municipais, são formados a partir de duas fontes. A primeira fonte de receitas são as classificadas como receitas próprias, sendo essas formadas pelo somatório dos recursos que o próprio município arrecada e pelos recursos advindos das transferências intergovernamentais constitucionais e legais. A segunda fonte de receita são as receitas transferidas pelo Sistema Único de Saúde – SUS, também chamadas de transferências de concessões. (SILVA, M. S., 2005).

A destinação desses recursos é regulamentada por normas diferentes; as receitas próprias (arrecadação própria mais transferências obrigatórias) são regulamentadas pela Emenda Constitucional n. 29/2000 e pela Lei Complementar n. 141/2012 que determinam serem aplicadas em saúde o limite

mínimo de 15% das despesas próprias do município e de 12% das despesas próprias dos estados. Vale destacar que, no que diz respeito às receitas próprias do município, ou seja, as de arrecadação própria mais as de transferências constitucionais e legais, os municípios têm destinado, nos últimos cinco anos, para a saúde mais do que o limite mínimo estabelece (SIOPS, 2016).

As receitas repassadas através das transferências de concessões são regulamentadas por normas editadas pelo Ministério da Saúde, destacando-se as Portarias Ministeriais 399/2006 e a 204/2007, que detalharam as normas de execução de despesas por modalidade, e, em alguns casos, ocorreu a complementação de transferências condicionadas dos estados. A Portaria n. 399/2006 introduziu uma certa flexibilidade na execução das despesas com saúde ao criar blocos de financiamento, sendo que, dentro de cada um desses blocos, existia a possibilidade de remanejamento de recursos de um programa para o outro. Atualmente, são seis blocos de financiamento: Atenção Básica, Atenção de Média e Alta Complexidade, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica, Gestão do SUS e Investimentos na Rede de Serviços de Saúde. Entretanto, a Portaria n. 3.992 de 28 de dezembro de 2017, que entrou em vigor em 31 de janeiro de 2018, definiu a nova forma de financiamento e de transferências de recursos federais ao estabelecer que os repasses deixam de ser realizados para os seis blocos de financiamento e passam a ser realizados por dois blocos: o custeio de ação e serviços públicos e o de investimento (BRASIL, 2017). A intenção por parte do Ministério da Saúde ao estabelecer somente esses dois blocos é a de conceder mais flexibilidade ao gestor municipal na aplicação do recurso. Importante se faz destacar, entretanto, que essa portaria não estava em vigor no período da realização da pesquisa empírica do presente estudo, não tendo sido, portanto, um dos pontos de análise.

Diante da composição do orçamento municipal de saúde, percebe-se que a implementação das políticas de saúde pelos governos municipais é dependente das receitas de transferências federais e das diretrizes e normas estabelecidas pelo Ministério da Saúde. “Em outras palavras, o governo federal dispõe de recursos institucionais para influenciar as escolhas dos governos locais, afetando sua agenda de governo”. (ARRETCHE, 2004, p. 22)

A despeito desta dependência, o governo municipal deve desenvolver procedimentos institucionais que permitam a identificação das demandas específicas da sociedade do seu município, combinando a articulação com os conselhos municipais de saúde com outras ferramentas, que proporcionem a identificação das mesmas. Além de oferecer respostas concretas a tais demandas, podendo essas significar medidas “mais restritas, tais como: sanções diretas aos agentes públicos; mudanças em nível organizacional, como a criação de novos serviços; avaliação da gestão, para corroborar e aprofundar as demandas recebidas; ou, ainda, a combinação entre tais artifícios para potencializar sua ação responsiva” (FLEURY, 2011, p. 106). Como coloca Granja (2012, p. 500), “é no nível local que melhor se encontram as necessidades de saúde da população e onde é possível se desenvolverem processos educativos que fortaleçam a cidadania e a inclusão dos atores no processo decisório, como verdadeiros protagonistas que devem ser”.

Ao entender que a governança pública procura compatibilizar os ideais democráticos com os da busca de melhor desempenho das políticas, cabe destacar, como foco para esta tese, dois pontos da governança. Primeiramente, necessário se faz compreender como ocorre o processo de governança e a participação dos atores envolvidos na política municipal de saúde, mais especificamente, como ocorrem a coordenação, o planejamento, a execução municipal e quais são os mecanismos de *accountability* adotados em relação à política municipal de saúde. O segundo ponto se refere à necessidade de compreender a governança da política municipal de saúde, não observando apenas seu processo, mas também sua estrutura. Desse modo, o arranjo estrutural e o processo de governança são elementos importantes para a análise.

Para a compreensão do processo de governança da política municipal de saúde e de como as demandas específicas do município são assimiladas no contexto da coordenação federativa, será apresentado, no capítulo seguinte, um esquema de análise.

6) ESQUEMA DE ANÁLISE

A Teoria do Federalismo Cooperativo ressalta que, para descentralização no contexto federativo, faz-se necessária uma ação coordenada, na qual o governo central possa recentralizar algumas atividades quando for preciso. Essa teoria se baseia na ideia de que a cooperação entre os entes é muito importante, devendo ocorrer a permeabilidade e a interdependência entre eles, sem, entretanto, ferir a autonomia de cada um.

Supõe-se que, diante desse contexto do federalismo cooperativo, para o desenvolvimento das políticas públicas, necessário se faz, que a governança pública municipal seja reestruturada, deixando de estruturar hierarquicamente para se estruturar em redes. A concepção de políticas públicas em contextos de coordenação federativa fortaleceu as relações verticais entre os entes, e, uma vez que o governo federal assumiu um posicionamento de coordenação, dessa forma, espera-se que novas formas de governar sejam desenvolvidas pelo município para que a política alcance eficiência, eficácia e efetividade.

A importância da governança municipal no âmbito da política de saúde é reconhecida; contudo, vários são os desafios para que a gestão municipal possa caminhar efetivamente para a eficiência da política e para o atendimento das demandas municipais específicas. Apesar da operacionalização de determinadas políticas públicas estarem sob a responsabilidade dos governos municipais e estes serem corresponsáveis pela gestão dessas políticas, num contexto brasileiro de descentralização administrativa e política, e de suas potencialidades para exercer um contrapeso numa centralização de poder; o que se observa, no Brasil, é que o governo central não tem encontrado dificuldades para induzir a agenda municipal e direcionar as suas políticas. Nota-se, também, a fragilidade administrativa dos governos municipais na implementação da política e no atendimento das necessidades específicas do município. Estas observações já apresentadas no referencial teórico nos motiva a responder a seguinte pergunta de pesquisa: como ocorre a governança municipal da política de saúde, tendo em vista o modelo federativo, e em que medida as demandas de saúde específicas do município têm sido incorporadas nesse processo?

Apresenta-se, então, um esquema de análise que deve ser compreendido levando em consideração o contexto apresentado a seguir:

I) Na proposição da política pública de saúde, o governo central é previamente concebido como formulador e direcionador da política, e o governo municipal como executor e implementador da mesma. A coordenação exercida pelo governo federal deve ser concebida como necessária para o estabelecimento das diretrizes e padrões nacionais, sem, contudo, ferir a autonomia dos entes federados. Para tanto, entende-se como necessário que o governo central crie padrões, redistribua recursos, segundo critérios de desempenho, e monte mecanismos de indução para que os governos municipais assumam certos programas. Dessa forma, para fins da tese, o governo federal assume a função de coordenação da política pública, tendo como objetivo aumentar a eficácia, a eficiência e a efetividade na implementação da política, de forma descentralizada, e o governo municipal assume a função de operacionalizador da política.

II) Pressupõe-se que a coordenação federativa fortaleça a relação vertical entre os governos; e que novas formas de governança municipal sejam desenvolvidas para atender esse contexto federativo. Dessa forma, os governos municipais deverão ser entendidos como capazes de desenvolver competências técnico-gerenciais e de enfrentamento de dilemas políticos. Corroborando Fleury (2010), ressalta-se que há um entendimento de que, para alcançar o objetivo da coordenação federativa de políticas públicas, é necessária a melhoria do ambiente institucional municipal, especialmente da estrutura de coordenação da política e atores, da estrutura e do processo de governança da política utilizado.

III) Os governos municipais deverão ser capazes de desenvolver competências para atendimento das demandas municipais específicas, com construção de bases consistentes de governança municipal. Essa capacidade deve ser desenvolvida no âmbito interno da gestão e com outros atores, tais como: outros entes da federação, a sociedade civil e o mercado. Dessa forma, a compreensão de como a demanda municipal é identificada pela governança municipal e como é dada a resposta a sociedade é essencial para o entendimento do problema de pesquisa.

Apresentado o contexto, a partir de uma concepção do federalismo cooperativo e da governança pública, tem-se, na Figura 1, uma proposta de instrumento de análise para estudar o processo de governança municipal no contexto da coordenação federativa e para identificar a capacidade do governo municipal em atender as suas demandas específicas na área da saúde pública.



Figura 1: Análise do processo de governança local no contexto federativo
Fonte: Elaborado pela autora.

Na Figura 1, é enfatizada a proposta de realizar a análise da governança da política de saúde do município de Viçosa-MG e do atendimento das demandas municipais específicas, considerando o contexto federativo, a partir da identificação de três dimensões que representam pontos-chave para a compreensão, sendo elas: Coordenação Federativa, Governança Pública e Demandas Municipais; dimensões essas que representam eixos deste estudo. Em cada dimensão são considerados critérios que auxiliam o seu detalhamento e entendimento.

Ao entender que a política de saúde está inserida em um contexto de **coordenação federativa**, exercida pelo governo central, é esperado que os governos municipais busquem formas de **governança** que possibilitem uma maior eficiência e eficácia da implementação da política e do atendimento das **demandas municipais** específicas.

Dessa forma, a partir dos argumentos apresentados pelos teóricos do federalismo cooperativo (ELAZAR, 1994) pressupõe-se que há uma expectativa da observância de quatro termos, associados à coordenação, essenciais à ideia da incorporação das demandas municipais pela governança

municipal, a ser realizada num contexto federativo, sendo eles: comando, cooperação, autonomia e responsabilidade. Tais termos são considerados, no presente estudo, como categorias da dimensão 'Coordenação Federativa'.

Consta-se que a governança pública municipal procura compatibilizar um processo de coordenação exercido pelo governo federal com as demandas específicas da sociedade municipal, e que, para isso, é necessário que o Estado descentralize algumas funções, transfira responsabilidades/recursos para o município, amplie o rol de atores participantes e mantenha mecanismos de controle; cabe, pois, destacar, neste estudo, dois pontos da governança pública. Primeiramente, se faz necessário compreender o processo de governança da política de saúde do município de Viçosa-MG, mais especificamente, a coordenação, o planejamento, a execução e a *accountability*; e, em segundo lugar, a partir dessa compreensão, que sejam analisados os aspectos da estrutura de governança da política local de saúde, não observando apenas seu conteúdo, mas o seu desenho e arranjo político.

A partir da compreensão dos aspectos da coordenação federativa e do entendimento da governança da política municipal de saúde, tem-se a possibilidade de compreender como as demandas de saúde específicas do município de Viçosa-MG têm sido contempladas e qual a capacidade do governo municipal em oferecer respostas às mesmas.

A construção do quadro de análise reflete o entendimento do que deve ser considerado e analisado, ao se observar a incorporação das demandas de saúde específicas do município, pela governança de políticas públicas, no contexto da coordenação federativa. O resultado está demonstrado no Quadro 1.

Quadro 1 – Esquema para compreensão da assimilação das demandas municipais no setor da saúde na governança pública municipal no contexto da coordenação federativa

Dimensões	Categorias	Subcategorias
<p>Coordenação Federativa: refere-se às formas de integração, compartilhamento e decisão conjunta que devem estar presentes na federação.</p>	<p>Comando: refere-se à capacidade do governo federal em assumir a direção efetiva do processo de políticas públicas, como definir e ordenar prioridades.</p>	
	<p>Autonomia: refere-se à capacidade de autogoverno que o ente subnacional possui.</p>	
	<p>Cooperação: refere-se à interdependência existente entre o município com os demais entes da federação, uma vez que esses precisam, a partir de negociações, estabelecer relações de apoio entre eles.</p>	
	<p>Responsabilidade: refere-se à responsabilidade do município e dos demais entes federativos de implementação de política pública e de atendimento das demandas dos cidadãos.</p>	
<p>Governança Pública: arranjo estrutural com processo interativo, que envolve diversos atores, que influenciam os resultados das políticas públicas.</p>	<p>Processo: refere-se ao conjunto de mecanismos e procedimentos, que trata das interações entre os atores e de quais resultados essa interação alcança.</p>	<p>Coordenação Municipal: refere-se à capacidade política do governo municipal de submeter a lógica dos interesses em jogo a um sistema integrado capaz de ajustar as diferentes visões. Está associada à integração entre as áreas de governo, sendo possível verificar o objetivo de desenvolver políticas públicas de forma coerente e consistente.</p> <p>Planejamento Municipal: refere-se à etapa do processo de desenvolvimento da política municipal que determina as ações a serem desenvolvidas, determinando prioridades e diretrizes para a execução.</p> <p>Execução Municipal: refere-se à capacidade do governo municipal de mobilização e de utilização dos recursos exigidos para a execução da política municipal.</p> <p>Accountability: refere-se aos mecanismos de controle, avaliação, monitoramento, prestação de contas, transparência e prestação de contas utilizados pelo governo municipal.</p>

	Estrutura: refere-se ao arranjo estrutural resultado de uma evolução das formas de resolução de problemas de governança de determinada política pública.	
Demandas Municipais: desenvolvimento de mecanismos institucionais que permitam a identificação das demandas específicas da sociedade municipal; e a capacidade do governo municipal de oferecer respostas concretas a essas demandas.		

Fonte: elaborado pela autora.

7. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

De modo a alcançar os objetivos propostos, os procedimentos metodológicos são apresentados nesta seção que apresenta: o delineamento da pesquisa; a escolha da política pública de saúde do município de Viçosa-MG; a coleta de dados e a análise e o tratamento das informações.

7.1 Delineamento da pesquisa

Do ponto de vista da natureza da pesquisa, este estudo pode ser definido como uma Pesquisa Aplicada, pois visa gerar subsídios, para a reflexão dos formuladores de políticas públicas e dos legisladores, sobre a execução das mesmas pelos entes municipais.

Quanto à abordagem, a pesquisa é classificada como qualitativa, na medida em que trata de analisar o modo como a governança assimila as demandas municipais no contexto da coordenação federativa. Nessa abordagem, considera-se que há uma relação dinâmica, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito. Assim, a interpretação dos fenômenos e a atribuição de significados por parte do pesquisador são básicas nessa abordagem, podendo, a partir dela, comprovar ou negar premissas. Creswell (2014, p. 52) acredita que a pesquisa qualitativa deva ser utilizada quando busca-se uma compreensão complexa e detalhada da questão estudada, e “esse detalhe só pode ser estabelecido falando diretamente com as pessoas, indo até suas casas ou locais de trabalho e lhes possibilitando que contem histórias livres do que esperamos encontrar”. A pesquisa qualitativa se preocupa mais com o processo do que o resultado ou o produto (GODOY, 1995), sendo considerada a mais apropriada para o presente estudo, uma vez que este visa à análise das atividades, dos procedimentos e das interações (CRESWELL, 2007).

Os estudos com abordagem qualitativa têm como objetivo a análise do mundo empírico em seu ambiente natural. Na pesquisa qualitativa, o contato direto do pesquisador com o ambiente e a situação estudada é muito importante (GODOY, 1995). Nesse sentido, para Godoy (1995, p. 62), “O

pesquisador deve apreender a usar a sua própria pessoa como o instrumento mais confiável de observação, seleção, análise e interpretação dos dados coletados”. Para Denzin e Lincoln (2011, p. 3), a pesquisa qualitativa:

Envolve uma abordagem interpretativa e naturalística do mundo. Isso significa que os pesquisadores qualitativos estudam coisas dentro de seus contextos naturais, tentando entender, ou interpretar, os fenômenos em termos dos significados que as pessoas lhes atribuem.

Creswell (2007) acredita que pesquisa qualitativa é fundamentalmente interpretativa, uma vez que o pesquisador realiza interpretação dos dados, o que implica na descrição do objeto analisado e na análise dos dados para identificar categorias, para que possa, então, interpretar o seu significado, “pessoal e teoricamente, mencionando as lições aprendidas e oferecendo mais perguntas a serem feitas”. Dessa forma, a presente pesquisa é considerada como interpretativa, pois tem como finalidade primordial compreender e interpretar os fatores que determinam ou que contribuem para a ocorrência de fenômenos. A pesquisa interpretativa aprofunda o conhecimento da realidade e se dispõe a compreender e a interpretar informações descritivas. De acordo com Domingues (2004, p. 120), a interpretação:

se volta para o *modus significandi* dos fenômenos (vale dizer, o modo como nós o significamos, bem como a forma como eles nos interpelam ou nos afetam) e pergunta não pelo como mas pelo por quê e para quê das coisas ou seu sentido. Tal sentido, mais do que objetivos, incide sobre os sujeitos, e é correlativo a eles.

Em função do objetivo do estudo, a pesquisa interpretativa se apresenta como apropriada ao estudo, pois o que se busca é o entendimento do fenômeno como um todo, na sua complexidade. No presente estudo, optou-se como estratégia de investigação pelo estudo de caso, no qual, segundo Creswell (2007, p. 32), “o pesquisador explora em profundidade, um fato, uma atividade, um processo ou uma ou mais pessoas”. Para Yin (2001, p. 23), o estudo de caso é entendido como uma “forma de se fazer pesquisa empírica que investiga fenômenos contemporâneos dentro de seu contexto de vida real, em situações em que as fronteiras entre o fenômeno e o contexto não estão claramente estabelecidas, onde se utiliza múltiplas fontes de evidência”. O estudo de caso tem sido o modo de pesquisa preferido pelos pesquisadores

quando esses procuram responder aos questionamentos ‘como’ e ‘por que’ certos fenômenos ocorrem (GODOY, 1995). Dessa forma, o estudo de caso se apresenta como adequado para a proposta deste estudo da governança da política de saúde no município para entender como essa incorpora as demandas municipais, em um contexto de coordenação federativa.

Uma característica da estratégia de investigação estudo de caso é que ele apresenta uma compreensão em profundidade do caso escolhido, e, para tanto, o pesquisador utiliza várias fontes de dados, pois uma somente não é suficiente para a compreensão de forma profunda (CRESWELL, 2014). No estudo de caso, podem ser utilizados diversos dados advindos de várias fontes de informação; entretanto, segundo, Yin (2001), essa estratégia de investigação tem, como técnicas fundamentais de pesquisa de coleta de dados, a observação e a entrevista. Rocha (2005) orienta que o pesquisador reúna evidências de fontes variadas; assim, no presente estudo, foram utilizadas, como técnicas de coleta de dados, a entrevista, a observação e a análise documental, sendo essas apresentadas no subtópico 7.3 ‘Coleta de dados’.

Para atingir o objetivo desta pesquisa, fez-se a opção por realizar um estudo de caso único da Política de Saúde do Município de Viçosa – Minas Gerais, sendo realizada uma pesquisa em profundidade com perspectiva de servir como estudo preliminar para outros estudos mais diversificados.

7.2 A Escolha da Política Pública de Saúde do Município de Viçosa

Para a pesquisa, foi escolhida a política pública de saúde por ser essa um direito social explícito na Constituição Federal de 1988, por ser uma área na qual se concentram um grande número de programas e repasses de recursos financeiros da União e dos estados, e, principalmente, por ser um dos casos mais interessantes, conforme Abrúcio e Franzese (2007), em relação à coordenação de políticas públicas exercida pelo governo central.

A presente investigação utilizou o estudo de caso, sendo a unidade de análise a política de saúde do município de Viçosa-MG, cuja escolha foi intencional, em virtude de suas características, mas, principalmente, por apresentar condições de acessibilidade aos dados para a realização da

pesquisa. Para alcançar os objetivos propostos, foi necessário que o município concedesse autorização para a realização de uma investigação profunda do seu processo de governança da política de saúde e que tivesse, concomitantemente, uma representatividade em relação aos outros entes da federação, uma vez que a política de saúde se encontra em um contexto de coordenação federativa. Dessa forma, o município de Viçosa-MG foi escolhido em virtude da acessibilidade, uma vez que o governo municipal concedeu autorização e ofereceu condições para que a pesquisa fosse realizada de forma profunda, oferecendo acesso aos sujeitos entrevistados, aos documentos analisados e à observação não participante, o que possibilitou maior profundidade, fluidez e eficiência na condução da pesquisa e, também, por ser considerado o município polo da microrregião de saúde, componente, por sua vez, da Macrorregião 'Leste do Sul' do estado de Minas Gerais.

O Plano de Desenvolvimento Regional da Saúde de Minas Gerais - PDR/MG (MALAQUIAS, I. et al, 2011) definiu que, no que diz respeito à política de saúde, o estado de Minas Gerais fosse dividido em treze macrorregiões e setenta e cinco microrregiões de saúde, estabelecendo os municípios polos de atendimento à saúde. Assim, constituiu-se a macrorregião 'Leste do Sul' formada pelas microrregiões de Ponte Nova, Manhuaçu e Viçosa e seus respectivos municípios. Ao todo, a macrorregião 'Leste do Sul' atende uma população de 658.000 habitantes e comporta as Gerências Regionais de Saúde (GRS) de Ponte Nova e de Manhumirim, estando a microrregião de Viçosa sob a jurisdição da GRS de Ponte Nova.

A microrregião de Viçosa é composta por nove municípios, sendo Viçosa seu município polo. Os municípios que compõem a região de Viçosa, juntamente com as populações respectivas, são descritos, a seguir, no Quadro 2.

Quadro 2 – Municípios da Microrregião de Viçosa - MG

Microrregião de Viçosa			
Município	População	Município	População
Araponga	8.523	Porto Firme	11.178
Cajuri	4.114	São Miguel do Anta	7.032
Canaã	4.706	Teixeiras	11.815

Paula Cândido	9.676	Viçosa	77.863
Pedra do Anta	3.304	TOTAL	138.211

Fonte: SES-MG (2016)

O município de Viçosa-MG possui, segundo o IBGE, 2016, 77.863 mil habitantes. Entretanto, é importante considerar que, em virtude de ser um município reconhecidamente universitário, possui uma população flutuante de mais de 20.000 mil habitantes, assim considerados os estudantes universitários de graduação e pós-graduação que, apesar de possuírem residência oficial em outros municípios, vivem em Viçosa e usufruem dos serviços e da infraestrutura municipal. De acordo com a divisão geográfica feita pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o município é considerado como pertencente à chamada Zona da Mata Mineira, considerada uma das regiões mais pobres do estado e do país (IBGE, 2016). Vale destacar que, a exemplo das discussões em curso no Brasil sobre a precariedade do sistema de saúde, a macrorregião 'Leste do Sul' de saúde de Minas Gerais vem apresentando demandas cada vez mais abrangentes no que se refere à elaboração e à efetivação de políticas de saúde. Dessa forma, o município de Viçosa-MG, por ser polo de sua microrregião e um dos municípios polos da macrorregião 'Leste do Sul' atende às duas condições consideradas necessárias para a realização do estudo, que, como dito anteriormente, são: acessibilidade irrestrita aos dados, tanto aos disponíveis por determinação legal, quanto aos dados obtidos por meio de entrevistas e observação não participante, e posicionamento de referência em sua região em um contexto de coordenação federativa.

Quanto à sua característica, na área da saúde, o município de Viçosa possui o Índice Mineiro de Responsabilidade Social específico da área da saúde (IMRS-Saúde), que busca captar o estado de saúde da população e o acesso às ações e aos serviços de saúde no município, de 0,738 (FJP, 2016), em que zero (0) é a pior situação e um (1) indica a melhor situação, sendo, então, considerado um bom índice (FJP, 2016). Tal índice do município de Viçosa é um indicativo de que o município possui uma rede adequada e com possibilidade de identificação dos procedimentos de governança.

No mesmo sentido, vale destacar que Viçosa é um município que possui uma tradição educadora, com uma população predominantemente urbana (92%), sendo cerca de 50% estudantes. O município é sede de faculdades

privadas e da Universidade Federal de Viçosa, reconhecida nacionalmente, que possuem cursos na área da saúde. Assim, acreditou-se, ao escolher o município como o caso a ser estudado, que essas instituições poderiam propiciar um ambiente de debates, discussão e participação da sociedade, o que corroborou a escolha do município um caso interessante a ser estudado.

O município se enquadra na modalidade de Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde desde 1999. A lei municipal n. 2.609 de 2016 dispõe sobre a estrutura administrativa da Prefeitura de Viçosa – MG, e, em seu artigo 15, definiu a estrutura administrativa da Secretaria Municipal de Saúde, sendo essa composta por seis departamentos; são eles: departamento Administrativo Financeiro, departamento de Redes de Atenção à Saúde, departamento de Controle, Regulação e Auditoria, departamento de Vigilância em Saúde, departamento de Compras, Licitação e Almocharifado e departamento de Gestão do Fundo Municipal de Saúde (PMV, 2016). Ao todo, a secretaria possui 499 funcionários, que desempenham funções relacionadas à área da saúde, exercendo atividades administrativas, coordenação de setores, chefias de departamentos e prestação do serviço de saúde.

7.3 Coleta de dados

Na coleta de dados, foram combinadas fontes de dados primários e secundários a fim de identificar os elementos necessários para a análise da governança da política local de saúde e da incorporação das demandas municipais no contexto da coordenação federativa. Os dados secundários foram coletados por meio de revisão bibliográfica, constituído de livros, artigos científicos e documentos que versam sobre o tema da pesquisa, e por meio de análise documental.

Para obtenção dos dados primários, foram realizadas entrevistas e observação não participante. A coleta dos dados primários ocorreu por meio de um processo interativo durante as diversas fases da pesquisa.

As informações coletadas por meio das técnicas de coleta de dados foram utilizadas para estabelecer comparações entre o que está sendo esperado pela teoria e o que de fato tem sido observado. Ressalta-se a

importância da combinação de mais de uma técnica de coleta de dados o que proporciona maior confiabilidade dos resultados, sendo essa combinação conhecida como a triangulação sequenciada. Para Neves (1996), “A triangulação pode estabelecer ligações entre descobertas obtidas por diferentes fontes, ilustrá-las e torná-las mais compreensíveis”.

Diante do exposto, as técnicas de coleta de dados utilizadas foram: entrevista, pesquisa documental e observação não participante, que são esclarecidas a seguir.

7.3.1 Entrevista

A utilização da entrevista como técnica de coleta de dados pressupõe que as visões dos atores envolvidos com o tema são relevantes e capazes de contribuir para o sucesso da pesquisa. O procedimento revela as perspectivas dos entrevistados, que são definidos como atores estratégicos da política municipal de saúde.

As entrevistas realizadas foram semiestruturadas, aplicadas em atores que participam do processo de governança da política local de saúde do município selecionado para estudo. Segundo Lakatos e Marconi (1991), entrevista semiestruturada é uma técnica em que o entrevistador segue um roteiro previamente elaborado, oferece amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses que vão surgindo à medida que se recebem as respostas do informante. Essa técnica possibilita que o informante participe da elaboração do conteúdo da pesquisa ao seguir espontaneamente sua linha de raciocínio.

O roteiro da entrevista (Apêndice 1) foi desenvolvido agrupando as questões que foram apresentadas aos entrevistados de acordo com dimensões e categorias de análise definidas a partir do embasamento teórico. Porém, por ser entrevista semiestruturada, os entrevistados seguiram suas próprias linhas de raciocínio.

Levando-se em consideração a classificação de Espírito Santo (1992, p. 73), a técnica de amostragem utilizada foi classificada como não probabilística e por conveniência. Segundo o autor, essa escolha baseia-se na experiência do pesquisador e torna-se aceitável porque os membros da amostra escolhidos são “[...] os melhores para o estudo em questão”. Essa decisão baseia-se no

fato de a pesquisa ser classificada como qualitativa e não ter como finalidade reduzir o fenômeno em discussão a variáveis.

Inicialmente, foram selecionados onze sujeitos de pesquisa (Apêndice 3), identificados a partir do cargo que ocupam e por meio da técnica da observação não participante. Nessa etapa, buscou-se contemplar, na amostra, atores governamentais e não governamentais que se relacionam com a política de saúde do município. Como critério, foram selecionados os gestores municipais envolvidos com a política de saúde, os chefes e coordenadores da estrutura administrativa da secretaria municipal de saúde, agentes de saúde, representantes do conselho municipal de saúde, representante da comissão de saúde do poder legislativo municipal, representante do governo estadual que possui relação com a execução da política de saúde no município, representante do Conselho Regional de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) e representante do Ministério Público que atua especificamente na saúde do município. Importante se faz considerar que, apesar dos inúmeros esforços realizados, não se logrou êxito na tentativa de entrevistar dois atores que participam da saúde municipal, sendo eles o Superintendente de Gestão e Governança Pública do governo municipal e o representante do Ministério Público.

Durante a pesquisa, outros sujeitos foram entrevistados, uma vez que foi utilizada a técnica “bola de neve”, que busca formar uma amostra não probabilística, em que os próprios sujeitos iniciais da pesquisa indicam outros sujeitos e, assim sucessivamente, até alcançar o ponto de saturação. Segundo Weiss (1994), esse ponto é atingido quando se esgota a coleta de informações relevantes e quando os novos participantes passam a repetir os conteúdos já obtidos em entrevistas anteriores. Dessa forma, a partir da técnica ‘bola de neve’ foram realizadas entrevistas com mais onze sujeitos, que somados aos inicialmente selecionados pelos critérios apontados, totalizaram vinte e dois entrevistados. Cada um dos sujeitos foi identificado por meio de um código a fim de preservar sua identidade, conforme Quadro 3.

Quadro 3 – Codificação dos Entrevistados

Sujeito	Código	Função desempenhada
Entrevistado 01	E01	Profissional da saúde
Entrevistado 02	E02	Profissional da Saúde
Entrevistado 03	E03	Representante da Comissão de Saúde do Poder Legislativo Municipal
Entrevistado 04	E04	Gestor Municipal de Fazenda
Entrevistado 05	E05	Gestor municipal
Entrevistado 06	E06	Coordenador de Setor da SMS
Entrevistado 07	E07	Chefe de Departamento da SMS
Entrevistado 08	E08	Ouvidor municipal da saúde
Entrevistado 09	E09	Gestor municipal
Entrevistado 10	E10	Chefe de departamento da SMS
Entrevistado 11	E11	Gestor municipal de saúde e Representante do COSEMS
Entrevistado 12	E12	Presidente do Conselho Municipal de Saúde e Representante dos Prestadores de serviço contratualizados
Entrevistado 13	E13	Chefe de departamento da SMS
Entrevistado 14	E14	Membro do Conselho Municipal de Entrevistado Saúde – Representante dos Prestadores de Serviços – Parceiros- UFV
Entrevistado 15	E15	Chefe de departamento da SMS
Entrevistado 16	E16	Coordenador de Programa da SMS
Entrevistado 17	E17	Chefe de departamento da SMS
Entrevistado 18	E18	Chefe de departamento da SMS
Entrevistado 19	E19	Superintendente da Gerência Regional de Saúde – GRS
Entrevistado 20	E20	Coordenador de Setor da SMS
Entrevistado 21	E21	Coordenador de Setor da SMS
Entrevistado 22	E22	Profissional da saúde

Fonte: Elaborado pela autora

Vale considerar que foram entrevistados sujeitos que, no período da realização da pesquisa, ocupam determinada função, mas que já ocuparam diferentes funções em relação à política de saúde municipal. As entrevistas foram realizadas, pessoalmente, no período de março a dezembro de 2017, tendo sido gravadas para permitir a reprodução exata dos depoimentos e para permitir ao pesquisador atenção à fala do entrevistado. As transcrições das entrevistas presenciais foram realizadas pela pesquisadora imediatamente após sua realização.

7.3.2 Pesquisa documental

Vergara (2005, p. 48) considera que a pesquisa documental “é realizada em documentos conservados em órgãos públicos e privados de qualquer natureza ou com pessoas”. Para Godoy (2006), a pesquisa documental utiliza materiais que ainda não receberam um tratamento analítico, ou que podem ser reexaminados, buscando-se novas e ou interpretações complementares.

Dessa forma, a presente pesquisa também é classificada como documental, uma vez que foram utilizados documentos oficiais da secretaria de saúde do município de Viçosa-MG, de acesso restrito ou não, e leis nacionais, estaduais e municipais que dizem respeito ao objetivo de estudo. Assim, foram analisados documentos, que se constituíram como fontes de dados que complementaram ou ratificaram a compreensão obtida por meio das entrevistas.

Foram analisados os documentos referentes ao planejamento da saúde municipal, válidos para o ano de 2017, os relatórios das conferências de saúde municipais, estaduais e federais, realizadas entre o período de 2014-2017, as atas do Conselho Municipal de Saúde referente ao ano de 2016 e 2017, os relatórios de execução orçamentária do período de 2014-2017 e o relatório anual de gestão da saúde do ano de 2016. Para a definição do período, levou-se em consideração a compatibilidade do período entre os documentos, e entre o período dos documentos e o da entrevista, sendo o recorte temporal para a pesquisa documental o período de 2014 a 2017.

Importante se faz considerar que o período de coleta de dados se deu de janeiro a dezembro de 2017. A Portaria n. 3.992 de 28 de dezembro de 2017, que entrou em vigor em 31 de janeiro de 2018, que estabelece a nova forma de financiamento e da transferência dos recursos federais para as ações e serviços públicos de saúde não estava ainda em vigor, não tendo sido realizadas análises em relação à mesma, embora expectativas em relação à portaria apareçam ao longo das entrevistas. Dessa forma, tais expectativas são demonstradas, na análise dos dados, e discutidas no capítulo de conclusão do presente estudo, capítulo 9.

Além da análise dos documentos citados, foram realizadas análises sobre as leis municipais, leis federais e as normas operacionais de saúde e de assistência à saúde emitidas pelo Ministério da Saúde, sendo esses coletados

e preparados para a pesquisa, que ocorreu no período de março a dezembro de 2017.

7.3.3 Observação não participante

A observação é uma técnica importante no estudo de caso, uma vez que procura apreender aparências, eventos e comportamentos. Na presente pesquisa, optou-se por realizar uma observação não participante, na qual o pesquisador atua como um expectador atento que, com base no objetivo da pesquisa e num roteiro de observação, procura identificar as ocorrências que interessam ao estudo (GODOY, 1995). A ‘observação não participante’ foi utilizada para complementar as informações coletadas via documentos e entrevistas, sendo realizadas visitas, durante as entrevistas, acompanhamento de procedimentos realizados no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde, observações durante as reuniões do Conselho Municipal de Saúde e participação da 1º Conferência da Vigilância em Saúde do Município de Viçosa – MG (realizada em 17 de agosto de 2017). Mister se faz destacar que a utilização da técnica de observação possui um papel essencial para a realização de estudos de casos qualitativos, uma vez que procura compreender aparências, eventos ou comportamentos (GODOY, 2006).

A observação foi realizada durante toda a etapa de coleta de dados para esta pesquisa, tendo ocorrido de janeiro a dezembro de 2017. As informações coletadas a partir da observação não participante foram relatadas em notas de campo, tendo sido anotados os fatos e as impressões da pesquisadora.

Dessa forma, para o desenvolvimento da pesquisa, foram utilizadas três técnicas de coleta de dados, configurando a preocupação com a triangulação sequenciada de técnicas de coleta de dados, de forma a garantir maior confiabilidade e aprofundamento na identificação e análise dos dados da governança da política municipal de saúde e a incorporação das demandas municipais, no contexto da coordenação federativa. Para maiores esclarecimentos sobre a forma de operacionalização da pesquisa, foi elaborado um Mapa de Operacionalização da Pesquisa, disponível no Apêndice 2.

7.4 Análise e tratamento dos dados

Após a coleta dos dados, foi realizada uma análise para a sistematização das informações consideradas relevantes e esclarecedoras sobre as questões levantadas. Os dados foram tratados pelo método da análise de conteúdo. Para Vergara (2005:15), “A análise de conteúdo é considerada uma técnica para o tratamento de dados que visa identificar o que está sendo dito sobre determinado tema”. Bardin (1977, p. 42) define a análise de conteúdo como um conjunto de técnicas de análise das comunicações que tem como objetivo obter, “por meio de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens”.

A análise de conteúdo admite tanto abordagens quantitativas quanto qualitativas, ou, ainda, ambas (VERGARA, 2005). A realização da análise de conteúdo por adoção de procedimento de cunho qualitativo foca as peculiaridades e as relações entre os elementos; enfatizando, também, o que é significativo, relevante, o que pode não ser necessariamente frequente no texto. Dado o problema de pesquisa proposto, os dados da presente pesquisa foram tratados por meio da abordagem qualitativa.

Utilizando-se dessa técnica, os dados coletados foram classificados e agrupados de acordo com as dimensões que se desejou estudar. As entrevistas foram transcritas e os dados coletados por meio dos documentos e da observação organizados, apresentados em dimensões e categorias para análise e, posteriormente, interpretados. De acordo com Bardin (1995), o pesquisador, durante a Análise de Conteúdo, é responsável por delimitar unidades de codificação ou registro. Essas unidades variam de acordo com o material analisado e podem ser palavras, frases ou minutos.

Segundo Bardin (1995), o tratamento do material a ser analisado envolve três escolhas a serem realizadas pelo pesquisador: recorte das unidades de registro, enumeração - que consiste na escolha das regras de

contagem e sua classificação - e agregação, por meio de categorias. A partir das três escolhas apresentadas pela autora, optou-se pela realização da análise de conteúdo por meio de categorias. Bardin (1995:117) entende que categorias “[...] são rubricas ou classes, que reúnem um grupo de elementos (unidades de registro, no caso da análise de conteúdo) sob um título genérico”. Optou-se por utilizar o critério semântico para a categorização, uma vez que esse permite agrupar unidades de registro em categorias temáticas, pois a análise temática permite “[...] descobrir os núcleos de sentido que compõem a comunicação e cuja presença, ou frequência de aparição, podem significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido” (BARDIN, 1995: 105).

No conjunto das técnicas da análise de conteúdo, a análise por categorias é de citar em primeiro lugar: cronologicamente é a mais antiga; na prática, é a mais utilizada. Funciona por operações de desmembramento do texto em unidades, em categorias segundo reagrupamentos analógicos. Entre as diferentes possibilidades de categorização, a investigação dos temas, ou *análise temática*, é rápida e eficaz na condição de se aplicar a discursos directos (significações manifestas) e simples (BARDIN, 1995, p. 153).

Para a análise de conteúdo, utilizou-se uma grade mista, que segundo Bardin (1997), é grade na medida em que a definição das dimensões, categorias e subcategorias são realizadas *a priori*, quando se busca uma resposta específica para o problema de pesquisa, mas que admite, também, a inclusão de outras, identificadas a partir do conteúdo analisado. Neste trabalho, as dimensões e categorias emergiram a partir da literatura sobre o tema, e as subcategorias foram definidas a partir das transcrições das entrevistas, das unidades de codificação e dos registros observados. Portanto, as categorias emergiram da bibliografia e da “[...] da fala, do discurso, do conteúdo das respostas e [implicaram] [...] constante ida e volta do material de análise à teoria” (PUGLISI; FRANCO, 2005).

As dimensões e categorias, definidas preliminarmente, têm como base a literatura que deu origem ao esquema de análise apresentado no capítulo 6, desenvolvido para a realização deste estudo, mas com potencial para ser aplicado na análise da governança de outras políticas públicas municipais e da incorporação de demandas municipais, que estejam envolvidas em contextos de coordenação federativa. O quadro, a seguir, apresenta as dimensões, categorias e subcategorias que foram construídas para responder as questões

estruturadoras da pesquisa: como ocorre a governança da política municipal de saúde, tendo em vista o modelo federativo? Em que medida as demandas de saúde específicas do município têm sido incorporadas por essa governança?

Quadro 4 – Dimensões e Categorias

DIMENSÕES	CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
COORDENAÇÃO FEDERATIVA	- Comando - Cooperação - Autonomia - Responsabilidade	
GOVERNANÇA PÚBLICA	- Processo	- Coordenação local - Planejamento - Execução - <i>Accountability</i>
	- Estrutura	
DEMANDAS MUNICIPAIS		

Fonte: Dados da pesquisa

A estratégia de análise utilizada foi seguinte: em um primeiro momento foi realizada, à luz a teoria do federalismo cooperativo e da governança pública, uma análise descritiva da dimensão ‘Coordenação Federativa’ e da categoria ‘Processo’ relacionada à dimensão ‘Governança Pública’; o que possibilitou a compreensão das mesmas e uma análise crítica da categoria ‘Estrutura’ e da dimensão ‘Demandas Municipais’. Vale ressaltar que, como foi utilizada a grade mista, as dimensões e categorias foram pré-definidas a partir das teorias e as subcategorias emergiram do campo.

A partir da apresentação das dimensões, categorias e subcategorias que orientaram a realização da análise dos dados, passa-se, então, à apresentação dos resultados.

8 ANÁLISE DOS DADOS

O governo federal tem exercido a coordenação da política de saúde, a partir da metade dos anos 1990, quando passou a exercer influência e determinar as ações de saúde a serem implementadas, e, o município, a exercer o papel operacionalizador de tais políticas. Como foi atribuída a função de execução da política de saúde ao município, este deve se organizar para que consiga atender as determinações do ente nacional, mas, também, para atender suas demandas de saúde específicas.

Para melhor entendimento de como a governança pública municipal do setor da saúde assimila as demandas municipais específicas no contexto da coordenação federativa, foi elaborado um esquema teórico analítico, apresentado no capítulo 06, com base nos pressupostos da coordenação federativa e da governança pública. Foram, então, construídas três dimensões e seis categorias para a realização da Análise dos Dados.

A primeira dimensão analisada é a **Coordenação Federativa**, que reúne quatro categorias, sendo elas: comando, autonomia, cooperação e responsabilidade; e tem como objetivo analisar como ocorre a coordenação federativa da política de saúde e como o município se posiciona nesse contexto. A segunda dimensão estudada é a **Governança Pública**, que procura compreender como ocorre a governança da política municipal de saúde e envolve duas categorias: o processo e a estrutura. A categoria 'Processo' divide-se em cinco subcategorias: planejamento, coordenação municipal, execução, *accountability*. A categoria 'Estrutura' não se divide em subcategorias. A terceira dimensão trata das **'Demandas Municipais'**, e tem como objetivo compreender como o governo municipal identifica as demandas de saúde específicas do município e como oferece resposta às mesmas. Todas as dimensões, categorias e subcategorias foram apresentadas, detalhadas e discutidas, uma a uma, nos tópicos a seguir.

8.1 A Coordenação Federativa da Política de Saúde

A Teoria do Federalismo Cooperativo defendida por Elazar (1994) considera que, em determinadas estruturas descentralizadas de políticas públicas, em contextos federativos, se faz mister um governo central que recentralize a política quando for necessário; dessa forma, o governo federal toma para si a função de coordenar as atividades exercidas pelos diversos entes da federação, sendo esse o caso da política de saúde no Brasil. A dimensão 'Coordenação Federativa' foi construída com o objetivo de analisar o comando exercido pela união, a autonomia municipal diante da coordenação exercida pelo governo federal, as formas de integração, compartilhamento e decisões conjuntas, que devem estar presentes em contextos federativos, e as responsabilidades atribuídas ao município no que diz respeito à política de saúde.

8.1.1 Comando

A categoria 'Comando' refere-se à necessidade e à capacidade do governo federal de assumir a direção efetiva do processo de políticas públicas, definindo e ordenando prioridades. O sistema federativo, segundo Burgess (1993), deve ser adotado quando o país tem características heterogêneas, mas a ação política busca a noção de unidade. O Brasil é um país com características continentais, com grande diversidade cultural, financeira, política, cultural e social entre as regiões; assim sendo, o federalismo é o sistema que se apresenta como melhor solução para essas diversidades. Riker (1975) defende que nesses contextos de notória diversidade entre as regiões, necessária se faz a adoção de um federalismo com um governo central forte para que a união entre as regiões seja mantida (*hold together*) e para que haja uniformização e padronização de políticas sociais.

A partir da análise da política de saúde brasileira, sob o ponto de vista do município de Viçosa – MG, conclui-se que o governo federal está em uma posição central, comandando as ações a partir dos programas nacionais de saúde. Ou seja, o governo federal elabora as diretrizes e os programas,

voltados para a saúde, que direcionam o desenvolvimento da política desse setor nos demais entes federativos. Essas diretrizes e programas nacionais estabelecem as ações de saúde que serão realizadas, a forma de realização, os critérios que serão utilizados no momento da execução e as formas de avaliação. No relato do entrevistado E01, é possível verificar o direcionamento do governo federal, “As orientações já vêm direcionadas, já têm diretrizes para tudo. Tudo.” O governo federal adota, então, um papel central na formulação da política de saúde no Brasil ao determinar as diretrizes e os programas, ao definir as atribuições dos entes, os processos e as formas de cooperação, mas um fator essencial é a forma utilizada pelo governo federal para que os entes subnacionais adotem tais orientações que é o estabelecimento de regras e de mecanismos de incentivos financeiros condicionados à aderência pelos municípios a essas diretrizes.

O governo federal concentra a maior parte da arrecadação tributária no Brasil, o que já lhe confere poder, e os estados e municípios são compensados por sistemas de transferências fiscais. Parte dessas transferências fiscais é constitucional; independente da adesão às políticas públicas nacionais, o recurso é transferido aos entes subnacionais; entretanto, a outra parcela das transferências está condicionada à adesão aos programas propostos pelo governo federal. Na prática, identifica-se a partir do estudo, como previsto por Arretche (2004), que as transferências de recursos condicionadas aos programas são fundamentais para que os estados e municípios adotem as diretrizes nacionais. Os gestores da saúde do município estudado se posicionaram nesse sentido de forma objetiva: todos relataram que o motivo principal para a adesão à política nacional de saúde é a necessidade desta para o recebimento de recursos. Dessa forma, identifica-se que, ao condicionar o repasse de recurso à adesão a um programa, o governo federal, que detém o poder normativo, na busca do bem-estar social (MACHADO, 2007), induz o município a implementar a política de saúde conforme suas diretrizes, exercendo o seu papel de comando.

O governo estadual, que está sob os comandos das diretrizes e programas do governo federal, no que diz respeito à política de saúde, possui certa autonomia para formular e propor projetos, desde que esses estejam de acordo com as diretrizes nacionais. Na verdade, o que se percebe, a partir do

estudo realizado, é que o governo estadual exerce a função de acompanhamento da implementação da política de saúde pelo município. Pode-se entender que o governo estadual possui uma posição hierárquica superior em relação aos municípios, conforme afirma o entrevistado E01: “Estou dizendo estado mesmo, lá da secretaria, lá de Belo Horizonte; as normas vêm de Belo Horizonte, você tem que seguir ‘é lá’, você não pode ‘ah aqui vai atender esse tipo de paciente’; não, as normas já vêm prontas, já têm um protocolo”; porém, o comando da política de saúde permanece sendo exercido pelo governo federal, uma vez que as orientações estaduais estão condicionadas ao comando federal. A partir das diretrizes nacionais, o governo estadual orienta e treina os municípios para a implementação da política de saúde. Essas orientações são repassadas de forma mais detalhada pela Superintendência Regional de Saúde; no caso específico, pela Superintendência Regional de Saúde da Macro Região Leste-Sul, de Ponte Nova, (GRS), como percebe-se a partir da fala do entrevistado E07: “Vem através da GRS, ela é que acompanha o município o tempo todo, todas as decisões tomadas em Viçosa e nos outros municípios passam por lá. Nada acontece sem passar”. O entrevistado E10 enfatiza o comando relativo e o efetivo acompanhamento do governo estadual ao dizer: “Isso vem da GRS? Não, na verdade, isso vem de Brasília? É um programa federal. O papel da GRS é de nos orientar, de fiscalizar, tudo que a gente faz é lançado no eSUS”. O posicionamento do governo estadual identificado no presente estudo corrobora o argumento de Abrúcio e Costa (1998), que acreditam em uma menor participação do governo estadual na coordenação, articulação e regulação em relação aos municípios; entretanto, vale ressaltar que o governo estadual tem uma participação mais efetiva do que a do governo federal quando se refere ao apoio técnico realizado junto aos municípios.

Compreende-se, assim, que no caso em questão: o governo federal exerce o poder de comando, uma vez que ele formula as diretrizes de saúde e induz a adoção das mesmas pelos governos estaduais e municipais; que o governo estadual exerce o papel de intermediador entre as diretrizes nacionais e a implementação municipal, ao exercer o acompanhamento das ações, embora também tenha a competência para criar projetos; e que, aos

municípios, está atribuída a função de implementar a política de saúde, comandada pelo governo federal e acompanhada pelo governo estadual. Desse modo, confirma-se a conclusão de Arretche (2009) de que o Brasil não é um dos países mais descentralizados do mundo no que se refere à saúde, pois, percebe-se que o processo de descentralização, na verdade, é marcado pelo papel regulamentador do governo federal, uma vez que a função *policy making* é descentralizada; ou seja, os estados e os municípios operacionalizam a política de saúde no Brasil, o estado acompanha a execução, e o município executa efetivamente a política de saúde; e a função *policy decision-making* está centralizada no governo federal, que formula as diretrizes e os programas e induz a adoção dos mesmos pelos entes subnacionais.

Entretanto, é necessário entender que o comando exercido pelo governo federal na política de saúde é construído a partir de um discurso de gestão compartilhada entre os entes da federação, em que pactuações são realizadas em fóruns de negociação federativa instituídas no âmbito do SUS (FRANZESE, 2010). Mas, na prática, existe um distanciamento entre o governo federal e o município, sendo essa a percepção da maioria dos gestores e operadores municipais da saúde entrevistados, como relatado pelo entrevistado E07, ao dizer que “Com o governo federal, com o ministério da saúde não consigo perceber (relação) nada, o que tem é o repasse financeiro, isso aí é obrigatório; se não, o município não dá conta”.

Apesar do governo federal exercer esse papel de comando da política de saúde e da pouca participação do governo municipal na sua formulação, é necessário que os entes subnacionais reconheçam esse comando (RIKER, 1975); e tal reconhecimento foi identificado com presente estudo. Todos os gestores e operadores da saúde do município estudado reconhecem a necessidade do governo federal exercer um posicionamento central e, vão mais além, eles confiam e esperam por esse comando. Esse reconhecimento é fundamental para a legitimidade do comando exercido pelo governo federal, pois ele só será efetivo se os entes subnacionais o reconhecerem como tal.

O comando do governo federal na política de saúde é, de fato, necessário, tanto que, determinadas ações que beneficiam o município, que

dão voz aos cidadãos, tais como, as conferências, as consultas públicas e a ouvidoria da saúde, somente são implementadas em virtude dos comandos e da “obrigatoriedade” estabelecida pelo governo federal. Ressalta-se que tais espaços deliberativos não são valorizados pelos gestores municipais, como discutido posteriormente na categoria ‘Processo’.

As conferências são espaços em que a população participa da elaboração das diretrizes da política de saúde; elas ocorrem em âmbito municipal, estadual e federal. A partir delas, o município pode fazer com que seus posicionamentos e reivindicações cheguem ao governo federal; entretanto, o governo federal tem que atuar como estimulador da organização das conferências municipais de saúde, fornecendo orientações e diretrizes, pois os municípios, por si só, não as estavam realizando. Sobre a criação da ouvidoria da saúde pelo município, o entrevistado E07 diz que, “Apesar de ter sido criado recentemente (maio de 2017) no município estudado, a determinação para sua criação já era antiga, e somente foi colocada em prática em virtude da cobrança do governo federal”. Importa realçar que a determinação do governo federal para que o município implante a ouvidoria da saúde, sinaliza a intenção do ente federal de compreender como a política de saúde tem sido implementada no município, uma vez que ela é um instrumento de comunicação e de controle entre o cidadão, o município e o governo federal.

Como dito, os gestores municipais de saúde reconhecem o comando exercido pelo governo federal e até esperam por ele, e isso se deve ao fato de que os programas nacionais contemplam, de forma geral, as necessidades dos municípios. Ou seja, embora, a maioria dos entrevistados considere que o governo municipal não participa da formulação das diretrizes nacionais de saúde, todos foram unânimes ao dizer que as diretrizes e programas elaborados pelo governo federal atendem as necessidades municipais de saúde. Nesse ponto, vale destacar o relato do entrevistado E07: “Que eu saiba não tem nenhum programa de necessidade específica para o município que o governo federal já não contemple. Esses programas já são muito bem trabalhados, eles já vêm bem especificados; então, o governo federal já sabe o que o município precisa, ele sabe”. Os gestores e operadores da saúde no município acreditam que ‘tem que vir como comando mesmo’, como diz o entrevistado E01: “Nunca se consegue agradar a todos. Tem que ser assim

mesmo.” Mesmo porque as diretrizes, segundo os entrevistados, são bem traçadas e alinhadas, e o município deve ser treinado para a efetiva execução.

O que se percebe é que o governo federal realmente precisa exercer esse comando, que, no caso estudado, as diretrizes/políticas propostas respondem as demandas do município, tema discutido na dimensão ‘Demandas Municipais’, item 8.3, demonstrando certo conhecimento da realidade da saúde de Viçosa-MG, e que age corretamente quando direciona e induz a política de saúde a partir dos programas, buscando a uniformização das ações de saúde nos diversos municípios do Brasil. Obinger *et all* (2005) acreditam que países com trajetórias de descentralização, em que os entes possuem autonomia, tendem a dificultar o desenvolvimento das políticas sociais, e foi exatamente esse o caso da política de saúde no Brasil, quando, a partir da Constituição Federal de 1988, ocorreu a descentralização da política de saúde e, em seguida (em 1994), percebeu-se a necessidade de definição de instrumentos para a descentralização dirigida, como denominou Oliveira (2007). É importante considerar que, apesar de o governo federal desenvolver ações uniformizadoras na saúde, o mesmo considera as especificidades de cada região, como, por exemplo, o caso relatado pelo entrevistado E11 de uma pactuação que foi realizada entre os municípios e o governo federal para a compra de ambulâncias, quando foi repassado o recurso e não um veículo em si, pois, em algumas regiões, o automóvel não atenderia à necessidade, mas sim um barco, como o caso dos municípios do estado do Amazonas, ou um automóvel com especificações de uma “*Pick-up*”, como em alguns municípios do nordeste.

O conhecimento das necessidades municipais de saúde por parte do governo federal advém, em grande medida, dos indicadores municipais que são gerados pelo sistema de comunicação (eSUS), pois eles mostram o andamento da política e os pontos que merecem maior atenção e cuidado, os que devem ser mantidos e os que devem ser redirecionados. Para reforçar essa ideia, o entrevistado E15 coloca:

“Tudo tem um porquê; eles (governo federal) fazem através de estudos também, eles não fazem com base no achismo deles não; de forma geral (as diretrizes) atendem sim, acho que hoje atendem sim.

Na verdade, o que o Ministério da Saúde está tentando fazer é o que, no município, já deveria existir, é a obrigação de todo mundo” (E15).

Entretanto, foram identificadas algumas dificuldades relacionadas ao comando federal da política de saúde. Alguns entrevistados ressaltaram algumas dificuldades advindas da forma como as diretrizes e os comandos são repassados para o município, sendo relatado pelo entrevistado E06, por exemplo, que, muitas vezes, os direcionamentos são dados ao município com um prazo curto de tempo para a execução; o que sinaliza que o governo federal e o governo estadual, assim como o governo municipal, necessitam estar bem preparados administrativamente para fazerem com que os direcionamentos sejam efetivos e incorporados pelo município. O entrevistado E06 vai além em suas colocações e chega a suspeitar da verdadeira intenção do governo federal ao estabelecer prazos exíguos para o município executar determinada ação, ressaltando que pode, na verdade, esconder a intenção de que aquela ação não seja colocada em prática; para tanto, o entrevistado E06 exemplifica:

“Por exemplo, o programa novo que acontece, programa de educação permanente você tinha três dias para construir, fazer a adesão, fazer o programa e passar pelo conselho de saúde. Então, realmente havia interesse do governo federal em implantar a educação permanente; ou ele quis fazer uma média? Quem já estava sabendo e já fez antes, ok, e quem não estava sabendo, que ‘tá’ aqui, isso eu estou falando de Viçosa, imagina lá no fundão do mundo, da Amazônia... Nunca vai ter acesso, porque a gente não tempo hábil, não tem um mecanismo de comunicação coerente, há muita desinformação” (E06).

Sobre o programa de educação permanente citado pelo entrevistado E06 vale esclarecer que, apesar do curto tempo concedido pelo governo federal para a elaboração do programa pelo município, o município de Viçosa elaborou uma proposta de educação permanente, em parcerias com as universidades estabelecidas no município no qual, segundo o entrevistado E06, a Universidade Federal de Viçosa (UFV) e a União de Ensinos Superiores de Viçosa (UNIVIÇOSA) realizarão a educação permanente da atenção básica.

Outra dificuldade apontada por todos os gestores municipais da saúde do município estudado é a questão da descontinuidade das diretrizes e dos programas, pois como o comando da política de saúde é do governo federal, é dele também o poder de decisão em relação à continuidade de um programa e

do quantitativo de recurso que será repassado. Dessa forma, quando o governo federal toma a decisão de que determinado programa não será mais operacionalizado, ou que os recursos ligados a um programa específico será reduzido, o município depara-se com uma situação de dificuldade. Ou seja, acontecem situações em que o programa está implementado, os cidadãos estão se beneficiando dos serviços do programa, porém, em um determinado momento, o município pode se ver em situação de não ter condições de continuar prestando aquele serviço, em virtude de uma decisão unilateral do governo federal. Nesse ponto, o entrevistado E09 ressalta, “se criam os programas, muitas vezes sedutores para o gestor público municipal. Ele acaba abraçando esse projeto; com o passar dos anos, o governo federal vai deixando de subsidiar, e o prefeito fica numa situação difícil para se desfazer daquele programa”.

Outra situação difícil, em relação ao comando exercido pelo governo federal, levantada na pesquisa, é que, muitas vezes, o governo federal determina uma ação; entretanto, não oferece recursos para a sua execução; dessa forma, o município fica em situação difícil: tem que implementar sem recurso suficiente. Nesse sentido, o entrevistado E17 argumenta que:

“Ele (o governo federal) tinha que colocar metas e mandar o recurso; mandou abrir uma unidade de atendimento de DST e AIDS: ‘vocês abrem, vocês vão atender a microrregião e nós vamos mandar o recurso’, nós abrimos e fizemos o convênio para o hospital São João Batista primeiro; hoje, nós transferimos para o São Sebastião que é referência, e o governo federal mandou o quê? Zero. Cinco mil reais por mês para atender a micro região toda; só com essa unidade nós gastamos quase vinte e cinco mil, e ele manda só cinco mil reais”.
(E17)

O que se percebe sobre o comando da política de saúde brasileira é que esse é exercido pelo governo federal, que determina as diretrizes e os programas, e, para tanto, utiliza incentivos financeiros como mecanismo para garantir a adesão dos entes subnacionais. Verificou-se, pois, de acordo com a ótica dos entrevistados, que o governo federal possui capacidade para assumir a função de comando, possui conhecimento e consegue ordenar e definir prioridades de forma a alcançar as demandas de saúde. Dessa forma, os entrevistados consideram o governo federal apto a comandar a política de saúde, confiam na sua atuação, e, mais, esperam por ela, pois, caso contrário, as ações de saúde não seriam realizadas de forma completa.

Além disso, observou-se que, apesar de reconhecida a capacidade do governo federal no comando da política, há dificuldades no desenvolvimento desse comando que afetam a implementação da saúde nos municípios, como prazos apertados, descontinuidade de diretrizes, programas e recursos. Essas dificuldades sinalizam para a falta de autonomia municipal, que será abordada a seguir.

8.1.2 Autonomia

A autonomia está relacionada à capacidade de autogoverno que os entes subnacionais possuem; nesse estudo, analisa-se, mais especificamente, a autonomia do município de Viçosa-MG no setor da saúde. Abrucio (2005, p.43) entende que, em contextos federativos, é aceito que o governo federal possua uma posição hierárquica maior que a dos outros entes, sendo esse, como visto anteriormente, o caso do comando exercido na política de saúde; mas que a concepção de federalismo “reside exatamente na existência de direitos originários pertencentes aos pactuantes subnacionais”. Dessa forma, diante do comando exercido pelo governo federal, necessário se faz compreender a existência desses direitos originários; ou seja, a autonomia do município e a capacidade que o governo municipal tem de se autogovernar.

Ao analisar o conjunto de normas legais relacionadas à política de saúde, ou seja, as Leis Orgânicas da Saúde (Lei n. 8.080/90 e Lei n. 8.142/90), o Decreto n. 99.438 de 1990 e a Norma Operacional Básica (NOB/96), pode-se notar que foi concedido ao governo federal a função de formular as normas e as diretrizes; tal fato também foi verificado a partir das entrevistas com os gestores e operadores da saúde no município estudado, conforme discutido na categoria ‘Coordenação Federativa’, item 8.1.1. Dessa forma, quanto à autonomia normativa municipal, identificou-se que é restrita, uma vez que as orientações são direcionadas pelo governo federal, e que as poucas lacunas deixadas são direcionadas pelo governo estadual, como relata o entrevistado E01: “A autonomia na execução dos programas existe, desde que siga as orientações do programa; então, tem uma autonomia relativa no momento da execução da política”.

Apesar do fato de o governo federal determinar os programas a serem implementados, algumas decisões ainda são atribuídas ao município, o que, a princípio, poderia levar à conclusão de que há autonomia municipal normativa. Ao município é concedida a prerrogativa de aderir ou não ao programa nacional, pois o governo federal não obriga a adesão às suas políticas por parte dos governos municipais (ARRETCHE, 2004), como afirma o entrevistado E07: “Tem autonomia sim, o governo municipal tem a opção de aceitar ou não a adesão ao projeto; a gente tem que assinar, no sistema, assumindo o compromisso”. Ou seja, aparentemente, existe um cenário de autonomia do governo municipal, uma vez que ele aceita ou não as diretrizes nacionais; porém, se o município decide aderir a um programa, o que ocorre na maioria das vezes, precisa seguir todas as orientações do governo federal; dessa forma, percebe-se que a autonomia é reduzida, como relata o entrevistado E01: “É o prefeito que tem que aceitar no município dele; ele fica sujeito às diretrizes que eles mandam”.

A forma que o governo federal utiliza para induzir a adesão aos programas deve ser considerada em relação à autonomia normativa do município, pois, se parte dos repasses de recursos federais para os municípios está condicionada à adesão aos seus programas, isso, por si, já é uma restrição à autonomia municipal, uma vez que as transferências de recursos são importantes para a sustentação fiscal do município, como demonstrado na Tabela 1.

Tabela 1. Origem dos Recursos da Saúde do Município de Viçosa-MG

Recursos	2015		2016		2017	
	R\$		R\$		R\$	
Transferência Federal Vinculada	41.075.715,90	68%	28.530.759,56	62%	29.666.385,03	58%
Transferência Estadual Vinculada	3.949.948,44	7%	1.954.187,54	4%	1.878.467,68	3,5%
Recursos Próprios Municipais	15.195.436,97	25%	15.881.185,02	34%	19.805.036,34	38,5%
Total	R\$ 60.221.101,31	100%	R\$ 46.366.132,12	100%	R\$ 51.349.889,05	100%

FONTE: SIOPS (2018)

A partir da observação dos dados da Tabela 1, percebe-se que está ocorrendo um aumento da participação dos recursos próprios do município no financiamento das ações de saúde; devido a uma redução significativa dos repasses dos recursos por parte do governo federal, podendo essa redução ser atribuída, entre outros fatores, aos efeitos da crise financeira enfrentada pelo país, que reduz entretanto observa-se, também, que o município ainda é dependente, no que diz respeito à saúde, dos repasses realizados pelo governo federal.

Ocorre que, como discutido anteriormente, as diretrizes e os programas nacionais são condizentes com as necessidades de saúde da população, como relata o entrevistado E17: “Nós aderimos ao programa pela necessidade, porque nós temos a necessidade”, e, então, são incorporadas pelo município para que o cidadão receba a prestação do serviço de saúde. Porém, existe situação em que os programas não são necessários ou prioritários para o município, mas esse, mesmo sem julgar necessário, acaba implantando um determinado programa somente para garantir o recebimento do recurso. Quando o entrevistado E07 foi questionado do porquê da adesão do governo municipal aos programas nacionais, o mesmo forneceu uma resposta direta, como se vê: “Essa é fácil: porque se não, não vem recurso”. Tal fato confirma a ideia defendida por Bueno e Merthy (1997) e por Arretche (2007, 2009), que concluem que a indução exercida pelo governo federal é mais um processo de centralização, pois, ao condicionar o repasse de recursos financeiros à adesão do município aos programas nacionais, limita a possibilidade de não adesão por parte do governo municipal e restringe sua autonomia.

Outra decisão concedida ao município, que se aproxima da ideia de autonomia, refere-se à definição do quantitativo das metas municipais de saúde, como afirma o entrevistado E01: “A meta, na verdade, depois que a gente foi descobrir, porque a gente achava que era o estado que pactuava, mas não é, são os municípios da região que pactuam”; e o entrevistado E14:

“Ele (o município) faz uma pactuação, porque, na realidade, existe o SISPA, que é um sistema de pactuação que o gestor municipal, juntamente com os serviços de vigilância, onde está relacionado o escopo do serviço de saúde, eles vão até Ponte Nova, e fazem na regional a pactuação dos indicadores. O próprio município participa do estabelecimento dessas metas”(E14).

Entretanto, a definição das metas municipais não pode ser considerada como autonomia normativa municipal, uma vez que a definição é dirigida e acompanhada pelo estado, como confirmado pelo superintendente da GRS: “O município é autossuficiente; ele tem o domínio dele, nós damos as orientações e elas têm que ser seguidas, porque é tudo dentro de um cronograma da secretaria de saúde; você (o município) tem que acompanhar essa resolução, não tem jeito, não consegue fugir daquilo; não é livre-arbítrio”.

Quanto à autonomia para o governo municipal formular diretrizes e programas para demandas específicas, o que se nota é que o município pode até possuir essa autonomia, mas, para isso, ele teria que financiar esses programas municipais com recursos próprios, como relatado pelo entrevistado E09 na seguinte fala: “o município tem autonomia para estabelecer, sim, tem recurso próprio sim. Nós podemos criar os programas municipais, ampliar o que nós entendemos que deve ser criado, no que tange ao RP, que é o recurso próprio do município. Já o recurso vinculado, não.” Ocorre que os recursos próprios são limitados para a maioria dos municípios, como para o município objeto deste estudo em que todos os entrevistados da gestão municipal da saúde relataram que não possuem recurso próprio suficiente para implementar ações que não são previstas nos programas nacionais. Tal fato pode ser percebido no relato do entrevistado E17, que se refere a uma das poucas demandas citadas pelos entrevistados durante o estudo, que não estavam previstas em nenhum dos programas nacionais, que é a situação do controle dos cães de rua, fato que afeta a saúde pública municipal: “Agora é assunto de emergência isso aí; é saúde pública, mas não pode gastar, porque não tem um programa do governo federal; como não tem, seria com recurso próprio, mas não tem.”

Sobre a autonomia municipal em relação à questão financeira, o que foi constatado é que o município possui autonomia restrita, uma vez que o recurso somente é repassado se houver adesão ao programa nacional, e que o montante de recurso próprio municipal é insuficiente, como relata o entrevistado E11: “A gente não tem como não receber os recursos federais, apesar da pactuação nossa ser plena; é direito do município, mas são esses recursos que a gente precisa trabalhar com eles. Eu não tenho 100% de

autonomia financeira”. Dessa forma, identifica-se que o município, em virtude de não possuir recursos próprios suficientes para realizar os serviços de saúde, e, como consequência, possuir uma dependência em relação aos repasses de recursos realizados pelo governo federal e estadual, tem a sua autonomia financeira comprometida.

Até janeiro de 2018, o governo municipal não possuía flexibilidade em relação à utilização dos recursos condicionados repassados pelo governo federal, que a controlava e direcionava. O que acontecia era que o recurso era repassado para o município para uma determinada ação, e não poderia ser direcionado para outra atividade ou programa, mesmo que não fossem necessários ao programa que lhe tinha dado origem. Em 28 de dezembro de 2017, foi publicada a Portaria 3.992 do Ministério da Saúde, que trata da nova forma de financiamento e das transferências de recursos federais para as ações e serviços de saúde, que entrou em vigor, dia 31 de janeiro de 2018, com o intuito de atribuir ao município maior flexibilidade na utilização desses recursos, quando esses estiverem nos cofres municipais; porém, o repasse do recurso pelo governo federal para o município ainda permanece condicionado à adesão aos programas nacionais.

Essa nova regulamentação legal estava sendo esperada pelos gestores municipais, como relata o entrevistado E11, em entrevista realizada no período em que a lei ainda não estava aprovada:

“O refinanciamento do SUS é o seguinte: hoje o SUS Legal... Vou te dar o exemplo do município de Viçosa: nós temos em torno de três milhões na conta, exemplo, e eu tenho uma dívida de seis milhões, só que eu não posso quitar a metade dessa dívida porque o recurso que eu tenho nessa conta foi específico de emendas e programas de saúde nacionais; a nossa diretriz nacional no município é outra coisa, a diretriz municipal muda, então o que acontece: eu tenho esse recurso na conta, três milhões, eu tenho uma dívida de 6, mas eu não posso pagar porque a diretriz nacional não me permite pagar; então, aí está a questão do financiamento, quando se define recurso de custeio e recurso de investimento. A proposta, hoje, do SUS Legal seria essa relação; uma coisa é o capital que eu tenho que investir em saúde, outra coisa é o capital que eu tenho para construir, que é o capital de investimento. O SUS Legal está reduzindo a diretriz da política de saúde para o gestor conseguir trabalhar de forma mais livre, mas não com falta de responsabilidade; mas, livre de poder arcar com a diretriz municipal; a gente está tendo apoio do governo federal para acabar com essa questão do financiamento.” (E11)

Ou seja, foi concedida certa autonomia para o município gerenciar os seus recursos da saúde ao estabelecer somente duas contas para o recebimento dos valores por parte dos municípios e a consequente flexibilização da sua utilização, como relata o entrevistado E11:

“O recurso continua a mesma coisa: ele vai vir pelo que você está fazendo; se aderir ao programa, o recurso vem; porém, nesse recurso eu não gastei, na atenção básica, por exemplo: eu tenho dois milhões na atenção básica, eu não apliquei lá na atenção básica, ou melhor, minha atenção básica já está toda corrigida, tudo certinho, toda equipada, sobrou dinheiro, que eu também não posso aplicar se estou soltando lá... Sobrou dinheiro na atenção básica... No final do ano orçamentário, eu posso redirecionar” (E11).

Ocorre que a autonomia financeira continua restrita, uma vez que o recebimento dos recursos federais ainda está condicionado à adesão aos programas nacionais. Entretanto, pode-se compreender que a adoção dessa nova forma de financiamento do SUS possa ser parte da solução para o ‘engessamento’ da execução orçamentária de saúde, e que tal fato pode ajudar o governo municipal a solucionar as demandas de saúde específicas do município. Ressalta-se, pois, que, se por um lado, essa nova forma de financiamento e de transferência de recursos para as ações e serviços de saúde sinalizam para uma maior liberdade do gestor municipal na destinação dos recursos, e, conseqüentemente, na determinação das prioridades municipais, por outro lado, espera-se, também, que os governos municipais e federal estabeleçam maior controle e planejamento das ações.

Quanto às questões administrativas, a autonomia municipal foi reconhecida por todos os entrevistados, como disse o entrevistado E12 quando questionado sobre a autonomia administrativa: “Sim. O estado também tem esse papel de orientador, mas o município de Viçosa é um município de Gestão Plena do Sistema Municipal, por exemplo: quem contrata os hospitais, quem contrata os prestadores de serviço é o município”. Também se percebe essa autonomia administrativa municipal a partir da colocação do entrevistado E07: “As questões específicas do município, no que diz respeito às ações, o município é que define as suas ações”. O que se percebe é que, como coube ao município coube a execução da política de saúde, esse possui autonomia na forma de gerenciar e de prestar o serviço de saúde à população, fato esse

reconhecido pelo superintendente da GRS, ao afirmar que: “O município tem autonomia, você não consegue engessar isso, nem podemos o gerenciamento é do município, porque é ele que vai executar as ações, vai receber o recurso e tudo mais”. Assim, decisões administrativas, que envolvem a rotina e a execução da política de saúde, são tomadas pelo governo municipal.

Entretanto, apesar do município poder ser considerado como autônomo administrativamente nas questões que envolvem a saúde, ele ainda passa por algumas restrições advindas da falta de autonomia normativa. Existem situações em que o governo municipal fica receoso de tomar determinadas decisões administrativas pela falta de poder de decisão em relação à continuidade dos programas nacionais, como, por exemplo, a dificuldade na gestão dos recursos humanos municipais da saúde, pela insegurança em realizar concurso público e efetivar os servidores, como relata a entrevistada E01: “Não somos contratadas definitivas, somos temporárias, porque o programa não pode ter concurso porque é um programa”. A contratação temporária dos funcionários da saúde municipal demonstra certa flexibilidade do município ao contratar mão-de-obra, a depender das demandas e dos programas; entretanto, por outro lado, tal contratação pode não fortalecer a administração pública municipal em longo prazo, pois pode levar à descontinuidade dos serviços de saúde, caso o contrato seja finalizado.

Dessa forma, identifica-se que, corroborando o entendimento de Machado (2015), os mecanismos de comando da política de saúde exercidos pelo governo federal limitam a autonomia do governo municipal, tanto no que se refere à escolha das ações de saúde a serem executadas, quanto às questões financeiras. Identificou-se, também, uma autonomia administrativa relativa do município, uma vez que o mesmo é acompanhado pelo governo estadual, na fase de execução da política de saúde. Vale considerar que, a autonomia dos municípios foi reduzida, na década de 1994, em virtude da falta de capacidade de gestão da política de saúde verificada na maioria dos municípios (ABRUCIO, 2010), e, de fato, verifica-se dificuldades e falta de capacidade de gestão no momento da execução da política, a ser apresentada *a posteriori*, o que nos leva a acreditar que a capacidade para a formulação e para a tomada de decisão da política de saúde por parte do município seria ainda mais restrita.

8.1.3 Cooperação

A Teoria do Federalismo Cooperativo, proposta por Elazar, tem como pilares das federações democráticas a autonomia e a interdependência entre os entes. Em contextos federativos, deve existir compatibilidade entre a autonomia e a cooperação, sendo necessário compreender, a partir da categoria 'Cooperação', como ocorre a interdependência e a articulação entre os entes, uma vez que esses precisam estabelecer relações de apoio, e, mais especificamente, como o município se posiciona nesse modelo cooperativo.

Abrucio, Franzese e Sano (2010) entendem que, para a combinação da coordenação exercida pelo governo federal com a autonomia dos entes subnacionais, é necessária a cooperação entre os entes, e, para tanto, os autores apontam a necessidade de existências de fóruns federativos horizontais (entre municípios) e verticais (entre os entes da federação, união, estados e municípios). No âmbito do SUS, existe uma estrutura desses fóruns federativos, sendo composta pelas comissões intergestoras, que têm como objetivo estabelecer relações de cooperação entre os entes da federação; sendo, assim, espaços onde podem ser firmadas parceiras, acordos, relações de apoio e negociações.

No que se refere às cooperações horizontais, ou seja, entre os municípios, identifica-se que o município estudado participa da Comissão Intergestoras da Microrregião de Saúde de Viçosa (CIR) e da Comissão Intergestora da Macrorregião de Saúde Ampliada (CIRA). As comissões intergestoras regionais reúnem os representantes da saúde dos municípios de uma determinada região e tem como objetivo a integração dos mesmos, fazendo com que os cidadãos tenham acesso aos serviços públicos de saúde de forma mais equânime e integral (MACHADO, 2007).

O entrevistado E11 indica a forma como as comissões intermunicipais funcionam: "Sim, nós temos as comissões regionais. As comissões regionais são feitas uma vez por mês, quando fazem as deliberações, os acordos de gestão, dos acompanhamentos de cirurgias, de execução dos programas que

têm no município”. O entrevistado E12 indica como ocorre a composição dessas comissões:

“Na verdade, o que existe é o seguinte: vamos daqui para lá. Na CIR (Comissão Intergestora da Microrregião) é até bem. Os municípios participam; estão envolvendo aqui nove municípios de Viçosa; então é uma reunião que acontece aqui; na CIRA (Comissão Intergestora da Macrorregião), que é regional; às vezes, acontece em Ponte Nova, às vezes, acontece em Manhuaçu; já são menos secretários, são mais representantes”. (E12)

A partir da fala do entrevistado E12, é possível perceber, além da composição, a percepção dos mesmos de que a participação do município estudado na CIR é efetiva.

O que se percebe é que essas comissões horizontais são de grande importância para que os municípios de uma determinada região estabeleçam suas parcerias, apoios e negociações, e que são nelas que se iniciam as discussões federativas que envolvem a política de saúde, conforme relata o entrevistado E11: “Na verdade, as deliberações saem desde a CIR”. O que significa dizer que tais deliberações servem de base para as decisões do governo federal.

Nesse sentido, é importante ressaltar que, todos os gestores municipais da saúde identificaram a existência da CIR e da CIRA e reconheceram a relevância dessas comissões para a política de saúde do município. A importância dessas comissões é reconhecida pelos gestores municipais, tanto para as questões que envolvem a governança da saúde daquela região específica, quanto para que as demandas regionais de saúde sejam repassadas para os entes federativos superiores. Todos os gestores de saúde entrevistados foram unânimes ao relatar que a participação dos municípios da região nas comissões intergestoras regionais é realmente efetiva.

O entrevistado E12 descreve o procedimento pelo qual as deliberações e as pactuações das comissões percorrem, sendo possível notar que o início se dá na CIR, como segue:

“Há as instâncias de deliberação intergestores... Tem a CIR, antigamente era CIBmicro; hoje, se fala CIR regional, a micro região transformou em região de saúde e a macrorregião se transformou na região ampliada de saúde. Então a CIR é a instância que você delibera as questões que envolvem a microrregião ou a região de saúde, a CIRA é a instância de secretários, ela vai definir as questões que envolvem a macrorregião; então, é o seguinte: a contratação de um serviço que é microrregional tem que passar na CIR, na regional; os serviços normalmente de alta complexidade são considerados

serviços macrorregionais da região ampliada; ele tem que passar na CIRA; então, ele passa na CIRA; depois, ele vai para a CIB, que é estadual e envolve o secretário estadual com os municípios e tal... Depois, ele é encaminhado para o Ministério da Saúde para fazer esse credenciamento” (E12).

Nessas comissões regionais, principalmente na CIR, que se refere à microrregião de saúde, são estabelecidas as formas de execução da saúde pública, e, também, são definidos os serviços que os municípios que compõem aquela determinada região vão ofertar. Ou seja, como entende o E14, a CIR é o espaço que os municípios de uma determinada região de saúde possuem para pactuarem as cotas de serviços que cada município ofertará para os demais, e a quantidade de atendimento que cada município possuirá, como relata o entrevistado E14: “Essas instâncias de pactuação que acontecem nas comissões intergestoras regionais. São nesses lugares que se fazem essas pactuações”.

O que ocorre é que, para cumprir com as determinações da NOAS 01/02 foi elaborado pelo governo estadual e aprovado na CIB Estadual e no Conselho Estadual de Saúde, o Plano Diretor de Regionalização do Estado de Minas Gerais (PDR-MG), e, a partir da análise do PDR-MG de 2010, identifica-se que, visando o estabelecimento de um esquema de implantação racional dos recursos de saúde, foram definidos os territórios sanitários da seguinte forma: município, como base territorial para planejamento da Atenção Primária à Saúde; microrregião, base territorial para planejamento da Atenção Secundária à Saúde e, macrorregião, base territorial para planejamento da Atenção Terciária à Saúde. Nesse contexto, Viçosa é o município sede da microrregião de Viçosa e apresenta-se como polo prestador de serviços de Atenção Primária e Secundária para oito municípios: Araponga, Cajuri, Canaã, Paula Cândido, Pedra do Anta, Porto Firme, São Miguel do Anta e Teixeiras, através da Programação Pactuada Integrada – PPI.

Dessa forma, o município de Viçosa, polo da microrregião, presta serviços de saúde da Atenção Secundária para os demais, e, para que isso ocorra, é necessário que os municípios definam os serviços a serem prestados, a quantidade de serviço e o quantitativo de recurso que será destinado para o município prestador do serviço pactuado. Essas pactuações são estabelecidas no âmbito da CIR, quando se trata das questões da microrregião de saúde e da

CIRA, e quando envolve os municípios da macrorregião ampliada de saúde. Nessas comissões, são definidas as cotas de serviços de saúde para cada município, sendo essas definições formalizadas nos Programas Pactuados de Integração (PPI), e, a partir deles, é que o governo federal repassa, para o município polo (executor), os recursos correspondentes. O entrevistado E12 descreve e exemplifica essa situação ao dizer que:

“Esse recurso normalmente que vem, esse recurso é composto de uma parcela federal, o dinheiro vem para cá, por uma cota, chamado de PPI, Programação Pactuada Integrada, que é o que tem de cota de procedimentos aqui em Viçosa. Todo município tem sua cota de cirurgia, por exemplo, só que o município de Pedra do Anta não tem hospital; então esse dinheiro de Pedra do Anta sai do ministério e vem para cá (Viçosa). Direto para o fundo municipal de saúde, da secretária municipal de saúde, isso porque Viçosa é gestão plena” (E12).

Dessa forma, o que se percebe é que as negociações entre os governos municipais de uma determinada região ocorrem no âmbito das comissões intergestoras CIR e CIRA, sendo estes os fóruns intergestores onde os municípios realizam as negociações que geram as pactuações. As negociações e interações entre os governos municipais devem ser formalizadas, conforme considera o entrevistado E07:

“Os municípios precisam ter contratos para passar recursos; então, o que se percebe, é que os municípios têm a PPI, que é a Programação Pactuada Integrada, que é feita, todo ano, entre o município de Viçosa e os demais municípios, para gerar procedimentos entre eles. Os procedimentos são atendimentos, consultas, internações. Todo ano, eles fazem essa negociação, essa programação” (E07).

Os municípios de uma determinada região possuem, também, a possibilidade de se unirem e criarem um consórcio intermunicipal de saúde que os atenda. Como aponta Machado (2007, p. 68), os municípios, em busca de uma maior racionalidade econômica e de uma maior disponibilidade de serviços de saúde para seus cidadãos, podem se unir em Consórcios Intermunicipais de Saúde, no qual ocorre o “compartilhamento dos custos e benefícios produzidos por serviços de referência para um determinado conjunto de municípios, gerando ganhos de escala compatíveis com patamares superiores de eficiência e eficácia”.

O consórcio se apresenta como uma boa alternativa para que os municípios resolvam questões de saúde que, sozinhos, não conseguiriam

resolver, sendo, então, necessário se unirem em cooperação. O município ora estudado participa de um consórcio intermunicipal formado por dez municípios; desses, nove compõem a microrregião de saúde de Viçosa-MG, e um município, Coimbra, pertence a outra região. O Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião de Viçosa (CISMIV), especificamente, surgiu a partir da intenção dos municípios de realizar determinadas ações que não seriam disponibilizadas pelo SUS, ou que excediam a capacidade de recurso repassado por meio de transferência pelo SUS. A partir dessa intenção, os municípios se uniram e formaram o consórcio municipal de saúde, como relata o entrevistado E08:

“Os municípios se associaram e fizeram um consórcio, com recurso próprio de cada município; eles passam para lá um percentual das receitas deles; esse recurso é proporcional ao número da população e é discutido como eles vão gastar; são as demandas. Então, o que eles fazem? Contratam o médico, por exemplo, “de veia”(angiologista), que não estão atendendo pelo SUS, não estão atendendo na policlínica, aquele negócio todo... Então, eles contratam e aí eles atendem por lá. Quem gerencia (o consórcio) é através de uma eleição; o presidente do consórcio se elege numa assembleia que eles fazem, de todos os prefeitos” (E08).

Além da cooperação na prestação de serviço existente entre os municípios de uma mesma região, existe a possibilidade de que os municípios de outras regiões de saúde também colaborem com a prestação de um determinado serviço de saúde. Observou-se que o município não possui determinado serviço, e que o consórcio intermunicipal também não oferece; busca-se o atendimento onde ele é oferecido, sendo realizadas negociações e pactuações entre os municípios; e tal como ocorre entre os municípios da mesma região, o recurso correspondente ao serviço é repassado para o município que prestará o serviço por meio de PPI.

A partir desta pesquisa, verificou-se que a cooperação entre os municípios normalmente é estabelecida nas comissões intergestoras e no consórcio, com base em relações formais. Entretanto, Abrucio (2005) acredita que a atuação mais cooperativa entre os entes federativos pressupõe uma maior relação entre eles, podendo ser a relação formal ou informal; e, com o presente estudo, verificou-se que as relações informais também ocorrem entre eles, como visto na fala do entrevistado E14, ao relatar esses casos de apoio entre os municípios:

“Eles fazem isso também... Nem sei se eu deveria falar isso aqui, mas extrainstâncias de pactuação, existem pactuações ali do coleguismo entre os gestores; então, você presta esse serviço para mim... Você me libera vinte exames, porque Viçosa é sede, né? Polo da microrregião, então assim: ‘Oh, Fulano, eu estou liberando para você cem próteses dentárias, e você vai me liberar em contrapartida... Nós vamos negociar aqui, porque eu estou precisando no meu município de 60 endoscopias..., entendeu? E assim vai” (E14).

Dessa forma, a partir de todo o exposto, é possível perceber que o município estudado possui interação com outros municípios, principalmente, os que compõem a microrregião e a macrorregião de saúde; e eles trabalham no sentido de cooperação; e que as negociações estão presentes nessas relações formais e informais de cooperação, como colocado de forma objetiva pelo entrevistado E07: “Existe, sim, colaboração e apoio entre os municípios”.

A partir dessa constatação de que os municípios trabalham em contexto de cooperação entre eles, verificou-se, também, a partir dos relatos dos participantes da pesquisa, que o governo estadual acompanha essa relação cooperativa entre os municípios. Esse acompanhamento é realizado pela GRS, que monitora e orienta os municípios da região de saúde em todas as ações. Identificou-se, ainda, que os gestores de saúde do município reconhecem e valorizam o acompanhamento realizado pela GRS, no sentido de orientação, de treinamento e de instruções para a realização das ações municipais de saúde; tal fato é notório no relato do entrevistado E08, ao falar sobre a necessidade de apoio da GRS em uma situação específica, como se vê:

“Eu o orientei (o cidadão necessitado de uma ação de saúde) a fazer (a reclamação) pelo telefone e mandei essa correspondência para a ouvidoria geral do SUS de Ponte Nova (GRS), porque Ponte Nova tem que correr atrás disso para gente. Nesse caso, eu fiz uma carta para o superintendente de Ponte Nova e contei o que está acontecendo. Então, já é um problema que ele como superintendente pode tentar resolver junto à Secretaria do Estado; eu aqui não vou conseguir resolver; eu passo para outro nível e eu ainda não tive resposta dele não, que é uma coisa complicada” (E08).

Identificou-se, também, que a GRS acompanha os processos de negociação e pactuação entre os municípios de forma bem efetiva e que cabe a ela interferir quando for necessário, como no caso de intermediar alguma negociação difícil ou de defender os interesses estaduais, federais e dos cidadãos. Tal acompanhamento da GRS é verificado a partir do exemplo citado pelo superintendente regional de saúde (S), como se segue:

“Nós estamos com uma demanda, pois o Hospital Nossa Senhora das Dores quer abrir mão da maternidade, que foi uma reivindicação deles no passado; então, foi construída toda uma rede de ações, para que a maternidade fosse referência no Hospital Nossa Senhora das Dores. Quem construiu isso? A regional e os hospitais...Tudo via regional. Aí, a regional vai mobilizar, vai fazer reuniões com a diretoria, vai abraçar isso, é saúde pública, é interesse de todos os municípios e gestores municipais, cabe à regional intermediar isso; se posicionar, defender os interesses do Estado” (S).

O que ocorre é que, quando as demandas são específicas de um município e sua execução não impactará os outros municípios, ou que impactará somente a prestação de serviço daqueles pertencentes à microrregião de saúde, a discussão e a negociação ocorrem sem a interferência da GRS no âmbito da CIR. Entretanto, quando é uma demanda da macrorregião, a discussão e a negociação ocorrem na CIRA, cabendo à superintendência desempenhar o papel de intermediar, como a situação-exemplo citada, da maternidade do Hospital Nossa Senhora das Dores do município de Ponte Nova.

A GRS desempenha, além do acompanhamento, o papel de fiscalização das ações que são realizadas pelo município, sendo, considerada por seis dos entrevistados, como o de maior preponderância na ação da superintendência, como se observa na fala do entrevistado E11 ao considerar o papel exercido pela GRS:

“Seria a organização e a fiscalização da região de saúde, e a execução seria do município, só do município. Por que a GRS? Qual seria o papel dela? Articular para que pactuasse isso; mas foi feita uma coisa muito atropelada; então, não tem um ator principal no estado, o que deveria ter. Ela (GRS) não exerce essa questão da organização; é mais a fiscalização”. (E11)

A partir dessas considerações a respeito da influência da GRS na relação de apoio e de negociação estabelecida entre os municípios, é possível identificar que ela atua de forma a acompanhar as relações já propostas pelos próprios municípios. Porém, conforme acredita Abrucio (2005), para que ocorra a compatibilidade entre a autonomia e a interdependência entre os municípios, é necessária a criação de incentivos que favoreçam a atuação mais cooperativa e entrelaçada entre eles, e que as relações de cooperação sejam incentivadas. Importante se faz ressaltar que não se identificou uma atuação da GRS no sentido de incentivar maior cooperação entre os municípios, conforme

relatado pelo entrevistado E11 na transcrição anterior e pelo relato enfático do entrevistado E09: “Essa questão da GRS estimular parcerias. Nada, nada. Gestão zero”.

Além da cooperação horizontal que ocorre entre os municípios, existe, também, a cooperação vertical entre os entes da federação, em que são estabelecidas relações entre os municípios, o estado e a união. No que se refere à relação entre o município e o estado, percebe-se, como discutido anteriormente, que a mesma é de acompanhamento das ações de saúde municipais por parte do governo estadual, que realiza as orientações, fornece as instruções para a execução das ações e fiscaliza as atividades. Entretanto, todos os gestores municipais, chefes de departamento e coordenadores de setor entrevistados ressaltaram a falta de uma relação mais próxima com o governo estadual; alegaram que o governo estadual não tem fornecido ao município oportunidade ao diálogo, conforme se observa no depoimento do entrevistado E01:

“Eu achava o Estado mais flexível, mas como mudou a equipe, eu estou achando essa equipe de agora de pouca conversa; não tem muita conversa não. Vamos ver se está batendo. Se não tiver batendo, é isso, e não quero saber o porquê muito não, o que aconteceu: se não bateu, o problema é seu”. (E01)

Dos seis gestores municipais da saúde entrevistados, quatro atribuíram à questão político-partidária o motivo da relação de pouca proximidade com o governo estadual, uma vez que a gestão municipal atual é partidariamente contrária à gestão estadual. Sobre a influência político-partidária na relação entre os entes da federação, o entrevistado E05 faz um relato:

“Hoje, a gente não está com muita liberdade com o governo federal e estadual, porque nós somos de partidos diferentes. Pelo menos o estadual, que é o PT, não tem dado muita abertura. Normalmente, a questão política envolve muito, normalmente, eu, o que eu sempre vi é que, se tiver alguma coesão com o partido, as questões são muito mais rápidas. Então, é muito interessante: a questão político-partidária influencia muito.” (E05).

Sobre a dificuldade da relação político-partidária, o entrevistado E11 enfatiza que:

“A relação hoje é o seguinte: o estado praticamente abandonou os municípios, praticamente; já tem três anos; os municípios hoje têm um diálogo maior com a federação; infelizmente. Desde o início do atual governo, eles fizeram fóruns regionais, mas para captar demandas partidárias e políticas deles; tanto que os fóruns regionais são feitos nas regiões onde eles são majoritários. Agendaram um

fórum aqui para Viçosa, para junho, e cancelaram o fórum, porque eles não são majoritários na região, por questões partidárias; em questão de votos nas últimas eleições, eles tiveram os votos deles, então não preocuparam com a população daqui não. Então, o ente estadual, no que diz respeito à gestão do secretário e do governo, não tem contato com os municípios, principalmente, os que foram partidos contrários, o caso de Viçosa, partido do PSDB e o governo PT” (E11).

O que se percebe, a partir das entrevistas, em relação à atuação do governo estadual junto ao governo municipal, no que diz respeito à saúde, é que, quando os entrevistados falam que existe um ‘abandono’, é no aspecto financeiro. Os entrevistados relataram falta de compromisso nos repasses de recursos estaduais, pois várias pactuações não são cumpridas por parte do governo estadual, o que gera incerteza e falta de confiança por parte dos municípios, como afirma o entrevistado E11: “Financeira. Pactua, pactua e não paga. O abandono seria a questão financeira”. Entretanto, apesar do ‘abandono financeiro’ por parte do estado, observou-se que, no que se refere ao apoio e ao acompanhamento na execução das atividades, realizado pela GRS, como já discutido, os gestores reconheceram que esse não tem sido afetado pelas questões político-partidárias, como relata o entrevistado E11:

“Mas a GRS, que é quem nos ouve, corre atrás, pois ‘ele’ também tem metas a serem cumpridas; ele sempre está buscando a melhoria sim. A gerência regional de saúde é a representação do governo aqui, local, na CIR. Então, ele busca apoio, auxílio, o diagnóstico das cobranças, de auditorias; ele está fazendo o papel dele, agora o governo estadual é quem virou as costas” (E11).

Abrucio, Franzese e Sano (2010) destacam que existe uma dificuldade de relacionamento entre os governos centrais e os governos municipais partidariamente opositoristas e consideram que as negociações entre os entes são importantes para a solução dessa dificuldade. Porém, identificou-se, no presente estudo, como é possível perceber nas falas transcritas anteriormente, que as negociações não estão ocorrendo entre o governo municipal e o estadual e que tais dificuldades não estão sendo superadas.

Quanto às relações de cooperação entre os municípios e a união, não foi identificada uma interação efetiva entre eles, o que ocorre são as determinações por meio das diretrizes nacionais da política de saúde, e que os repasses de recurso são realizados na medida da adesão aos programas

nacionais; porém, uma interação mais próxima de acompanhamento realmente é realizada pelo governo estadual, na representação da GRS, como relatado pelo entrevistado E07:

“Com o governo federal, com o ministério da saúde não consigo perceber nada, o que tem é o repasse financeiro, isso aí é obrigatório; se não, o município não dá conta. Relação direta não há, somente vem aqui quando ocorre alguma denúncia; aí, ele vem fazer uma auditoria. Tudo que ocorre é a partir da GRS” (E07).

Em relação às negociações entre os entes federativos, no sentido vertical, elas podem ocorrer nas arenas de negociação federativas, criadas no âmbito do SUS, que são: Comissão Intergestores Bipartite (CIB), formada pelos representantes dos municípios e do estado; e Comissão Intergestora Tripartite (CIT), formada pelos representantes dos municípios, dos estados e da União. O entrevistado E11 aponta a forma como a negociação federativa vertical se configura:

“Como funciona isso: a CIT é o diálogo entre as três esferas, a CIR é o diálogo local, dos gestores locais, a CIRA é a Comissão Intergestora Regional, a CIB é a Comissão Bipartite, que é a nossa, municípios regionais, com o estado; e, possivelmente, da CIB gera o assunto que vai ser tratado na CIT, que é a Comissão Tripartite, que são os três entes da federação” (E11).

Sobre a participação dos municípios nas negociações que ocorrem no âmbito dessas comissões intergestoras, todos os gestores municipais da saúde entrevistados reconheceram a participação efetiva dos municípios na CIR e CIRA, onde os prefeitos e secretários da microrregião e da macrorregião de saúde se reúnem para discutir a operacionalização da política de saúde naquela região; entretanto, a maioria não reconhece a possibilidade do município participar efetivamente, mesmo que de forma indireta, da formulação e da negociação da política de saúde que ocorre de fato na CIB, e, principalmente, na CIT; o que sugere a baixa representatividade dos municípios na CIB e na CIT, e a falta de legitimação desses espaços como os lócus da articulação federativa e de expressão das demandas municipais. Tal fato, contraria o posicionamento de Abrucio, Franzese e Sano (2010), que acreditam que as comissões intergestoras são inovações no sistema federativo brasileiro e que equacionaram a questão da representatividade dos interesses municipais nos processos decisórios da política de saúde.

Importa ressaltar que cinco entrevistados já ocuparam o cargo de secretário municipal de saúde de Viçosa, e somente um relatou a possibilidade de negociação do município nas comissões intergestoras CIB e CIT; os demais não reconheciam essa participação e não acreditavam que a mesma seria efetiva. Com exceção do atual secretário da saúde do município de Viçosa-MG que demonstrou conhecimento em relação à possibilidade de participação efetiva do município nas negociações federativas realizadas no âmbito das comissões intergestoras verticais. O gestor do município de Viçosa-MG, entrevistado E09, em sua fala critica essa possibilidade de negociação:

“O governo federal faz os programas de cima para baixo, sequer ouve os municípios. Eu nunca fui chamado em Brasília, por exemplo, para construir um plano, para participar da construção de um plano, um programa de governo; nunca fui chamado para participar, e, garanto, pois eu sou muito bem relacionado na Associação Mineira de Municípios, que nem a associação, entidade, etc... foram chamadas para a criação dos programas. Os municípios não são ouvidos; isso, não há um momento dos municípios; sou prefeito há três anos e, em nenhum momento, fui chamado para essa discussão no âmbito federal...” (E09).

A partir desse relato do gestor do município de Viçosa-MG (E09) é possível perceber uma falta de consenso, sobre o diálogo entre a União e o município, entre os atuais gestores do município: o gestor municipal (E09) e o gestor municipal de saúde (E11).

Os estados e municípios realmente possuem um espaço para participação e negociação na formulação da política de saúde, sendo esses as Comissões Intergestoras Tripartite (CIT) e Bipartite (CIB). Ocorre que, na prática, conforme apurado por esta pesquisa, a maioria dos gestores municipais da saúde não reconhece essa possibilidade de participação do município na formulação da política de saúde, mesmo que de forma indireta, como relata o entrevistado E12, “O município, para se fazer presente, seria com o representante do representante do representante; é, não chega”.

O que se percebe é que a oportunidade do município participar das discussões, que levam às diretrizes e as pactuações, existe; se o gestor público municipal tiver interesse em participar, ele terá um espaço para isso, mas a vontade política e o perfil do gestor são fatores importantes na representação do município nessas comissões intergestoras, pois, como argumenta o entrevistado E11: “Na CIB, que é estadual, que acontece em Belo

Horizonte, e tem também essa dificuldade de locomoção, aqui já faz as câmaras técnicas, aqui já vai para deliberação, como se diz, só focado demais da conta”. O mesmo entrevistado E11 ressalta também a necessidade de competências técnicas para o gestor municipal de saúde participar efetivamente das comissões, como se vê:

“Hoje, nós temos atenção de farmacêuticos, porque os secretários ainda não têm condições técnicas para estarem atuando na CIB, porque a comissão CIB- SUS é técnica; ela não é uma comissão política; então, quando vai um gestor lá, tem que ser técnico, tem que saber argumentar; ele tem que ser da área, tem que ser enfermeiro. Então, hoje, um gestor que escolhe um gestor político não é fácil para ele não. Isso é que atrasa” (E11).

Tal fato é notório na atuação do secretário municipal de saúde (E09) entrevistado, que, sendo exceção, citada em parágrafo anterior, considerou a participação do município nas comissões intergestoras federativas efetiva, uma vez que o mesmo possui um perfil técnico, e, principalmente, a crença de que esses espaços são efetivos para a manifestação dos interesses municipais. O secretário municipal de saúde em questão faz parte do conselho de secretários municipais de saúde da região (COSEMS) onde atua de forma engajada como representante do município e expressa a importância da participação dos municípios na CIB e na CIT. Vale destacar que, mesmo este secretário, que acredita na participação efetiva do município, reconhece as dificuldades dessa participação ao afirmar que, para que a atuação dos gestores municipais da saúde fosse mais efetiva nessas comissões intergestoras, seria necessário um secretário municipal de saúde adjunto, pois várias atividades da rotina local precisam ser decididas, enquanto o secretário exerceria a função de articulação e participação. Percebe-se, pois, a fragilidade da participação da representação municipal, e a dificuldade do gestor municipal de saúde em compatibilizar a participação nas negociações federativas com a operacionalização da política no âmbito municipal.

Abrucio e Sano (2012) afirmam que, apesar da cooperação entre os entes federativos ter aumentado nos anos da década de 1990, ainda é possível identificar que as relações intergovernamentais precisam melhorar. De fato, com a presente pesquisa, nota-se que a cooperação entre os entes da federação tem ocorrido no que diz respeito à fase de execução da política nacional de saúde; ou seja, o que se percebe é que, entre os municípios, a

pactuação ocorre de forma efetiva, uma vez que eles precisam estabelecer relações de apoio para que a saúde pública seja prestada aos seus cidadãos, e que o estado atua de forma cooperativa com os municípios, no sentido de acompanhamento da execução. Foram identificados mecanismos que permitem a negociação entre os municípios, como as comissões intergestoras microrregionais e macrorregionais, e os consórcios. Entretanto, quando se refere à cooperação nas fases de formulação e de tomada de decisão da política de saúde, é possível concluir, a partir do presente estudo, que o município de Viçosa não participa de forma efetiva das deliberações e negociações.

8.1.4 Responsabilidade

A Constituição Federal Brasileira de 1988 atribui a responsabilidade pela política pública de saúde aos três entes federais (união, estados e municípios). Porém, Abrucio e Franzese (2007) chamam a atenção para o fato de que a competência compartilhada entre os entes da federação pode gerar situações em que eles se omitam diante da política de saúde; dessa forma, na presente categoria 'Responsabilidade', busca-se compreender como e porque se dá a atuação do município em relação às suas responsabilidades específicas. Como discutido nos itens anteriores, a formulação das diretrizes da política de saúde é realizada pelo governo federal; ao governo estadual, cabe a formulação, em menor escala, mas, principalmente, o acompanhamento, a orientação e a articulação entre os municípios; e, ao município, cabe a execução dos serviços públicos de saúde. A Lei n. 8.080 de 1990 reforçou a responsabilidade municipal na execução dos serviços de saúde; e a NOB 96, que redefiniu as responsabilidades dos municípios, dos estados e da união, veio no sentido de promover e consolidar a função do município de gestor da atenção à saúde dos seus munícipes. Percebe-se que, com a referida norma operacional, as responsabilidades atribuídas ao município foram a execução e a gestão da saúde, sendo essas funções discutidas, no presente estudo, na dimensão 'Governança Pública', no item 8.2. Importa ressaltar que o município é o ente responsável pela execução e gestão municipal da saúde, sendo o mesmo responsabilizado pela falta da prestação do serviço de saúde; entretanto,

conforme prevê o artigo 23 da Constituição Federal de 1988, o estado e a união são corresponsáveis, nas respectivas competências ou na ausência da função municipal.

Com a presente pesquisa, identificou-se que todos os entrevistados possuem conhecimento da responsabilidade municipal em executar e atender a população no que diz respeito às suas demandas de saúde. Tal reconhecimento é notado, por exemplo, pelo entrevistado E07, que entende a responsabilidade municipal da saúde como sendo: “Atendimento da população efetivamente: atendimento de consulta, do PSF, odontológica; é executar mesmo os serviços de saúde; é cumprir as metas estabelecidas”.

Cabe ao município desenvolver as ações de saúde previstas pelas diretrizes nacionais, mas, também, desenvolver as ações que atenderiam as demandas municipais específicas. Nesse ponto, vale ressaltar a fala do entrevistado E07, transcrita no parágrafo anterior, que diz que a responsabilidade do município é o “atendimento da população efetivamente”; ou seja, para o entrevistado, o atendimento das necessidades da população não está condicionado às diretrizes e aos programas nacionais, devendo o município atender as demandas de saúde específicas dos seus cidadãos.

Para atender a essa responsabilidade de execução da saúde pública, os municípios devem se unir em cooperação, como tratado na categoria ‘Cooperação’. Nessas relações de cooperação, o município que presta serviços de saúde para os demais da região de saúde, acaba assumindo, mesmo que de forma indireta, a responsabilidade da prestação de serviço para os cidadãos daqueles municípios, como relata o entrevistado E07: “Viçosa porque é polo, a gente gerencia, porque é Gestão Plena do Sistema Municipal, então a responsabilidade dos outros municípios também acaba caindo aqui”. Entretanto, os municípios de origem do cidadão que recebe a prestação de saúde não deixam de serem os responsáveis pela prestação do serviço público de saúde. Ou seja, os municípios delegam a execução, mas cabe a eles o repasse de recurso para o município prestador de serviço e a responsabilização pela falta de ação.

Ocorre que, muitas vezes, os municípios de uma determinada região de saúde se beneficiam da prestação do serviço, mas não cumprem o repasse dos recursos para o município prestador de serviço, o que compromete a

execução da saúde como um todo. Verifica-se, a partir dos relatos dos gestores municipais de saúde, essa situação no consórcio que foi estabelecido entre os municípios da região de saúde de Viçosa-MG, através do qual os municípios estabelecem acordos entre eles, sendo definidos os serviços que serão prestados e o repasse de recurso correspondente para cada um. O entrevistado E07 relata essa situação da seguinte forma:

“Na verdade, existe um contrato, e esse contrato tem que ser assinado por todos os prefeitos da microrregião porque o prefeito de cada município tem que saber a quantos procedimentos ele terá direito; então, por exemplo, ele tem que saber quantos exames de angioplastia ele tem direito no consórcio; aí, ele tem que trabalhar com aquilo ali; só que, muitas vezes, ele não segue aquilo ali. Quando ele não paga, o município de Viçosa fica sobrecarregado” (E07).

Identifica-se que essa falta de cumprimento do acordo por parte de alguns municípios compromete o serviço público de saúde. Nesse sentido, o entrevistado E07 afirma que: “O que a gente percebe é que esses municípios não estão repassando os recursos para Viçosa; não estão cumprindo com as obrigações deles; então, quando você vê a porta do hospital cheia de gente, às vezes, muitos daqueles pacientes não são do município de Viçosa, são de outros municípios, e eles não estão repassando recursos para Viçosa”. Essa situação é relatada pelo entrevistado E09, que, inclusive, cita o exemplo de como o município de Ponte Nova - MG trata a questão, como segue:

“Ontem, eu estive aqui com o prefeito de Ponte Nova, até conversando um pouco com ele sobre a saúde pública, lá no Arnaldo Gavazza, que é hospital de lá. Os diretores bateram na tecla, brigaram com os prefeitos de toda a região, dizendo nós só vamos atender quem colaborar com o hospital, e que, se não colaborar, eles não atendem mesmo não, não atendem mesmo... Foram bem ríspidos lá. Em Viçosa, hoje, os nossos hospitais atendem dez municípios, e apenas Viçosa contribui com 150 mil reais por mês para cada hospital, somente. Se nós sairmos daqui agora, depois dessa nossa conversa, e formos em qualquer um dos dois hospitais, eu te garanto que tem uma ambulância de fora, de outra cidade trazendo um paciente, porque é mais fácil para o prefeito dar ambulância, dar transporte, do que colocar um médico na cidade dele, mais fácil do que colaborar com o nosso financiamento” (E09).

Abrucio (2011) alerta para a possibilidade de ocorrência dessa situação, ou seja, que um ente não implemente determinada política pública por contar com a implementação da política por outro ente, não participando com recursos

financeiros na implementação e no oferecimento do serviço, e a, conseqüente, perda da visão sistêmica das políticas públicas. Na prática, alguns municípios não fazem o repasse de recurso e não prestam determinado serviço de saúde, pois sabem que o outro município irá atender o cidadão. Percebe-se, também, que o município objeto do estudo não encontrou, até o momento da pesquisa, uma forma de solucionar tal situação.

Além do fato de alguns municípios não assumirem as suas responsabilidades em relação à prestação do serviço de saúde ou ao repasse dos recursos, percebe-se, ainda, que o estado também tem faltado com as suas responsabilidades de repasse de recursos para os municípios e de fornecimento de alguns serviços de saúde a ele atribuídos. Todos os gestores da saúde do município relataram a falta de repasses financeiros por parte do ente estadual. Ocorre que, mesmo o estado não cumprindo com o repasse, o município é o ente cobrado por parte dos cidadãos pelos serviços, mesmo porque esse é o ente que está mais próximo do cidadão, e acaba por ter que executar o serviço de saúde com recursos próprios, o que compromete ainda mais o orçamento municipal da saúde. Os entrevistados E07 e E17 relatam que as cobranças por serviços de saúde por parte dos cidadãos são direcionadas ao município, da seguinte maneira:

“A população cobra a prestação de serviço do secretário de saúde e do prefeito... Ninguém vai ao governo federal e ao estadual... É diretamente aqui na secretaria, e briga...” (E07).

“Tem muita gente que precisa fazer uma cirurgia de alta complexidade; joelho tem que ser feito em Belo Horizonte; você chega em Belo Horizonte e tem uma fila de sete mil pessoas... Mas eles cobram não é de Belo Horizonte, não é do estado, não é do deputado, é da gente aqui. Eles cobram aqui.” (E17).

Destaca-se que a população cobra diretamente da prefeitura as ações de saúde, mas, principalmente, tem realizado a cobrança pelas vias judiciais, sendo esse procedimento denominado pelos entrevistados como a ‘judicialização da saúde’. De fato, sete entrevistados relataram que os cidadãos cobram os serviços públicos de saúde do município por meio de processo judicial; entretanto, muitas vezes, o serviço cobrado deveria ser custeado pelo estado ou pela União, como relata o entrevistado E17:

“Então, assim, a gente tem tido dificuldade; só no meu setor aqui, o estado deve estar nos devendo, aproximadamente, um milhão de reais, só aqui no meu setorzinho; e fica por isso mesmo; nós fizemos um levantamento de quanto deixou de pagar e fomos ao fórum e denunciamos; mas, o que vai fazer como estado? Nada. O serviço é prestado, mas não com o dinheiro que eles mandam, mas com recursos próprios, e, muitas vezes, nós temos assumido muita coisa do estado, através da justiça, porque a saúde hoje, 30, 40% está judicializada; infelizmente, está assim por falta de recurso lá de cima, estadual e federal... É o que eles lá em cima negam, uma cirurgia lá em cima, de vinte, trinta mil reais, o juiz manda pagar; manda pagar, não... Bloqueia quinze mil e põe na conta do sujeito.” (E17)

Os recursos municipais de saúde ficam, dessa forma, comprometidos e o governo municipal se vê em uma situação de incerteza sobre a real disponibilidade financeira, pois pode ser surpreendido por um bloqueio judicial, como relatam os entrevistados E02 e E11:

“Essa judicialização tem ocorrido muito. A demanda de ordem judicial é muito grande, e isso acaba impactando, porque é recurso bloqueado; o município de Viçosa já tem muito recurso bloqueado, e bloqueia não só da saúde... Em qualquer conta que eles acharem que tem dinheiro, eles bloqueiam; até de pagamento de funcionário; a gente tem muita conta bloqueada... Uma vez bloqueada e a gente atende, eles não vão lá e desbloqueiam, fica bloqueada, e, assim, toda semana tem bloqueio” (E02).

“Essa reprogramação orçamentária... Porque, para nós, se o juiz chegar para gente e falar ‘cumpra isso aqui’, nós estamos tirando dinheiro de recurso próprio; tira dinheiro de um recurso que pode estar programado para uma cirurgia, que estava programado para um programa que ia atender quinhentas pessoas; aí, tira o recurso do município” (E11).

A judicialização tem sido utilizada pelos cidadãos como forma de resolver as suas necessidades individuais de saúde, sendo a falta de medicamento um motivo muito citado pelos entrevistados. Conforme a Política Nacional de Medicamentos, editada pela Portaria do Ministério da Saúde n. 3.916 de 1998, a responsabilidade por garantir o fornecimento dos medicamentos é, em parte, atribuída ao governo municipal, ao governo estadual e ao governo federal. No entanto, os entrevistados relatam que, muitas vezes, o cidadão não recebe um medicamento independente de ser de responsabilidade do governo estadual e federal, e aciona na justiça o governo municipal para obter o medicamento. Tal situação é relatada pelo entrevistado E09:

“O que mais chega para gente, aqui da defensoria pública, é a falta de medicamento, diga-se de passagem, de alta complexidade, de alto

custo, que é do governo do estado. Hoje, o município está processando o estado, porque nós somos processados, pelo cidadão. Não é da nossa conta, então nós estamos passando para o estado” (E09).

Nesse mesmo sentido, o entrevistado E02 relata o posicionamento do município e do estado, que possuem a responsabilidade compartilhada, perante as determinações judiciais, da seguinte maneira:

“O que mais tem bloqueio é a saúde... É um medicamento, porque o estado já não está arcando com as demandas dele. Tanto é que, nessa demanda judicial, ela é dos três poderes, quem arca é só o município, o estado não segue.... Se tem cinco dias para cumprir, ele não está arcando, aí quem fica pior na situação é o município, porque se bloqueia o valor do município, ele sente muito mais do que o estado” (E02).

“O estado também é bloqueado. Bloqueia... Como ele vê que a gente já arcou, ele tira o dele fora, e aí bloqueia do município, tanto é que o município de Viçosa entrou na justiça contra o estado para reaver todos esses valores que foram bloqueados. Porque, na verdade, a lei fala que é pelos três: o município, o estado e a federação têm que arcar; se um dos dois não arcou, sobra para o município. (A determinação) Chega para eles e chega para nós também, junto; e para eles impacta muito menos, para gente é muito maior, porque os recursos do município são muito menores. Quando chega a decisão judicial, a gente já faz... Nem tenta entrar em contato com o estado, é feito com recurso próprio. Todas as ordens judiciais são com recurso próprio” (E02).

Dessa forma, identificou-se que a responsabilidade do município é a de execução da saúde pública; entretanto, para realizar a prestação de serviço de saúde, os municípios necessitam de recursos que devem ser repassados pelos municípios que se beneficiam da prestação de serviço de saúde, pelo estado e pela união, o que nem sempre ocorre. Assim, compreende-se que é fundamental, para que os municípios possam exercer as funções a eles atribuídas e cumprir com as suas responsabilidades, a devida cooperação técnica e financeira entre os entes federativos.

Ocorre que os cidadãos estão próximos do governo municipal e dele cobra a sua necessidade de saúde individual, utilizando, muitas vezes, os meios judiciais; dessa forma, o município acaba sendo responsabilizado e arcando com os custos dessa demanda de saúde. Tal situação foi prevista por Abrucio e Franzese (2007), ao acreditarem que um compartilhamento das responsabilidades de saúde, pelos entes federativos, gera uma responsabilização difusa em que um ente federativo atribui a outro a

responsabilidade pelas ações de saúde e a culpa pela não realização das mesmas, sem que nenhuma ação seja efetivamente tomada para solucionar essa situação.

Ao município, é atribuída a responsabilidade pela execução da saúde e consequente atendimento das necessidades e demandas municipais; dessa forma, percebe-se a necessidade de que o município aperfeiçoe a governança da política municipal de saúde, desenvolvendo e aprimorando seus processos e estruturas. A análise dos processos e estruturas de governança pública adotada pelo município objeto deste estudo, se faz necessária para compreender como as demandas municipais de saúde têm sido atendidas. Tal análise será realizada no tópico a seguir, que trata da dimensão ‘Governança Pública’.

Para fechar a dimensão ‘Coordenação Federativa’, foi preparado o Quadro 5, contendo uma síntese de toda a discussão apresentada.

Quadro 5 – Síntese da dimensão Coordenação Federativa

Coordenação Federativa	
Categoria	Resultados
Comando	<ul style="list-style-type: none"> - Exercido pelo governo federal que ordena e define prioridades de forma a alcançar as demandas de saúde. - Dificuldades no desenvolvimento desse comando que afetam a implementação da saúde nos municípios, como prazos apertados, descontinuidade de diretrizes, programas e recursos.
Autonomia	<ul style="list-style-type: none"> - Autonomia municipal limitada, tanto no que se refere à escolha das ações de saúde a serem executadas, quanto às questões financeiras. - Autonomia administrativa relativa do município.
Cooperação	<ul style="list-style-type: none"> - A cooperação entre os entes da federação tem ocorrido na fase de execução. - Foram identificados mecanismos que permitem a negociação entre os municípios. - Entretanto, quando se refere à cooperação nas fases de formulação e de tomada de decisão da política de saúde, é possível concluir que o município de Viçosa não participa de forma efetiva das deliberações e negociações.

Responsabilidade	<ul style="list-style-type: none"> - A responsabilidade do município é a de execução da saúde pública. - Repasse financeiro entre os entes federativos nem sempre ocorre. - Judicialização: município assume o encargo - Responsabilização difusa.
-------------------------	---

8.2 Governança Pública

Segundo Stoker (1998) e Bovaird (2003), governança pública é um arranjo estrutural com processo interativo, que envolve diversos atores que influenciam os resultados das políticas públicas. Dessa forma, essa dimensão de análise denominada 'Governança Pública' tem como objetivo analisar a governança da política de saúde do município de Viçosa-MG sob dois aspectos: processo e estrutura. Para tanto, num primeiro momento, buscou-se compreender o processo de governança e, a partir dessa compreensão, identificar a estrutura de governança adotada pelo município.

8.2.1 Processo

A reflexão sobre a governança pública como processo implica em analisar como as relações entre os atores/organizações ocorrem, e, a partir daí, consegue-se então compreender como essa política está estruturada. Necessária se faz a reflexão da governança como processo. Para tanto, no presente estudo, entende-se que a governança pública como processo é o conjunto dinâmico de mecanismos e procedimentos que trata das interações entre os atores e de quais resultados essa interação alcança (PIERRE E PETER, 2000).

Na categoria 'Processo', buscou-se analisar o processo de governança a partir das seguintes subcategorias: a coordenação municipal, o planejamento municipal, a execução municipal da política de saúde e a *accountability*.

8.2.1.1 Coordenação municipal

Pierre e Peter (2000) consideram a coordenação como um processo pelo qual o governo procura orientar uma determinada política. Eles entendem, também, que é um conjunto de procedimentos que tem como objetivos direcionar as interações entre os atores públicos e privados, envolvidos em uma determinada política pública, e acompanhar quais resultados essa interação alcança.

Dessa forma, a análise da Coordenação Municipal como subcategoria do processo, tem o objetivo de compreender a capacidade do governo municipal de orientar a política de saúde e de submeter a lógica dos interesses em jogo a um sistema integrado capaz de ajustar as diferentes visões, com o intuito de desenvolver políticas públicas de forma coerente e consistente. Para compreender como o governo municipal coordena a execução da política de saúde, primeiramente, fez-se necessário identificar quem exerce a coordenação.

A partir dos relatos de todos os entrevistados e da observação, verificou-se que o secretário de saúde do município estudado é quem atua como coordenador da política, e que a coordenação ocorre, segundo o entrevistado E11: “Desde o planejamento até à execução da ação”. O entrevistado E16 explica que a coordenação municipal da saúde é realizada pelo secretário, e que, para tanto, ele conta com o apoio dos chefes de departamentos e dos coordenadores dos programas. Ele relata, ainda, que o secretário ouve os chefes e coordenadores, porém, ressalva que a decisão final da política municipal de saúde é do secretário municipal de saúde. Sendo essa atuação enfatizada pelo entrevistado E09 ao dizer que cabe ao gestor municipal de saúde a decisão de adesão municipal ou não aos programas nacionais, a definição de como os programas serão operacionalizados e a definição de critérios de prioridades em relação às demandas de saúde municipais específicas que serão atendidas, e de como será o atendimento dessas. Entretanto, necessário se faz ressaltar que, a coordenação e a tomada de decisão da implementação dos serviços de saúde realizadas pelo secretário, estão sempre em conformidade com as diretrizes nacionais de saúde; afinal, como discutido na categoria ‘Comando’, o gestor municipal coordena, porém sob as diretrizes da União.

O processo de tomada de decisão relacionado à execução municipal da política de saúde por parte do secretário ocorre de duas formas: em algumas situações, o secretário define por decisão própria a ação que será realizada e a comunica aos chefes e aos coordenadores; em outras situações, o secretário compartilha suas ideias com os chefes e coordenadores antes de definir as ações que serão executadas; ouve o que eles têm a dizer, e, então, toma a decisão. As formas de atuação são relatadas pelo secretário municipal de saúde (E11) ao dizer que:

“Nós temos cinco departamentos; atuar diretamente... Eu atuo em dois, que são os mais complexos, que é o financeiro e também o de regulação, que é o de atenção secundária. A atenção primária tem cinco coordenadores e um chefe, eu atuo indiretamente. Então, a atuação direta... Eu atuo é na questão secundária e na questão financeira, que já vem de muitos anos, de vícios, de muitos conceitos errados, da aplicação de leis, do que pode do que não pode; aí, eu atuo diretamente, porque aí a responsabilidade é sua (do secretário)” (E11).

Porém, identificou-se que, mesmo quando os chefes e coordenadores de programas são chamados a compartilhar da decisão, essa já está previamente definida, sendo, na verdade, uma oportunidade do secretário solicitar a ajuda para a definição de como a ação será realizada e de envolver os chefes e os coordenadores e criar um comprometimento deles com a realização da ação. A partir do relato do entrevistado E17, percebe-se essa situação, como segue: “A decisão sempre parte do secretário, sempre com a concordância da chefia, a administração aqui é bem participativa, ele senta e conversa: vamos aderir Fulano? Vamos. Porque ele sozinho não tem jeito, não dá conta”. Ocorre que foi possível identificar, por meio de observação não participante e pelas entrevistas, que a participação desses burocratas só ocorre no envolvimento dos mesmos em questões já definidas, não tendo sido observada a participação deles no momento da definição das questões.

O conselho municipal de saúde também se envolve nas tomadas de decisão, porém, atua de forma reativa; ou seja, eles reagem às decisões tomadas pelo poder público, uma vez que o conselho apenas aprecia as ações propostas, podendo ser aprovadas ou não. Entretanto, verificou-se que a atuação do conselho ocorre no sentido de confirmação ou não da decisão já tomada pela gestão municipal, não tendo sido observado o seu envolvimento nas tomadas de decisão e uma ação propositiva.

Pode-se observar que a atuação do conselho de saúde, no que se refere à aprovação das ações definidas pelo poder público, é restrita, pois, em muitas situações, ele é levado a aprovar as ações propostas, por entender que, se não aprovar, inviabiliza ações de saúde no município, pois o recebimento, por parte do governo municipal, dos repasses financeiros realizados pelo governo federal e estadual depende dessa aprovação. Como relatado pelo entrevistado E14:

“O conselho tem esse poder e, muitas vezes, não quer se indispor, porque, às vezes, você (conselho) quer aprovar um determinado projeto, mas, se você (conselho) rejeitar acaba a população saindo prejudicada; então, muitas vezes, acaba contemporizando as coisas e resolvendo da forma que não deveria” (E14).

Dessa forma, pode-se inferir que o conselho municipal de saúde não propõe ações, e, sim, se mantém no posicionamento de aprovação das ações propostas pelo governo municipal, atuando de forma burocrática; pode-se inferir, também, que o secretário municipal de saúde é o ator dominante, que determina os demais atores que estarão envolvidos na execução da política de saúde no município. Em suma, pode-se inferir que o Conselho Municipal de Saúde, apesar de ter a oportunidade de se deparar com os problemas reais referentes à saúde municipal, não cumpre com o papel a ele atribuído, por determinação legal, de influenciar a política de saúde do município, por meio da participação e do controle social.

A partir do relato dos entrevistados, identificou-se que os chefes de departamento e os coordenadores dos setores se reportam ao secretário de saúde do município para a execução das ações definidas e para discutir as rotinas dessas órgãos. Essa forma de organização das ações sinaliza, mais uma vez, para a posição de coordenação municipal da saúde exercida pelo secretário.

Sendo essa a determinação da NOB-96, espera-se, realmente, que a coordenação seja exercida pela administração pública municipal, uma vez que o presente estudo reconhece a importância do Estado para a governança, pois, conforme entende Pierre e Peter (2000, p. 25), embora ainda existam rumores contrários, o estado, continua sendo “o principal ator político da sociedade e a expressão dominante de interesses coletivos”. Ou seja, para que a governança pública seja bem sucedida, é necessária a participação do governo (BOVAIRD,

2005); isto é, para que a administração pública municipal possa exercer a sua função de forma efetiva e proporcionar a eficiência da prestação do serviço de saúde, necessita atuar de forma a integrar e articular os vários atores envolvidos na execução da saúde no município.

Dessa forma, entende-se que a capacidade de coordenação está associada também, conforme aponta Diniz (1999), à integração entre as áreas de governo. Os atores envolvidos na execução municipal da saúde devem atuar de forma interligada, garantindo que sejam estabelecidas interações que proporcionem melhores resultados. Sobre tal integração, identificou-se que os departamentos da secretária de saúde atuam em colaboração entre eles; entretanto, essa parceria ocorre somente em relação às necessidades solicitadas. O entrevistado E15 relata essa situação da seguinte forma:

“Eu consigo ajudar dentro do meu setor, eu não consigo ficar... Depende. Se for ligado ao meu setor, logicamente, que eu sou chamado e converso, mas, muitas vezes, não. Não sei se outros setores funcionam assim, mas nós realmente somos acionados com aquilo que é visto como da nossa área, da área da epidemiologia, para a gente conversar” (E15).

Não se pode considerar que os departamentos e setores da secretária de saúde do município estudado atuam de forma integrada. O que ocorre é que cada setor trabalha de forma isolada, uma vez que possui inúmeras tarefas a serem desempenhadas, nas quais se concentram, colaborando com outros setores, quando solicitado, e somente, na medida dessa solicitação.

A pouca interação também é verificada na fala do entrevistado E11, que diz:

“Hoje, não tem um elo, é como se a saúde... Hoje, o paciente... É como se ele não se encaixasse na rede, ele só se encaixasse em um setor; quando não resolveu nesse (setor), eu joga para o outro. E não é isso. A atenção à saúde, a rede de saúde não trabalha assim; ela trabalha na resolução; não resolveu aqui na questão primária, encaminha-se para a questão secundária intermediária, caso Viva Vida, consórcio, o CEM, futuramente, e a policlínica... Para tentar resolver na policlínica. Viçosa, não. Viçosa, o próprio paciente não tem o costume de ir também não, o próprio paciente costuma ir direto para o hospital, a gente tem os dados dos hospitais... Os hospitais fazem mais atendimento de atenção primária que a própria atenção primária. Então, a gente viu na questão da governança que está tudo solto” (E11).

A partir dessa fala, e do relato de todos os entrevistados que atuam diretamente na execução do serviço público de saúde, identifica-se que os setores não interagem, não estão integrados e que o cidadão/paciente não sabe a quem recorrer quando necessita de algum serviço de saúde. Até mesmo os profissionais que atuam na prestação do serviço municipal de saúde não possuem conhecimento para indicar o caminho adequado para o paciente. Nesse ponto, vale destacar o relato do entrevistado E14 que diz:

“A gente tem um problema seríssimo aqui em Viçosa, que eu falo que é a rede furada, porque a gente não tem uma rede integrada, a gente tem pontos de atenção à saúde, mas totalmente desarticulados, e isso dificulta demais os cuidados; a linha de cuidados, tanto o profissional. Muitas vezes, vamos supor, eu estou lá na atenção primária, quantas vezes já aconteceu isso comigo, uma situação de eu estar fazendo uma visita a uma criança que está com refluxo... Vamos supor: ela está sendo atendida lá no CEAE (Centro de Atenção Especializada), que agora é o centro, antigo Viva Vida, às vezes, a gente não tem... Eu sei que ela está sendo atendida ali, que ela tem uma alimentação específica, mas eu não tenho esse *feedback* do centro. Eu vejo realmente uma necessidade muito grande da gente reorganizar, estruturar essa rede, porque, na verdade, nem é reorganizar, porque eu acho que ela nunca foi organizada mesmo não... Então, a gente vê as angústias que o profissional vive, porque nem ele tem noção da rede; então, se o usuário chega ali com uma demanda que aquele serviço não dá conta, ele não sabe nem para onde esse usuário pode ir; aí, as vezes ele dá uma orientação, o usuário vai parar em outro ponto; aí, chega naquele ponto de atenção, “...não, não é aqui não”, aí ele fica rodando na rede” (E14).

De forma geral, observa-se que a coordenação da saúde no município estudado não consegue realizar uma ação integradora entre os setores da saúde, e que, dessa forma, não consegue superar a setorização e a fragmentação institucional, atuando de forma que as ações fiquem segmentadas e justapostas, o que leva à perda de eficiência e efetividade da política de saúde. (FARAH, 2001)

Verifica-se, também, que a interação de cada setor ocorre de forma efetiva com o secretário de saúde, sendo possível identificar a centralização das decisões e das discussões por parte da gestão na fala do entrevistado E15, da seguinte maneira: “A gente tem muito contato com o secretário, tudo é compartilhado com ele”. Estando todos os setores diretamente ligados ao secretário de saúde, caberia ao mesmo a função de estimular e criar mecanismos para uma interação efetiva entre eles.

É importante ressaltar que a parca interação entre os setores que compõem a saúde municipal surge informalmente, uma vez que não são criados, pela secretaria de saúde do município, instrumentos formais que a estimulem. Tal fato é narrado pelo entrevistado E06 ao dizer que: “A ferramenta de trabalho se chama ‘zap’ (*whats’app*), então existe um grupo de ‘zap’, de enfermeiro com a gente, então há uma troca de informação”. No entanto, como ocorre o envolvimento de diversos setores na estrutura municipal da Rede de Atenção à Saúde (RAS), é necessário que a governança dessa rede ocorra no sentido de criar procedimentos institucionais que facilitem a comunicação e a integração entre os diversos atores e não de modo pontual, informal e atomizado (GRANJA, 2012).

Sobre a interação dos setores municipais que atuam diretamente na área da saúde com os demais setores da prefeitura, verificou-se que essa ocorre de forma mais efetiva. A partir do relato dos seis gestores municipais que atuam na área da saúde, identificou-se que existe um esforço por parte da gestão municipal de estimular a interação entre as secretarias, sendo, periodicamente, realizadas reuniões para a discussão das atividades desenvolvidas por cada uma delas; assim, todas tomam conhecimento das ações pretendidas, podendo alinhar e otimizar as ações e, principalmente, para que as possíveis colaborações possam ser firmadas. Nesse sentido, vale destacar o depoimento do entrevistado E06 sobre a interação das secretarias de governo do município estudado:

“Tem uma interação; isso o superintendente (de gestão e governança pública do município) procura fazer bem, no sentido de que todos os assuntos que interessam a todas as secretarias sejam colocados em pauta; todo mundo participa para entender... Para as outras secretarias entenderem o que se passa umas com as outras” (E06).

O entrevistado E09 explica que a interação entre as secretarias do município objeto de estudo tem ocorrido de forma efetiva em virtude de uma estratégia adotada pela gestão municipal que criou uma secretaria especial para cuidar das ações que envolvem a governança municipal, sendo a Superintendência de Gestão Pública e Governança. A principal ação adotada por essa secretaria-superintendência foi o estabelecimento de um Plano de Metas, que será discutido na categoria ‘Planejamento’, no qual cada secretaria municipal tem um conjunto de metas a serem cumpridas em um período de

quatro meses. Para o acompanhamento do cumprimento dessas metas, são realizadas reuniões mensais em que são discutidas as metas de cada secretaria, inclusive as metas da saúde. Pode-se verificar, então, uma percepção positiva por parte de alguns entrevistados a respeito da interação da secretaria de saúde com as demais secretarias de governo do município estudado, sendo essa a percepção do entrevistado E15, que diz: “Tem coisas que a gente precisa de outra secretária para atuar. A interação ocorre, eu percebo que isso realmente funciona”.

Dessa forma, percebe-se que, no que diz respeito à interação entre as diversas secretarias de governo do município em estudo, existe um regime de colaboração e interação instituído para que a execução da saúde ocorra, sendo esse formalmente estimulado pelo governo municipal, a partir do Plano de Metas municipais. No entanto, as demais secretarias de governo do município não possuem participação no processo de planejamento e de tomada de decisão referente à política municipal de saúde, atuando apenas no sentido de colaboração com a prestação do serviço de saúde.

Necessário se faz destacar que, para que a prestação de saúde ocorra, o município necessita, além da colaboração dos setores da própria estrutura organizacional, estabelecer parcerias com instituições que não fazem parte dessa estrutura, sendo essas: as empresas privadas, os órgãos do governo estadual e federal, as fundações e as organizações não governamentais. A NOB-96 prevê a possibilidade de que os estabelecimentos que participam do sistema municipal de saúde, SUS-municipal, não precisam ser, obrigatoriamente, de propriedade da prefeitura, da seguinte maneira:

“Ações, desenvolvidas pelas unidades estatais (próprias, estaduais ou federais) ou privadas (contratadas ou conveniadas, com prioridade para as entidades filantrópicas), têm que estar organizadas e coordenadas, de modo que o gestor municipal possa garantir à população o acesso aos serviços e a disponibilidade das ações e dos meios para o atendimento integral” (NOB-96).

O que significa dizer que a responsabilidade é do governo municipal, mas que a prestação de serviço pode ser realizada de forma terceirizada, cabendo nesses, casos, à prefeitura a responsabilidade de garantir e coordenar essa prestação. O município de Viçosa-MG estabelece parcerias com estabelecimentos privados para prestação de serviço de saúde, sendo as instituições de ensino superior e as instituições sem fins lucrativos parceiras na

prestação do serviço de saúde, sendo essas parcerias apresentadas na categoria 'Execução', subtópico 8.2.1.3.

Para que essas relações sejam estabelecidas, necessário se faz a disponibilidade do secretário municipal de saúde, como coordenador, de buscar essas parcerias e articular para que sejam estabelecidas de forma eficiente e eficaz. O entrevistado E06 relata um caso que exemplifica a necessidade de atuação do gestor municipal para que as parcerias sejam constantemente revistas e ajustadas, como segue:

“Essa parceria com a UFV e a UNIVIÇOSA era bem unilateral, a gente fornecia o campo, usavam o nosso campo, vinham com demandas e com projetos específicos, geravam uma demanda para a unidade e iam embora; essa lógica ela foi mudada para 2018: nenhuma universidade, ou nenhuma instituição, pode gerar uma demanda que o PSF não dê conta de atender” (E06).

O entrevistado E06, nesse caso específico, se refere à possibilidade de que as instituições universitárias sediadas no município prestem determinado serviço de saúde por um período, criando, assim, uma expectativa por parte dos usuários e uma demanda por aquele serviço específico; e que, depois, por algum motivo, o deixasse de prestar, o que poderia gerar uma dificuldade para a gestão municipal, caso a rede de saúde municipal não tivesse condições de atender tal demanda.

O que se percebe é que a maior parte da prestação de serviço de saúde realizada por terceiros, normalmente, ocorre a partir da contratação de instituições prestadoras de serviço. Os entrevistados listaram como prestadores de serviço os laboratórios de análises clínicas, os hospitais e as farmácias, dentre outros. Nos acordos feitos, as instituições parceiras podem se manifestar em relação às cláusulas do contrato firmado com o município, mas não exercem influência nas tomadas de decisões que envolvam a execução da política, como nota-se a partir da fala do entrevistado E05, quando se refere ao momento em os terceirizados possuem a oportunidade de se manifestarem:

“Nessa última contratualização, eu fiz o contrato; mandei para os dois hospitais e eles fizeram sugestões do que deveria mudar, mas é um querendo mais do que o outro. Então, assim, a decisão é da prefeitura, a gente pondera, modifica dentro do limite, mas a gente tem que ver o lado da população, porque eles têm uma rixa muito grande dos hospitais ali, é muito complicado mexer com eles” (E05).

De fato, verificou-se que os contratualizados atuam na política municipal de saúde na etapa da execução, como prestadores de serviço, e que não participam do processo de planejamento e da tomada de decisão. O que ocorre é que a atuação do governo municipal, ao contratar e determinar a forma de prestação de serviços por esses atores, visa o interesse coletivo; entretanto, os contratualizados possuem interesses específicos, tais como uma competição no momento da definição de qual instituição prestará determinado serviço de saúde, o que torna essa relação tensa; sendo necessário, então, um controle constante por parte do governo municipal.

Além da função de organizar e coordenar a rede municipal de saúde, uma prática de governança importante que cabe ao gestor municipal de saúde é a função de estabelecer relações de interações intergovernamentais nas quais o governo municipal articula com os outros entes da federação para que a cooperação entre eles se concretize. Espera-se que o gestor municipal de saúde busque alternativas para solucionar as demandas municipais; para tanto, ele pode se organizar para se inserir em programas nacionais ou estaduais já existentes ou criar mecanismos para que as demandas municipais específicas sejam atendidas. Ressalta-se que, para serem firmadas essas relações de cooperação, é necessário empenho e interesse do gestor, pois, como coloca o gestor municipal de saúde, entrevistado E11:

“Hoje, tudo se faz por pactuação; então, presença nossa no governo é um direito constitucional garantido; a gente tem que participar, se a gente não participar, a gente fica esquecido. Porque o recurso já está escasso, você tem que buscar, você tem que pegar o dado epidemiológico e mostrar. Eu tenho um projeto, se eu não for lá no estado e mostrar, eu tenho um plano diretor de 2012 que nunca foi executado, ninguém nunca cobrou, nós não temos muito. A (cidade) mais necessitada de serviço de urgência e emergência somos nós, e não tem mapa desenhado das ambulância, porque ninguém foi lá cobrar, ninguém foi ao ministério cobrar” (E11).

A partir desse relato, percebe-se que o município deve buscar, junto à União e ao estado, as condições para realizar as ações de saúde de que necessita, precisando, muitas vezes, articular para que a sua necessidade específica seja atendida em detrimento de outro município, conforme nota-se no exemplo dado pelo entrevistado E06:

“O secretário de saúde fez a requisição. Acho que ainda está na briga entre Viçosa e Manhuaçu, que são gestão plena; aí, quando decidir, decide entre os dois hospitais. É um programa já existente; Araponga tem Serviço de Assistência Médica e Urgência (SAMUR), cidade muito menor do que a nossa. Viçosa não tinha por falta de administração, por falta de ir atrás disso” (E06).

Dessa forma, verifica-se que ao gestor municipal de saúde cabe a iniciativa de buscar condições para que as ações de saúde oferecidas por meio de programas nacionais sejam implantadas no município, sendo importante a capacidade administrativa municipal no sentido de elaborar projetos que se adéquem a esses programas.

Entretanto, os gestores municipais de saúde encontram dificuldades em exercer essa função de articulação. Primeiramente, verificou-se que, o gestor municipal possui muitas funções, e que a rotina diária de procedimentos acaba por dificultar a busca de condições para as ações de saúde. Tal fato é notado no relato do entrevistado E11, quando ele aponta a necessidade do gestor municipal da saúde contar com a ajuda de um secretário adjunto para resolver as questões de rotina, para que o gestor pudesse se dedicar às articulações e às negociações. O entrevistado E17 também aponta essa dificuldade por parte do gestor municipal de saúde, como se vê:

“É muita coisa. Eu passei por aqui também (como secretário municipal de saúde) e vi que é penoso você trabalhar aqui, você trabalha por amor. Tinha dia que atendia cem pessoas, como ele também atende trinta, quarenta, cinquenta pessoas... Além das reuniões da GRS para gente tratar dos mesmos assuntos de 10 anos atrás. Então, tem reunião hoje, você tem que ir; se você não for, é deselegante, Fulano de tal foi, nós também chefes e coordenadores também temos que participar de reuniões; muitas vezes a gente tem compromisso aqui em Viçosa e temos que ir para Ponte Nova (GRS)”. (E17)

Outro obstáculo encontrado pelos gestores municipais de saúde refere-se às questões político-partidárias, sendo essa relatada por quatro entrevistados entre os cinco que já ocuparam o cargo de gestor municipal de saúde. Pierre e Peter (2000) consideram que sempre existem questões políticas em todas as áreas. Assim, como já se espera, as relações políticas influenciam as relações de cooperação entre os entes; entretanto, cabe ao gestor municipal, como coordenador da política municipal de saúde, identificar meios para superar os interesses políticos divergentes. O entrevistado E 11 cita

um exemplo de conflito político-partidário e os meios utilizados para superar esse conflito, como segue:

“A Macro Leste-Sul, que é Manhuaçu, Ponte Nova e Viçosa (municípios- polo), deveria ter dois centros com especialidade visual; temos um na micro de Ponte Nova. O estado vem com dificuldade financeira, são dois que estavam previstos; então, nós pactuamos a micro de Viçosa, e agora vai para a CIB estadual que é a câmara técnica semana que vem, que é lá que nós vamos ter o diálogo para vermos onde realmente vai ser, se é Viçosa ou se vai ser Manhuaçu; eu creio que vai ser Viçosa porque aqui tem 51% da população beneficiada, mas como aqui não é alinhado com a política estadual pode ser que o estado queira barrar; a questão política conta, como eu não espero a política resolver, eu já cadastrei a proposta no Ministério da Saúde, eu estou pulando etapa; então; assim, o estado pode querer me barrar, mas perante o Ministério eu já estou com a proposta cadastrada; já estou com o numero de proposta registrada no sistema, que é o contato direto com o ministério; essas são estratégias para fugir das questões político-partidárias; eu ando na parte técnica, vou adiantando. Eu tenho uma resolução que é a fundamentação da CIR que tem todo o modelo de como funciona o CIR: é o regimento da CIR MG. Essa deliberação fala tudo. (...) E quando não há consenso e vai para a câmara técnica do estado, que é onde eles estão tentando levar na política, eu já estou estudando e levo na parte técnica” (E11).

O que o entrevistado E11 relata é que, para superar as diferenças político-partidárias com o governo estadual, necessária se faz a articulação com a sua base política, mantendo contato com os deputados aliados, e, concomitantemente, se munir com argumentos técnicos bem embasados. Esse entendimento reflete, na prática, a compreensão de Diniz (1997) de que o governo municipal precisa possuir capacidade de negociação, além de comprometimento e preparo do seu gestor para lidar com os conflitos políticos. O relato do entrevistado E09 também ocorre nesse sentido, e diz o seguinte:

“Aí, é feito um manifesto na regional de saúde, que é em Ponte Nova. Faz todo esse movimento via Secretaria de Estado de Saúde, e também há um manifesto nosso no Ministério da Saúde. Então, nós vamos nos cercando, vamos manifestando, procurando as nossas bases políticas; são os nossos deputados. Então, é lógico que existe um protocolo, um local específico onde é feita toda essa adesão; porém; nos utilizamos de força política e de todos os instrumentos necessários para que venha se instalar esses programas de governo; nesse caso, mais um serviço público para atender à sociedade. Na realidade, em tudo existe um viés político e um viés técnico; então, o que é o técnico, por exemplo, cidade que tem número X de habitantes, pode pleitear o CAPS AD (programa nacional), ou então pode pleitear esse e esse serviço; então, Viçosa tem que atingir esses dados do IBGE”. (E09)

O conhecimento e embasamento técnico por parte do coordenador municipal de saúde são importantes nesse momento de articulação com os outros entes da federação. Entretanto, além desses atributos, nas negociações que envolvem as relações de cooperação, o que se nota é que as articulações políticas são marcantes. O gestor municipal precisa articular com parlamentares estaduais e federais, tanto para ajudar na viabilização de algum programa nacional ou estadual, quanto para atender a uma demanda específica do município a partir de emendas parlamentares, sendo esse ponto discutido posteriormente na dimensão 'Demandas Municipais'.

O entrevistado E07 ressalta que esses projetos viabilizados por meio de emendas parlamentares não são discutidos e intermediados pela Superintendência Regional de Saúde de Ponte Nova (GRS), sendo dada a essa apenas a ciência. Nas palavras do entrevistado E07: "A questão política é que manda aí. Então, às vezes, o governo (municipal) quer fazer alguma questão específica para Viçosa e não tem recurso; com recurso próprio não vai ter. Aí, vai atrás dos deputados. Aí, é a política".

Essa questão política também pode ser verificada na relação entre a gestão municipal de saúde e o poder legislativo municipal. Identificou-se, a partir dos relatos dos entrevistados, que a secretaria de saúde do município estudado possui pouca interação com a Câmara Municipal de Vereadores, como se nota na fala do entrevistado E05: "As informações são muito oficiais, feitas através de ofícios, demandas para esclarecimentos, principalmente as demandas para a secretaria de saúde". Ocorre que, mesmo nos momentos em que um membro do poder legislativo atua na política municipal de saúde, essa atuação é individualizada, marcada por interesses políticos, pois, conforme relata o presidente da comissão de saúde do poder legislativo municipal, entrevistado E03:

"Tem muitos procedimentos que é por cota e que tem uma fila de espera, mas essa fila, muitas vezes, não tem uma sequência, porque, aí vem o lado político... Porque, muitas vezes, o gestor dá liberdade até o mesmo aos vereadores de levar as pessoas lá e atender ao pedido do vereador, e não preocupa se tem fila, se tem um outro lá com mais necessidade do que aquele que o agente político está encaminhando. Então, isso, as vezes, trava famílias que não têm a mesma liberdade e conhecimento político quanto eles; então, isso, as vezes, atrapalha. Eu não vejo isso com bons olhos não. E eles atendem lá porque sabem que precisam do vereador aqui para aprovar alguma coisa, e gosta mesmo de agradar o vereador, para ganhar um elogio... Então, tem toda essa questão política" (E03).

A partir desses relatos, verifica-se que a Câmara Municipal de Viçosa interage com a secretaria de saúde do município de duas formas. Uma, para atender as questões burocráticas, na qual a câmara atua como fiscalizadora do governo municipal, sendo realizada a prestação de contas por parte da secretaria; tal atuação é discutida na categoria '*Accountability*'. A segunda forma de interação seria no atendimento a alguma demanda de saúde individual, em que o vereador busca uma solução para um cidadão específico que o procurou para que o atendimento de saúde seja agilizado, podendo-se inferir que essa atuação é marcada por caráter clientelista, em que os vereadores utilizam a máquina pública de modo clientelista, prática política característica do Brasil, com anuência do executivo municipal. Não tendo sido identificado um relacionamento de colaboração para que as demandas de saúde municipal coletivas fossem viabilizadas. Dessa forma, verifica-se que o poder legislativo atua apenas de forma protocolar no momento de prestação de contas.

Outro ponto importante a ser abordado sobre a coordenação da política de saúde é que a mesma é marcada pela descontinuidade política-administrativa, uma vez que, a cada gestão municipal, nomeia-se outro secretário de saúde, e que o novo pode não dar continuidade à política anterior. No caso específico do município estudado, a gestão municipal de saúde foi modificada três vezes em dois anos. A descontinuidade político-administrativa, que ocorre quando é trocado o gestor e esse modifica a política e práticas de gestão, pode prejudicar a política de saúde municipal, pois as ações a serem desenvolvidas pela coordenação da política, tais como, buscar o estabelecimento de parcerias, negociar com os outros entes da federação e com as empresas prestadoras de serviço, desenvolver medidas que propiciem as articulações e interações entre os departamentos/unidades de saúde, não evoluem e estão sempre recomeçando.

O que se pode concluir sobre a participação dos atores não governamentais, na coordenação municipal da política de saúde do município estudado, é que, embora sejam representados no conselho de saúde e que atuem como prestadores de serviço, eles não se envolvem nas discussões e tomadas de decisão. Constata-se, pois, que a falta de envolvimento efetivo dos

atores não governamentais nas políticas públicas prejudica as políticas de longo prazo, com repercussões sobre a eficiência e a efetividade das políticas implantadas, pois os efeitos da descontinuidade político-administrativa podem ser ainda maiores (FARAH, 2001, p. 142).

Sobre a participação dos atores não governamentais na gestão da saúde do município, vale destacar o que diz o entrevistado E14, que é membro do conselho municipal de saúde do município, como representante das instituições parceiras prestadoras de serviço:

“A gestão não é compartilhada. Ih! A gente está muito distante disso, muito distante. E eu não sei se a gente dá conta disso, pelo menos nesse momento; você não tem nem uma rede integrada, você vai compartilhar o quê? Com quem? Para mim, está tudo ainda muito vultoso sabe? E, assim, eu sinto que Viçosa precisa avançar muito em termos de políticas públicas; quando a gente tenta se aproximar... A gente faz um movimento nessa direção... A gente (parceiros) tem que recuar, porque existe uma resistência para a nossa atuação; agora, existe uma abertura para gente prestar serviço no município, porque aí a gente agrega, em termos de corpo mesmo, de recursos humanos, de qualificação de mão-de-obra... Mas, mudança... Avanço... Eu não sei. Eu oro, porque assim, a gente tem que acreditar que essa mudança vem”. (E14)

O entrevistado E14 expõe, em seu depoimento, as resistências, frente à administração pública municipal, que as instituições parceiras encontram nos momentos em que propõe uma determinada ação de saúde. Como exemplo dessa resistência cita a situação em que representantes de umas das instituições universitárias parceiras propuseram uma ação que envolvia visitas domiciliares aos pacientes para a realização de procedimentos de saúde, e a gestão municipal, segundo os entrevistados, se posicionou de forma contrária, com o argumento de que existia nessa proposta uma intenção político-partidária que contrariava a sua ideologia política. Tal exemplo aponta a resistência que a administração pública do município possui de incorporar os atores não governamentais na definição das ações da política de saúde a serem realizadas quando o objetivo das parcerias firmadas deveria ocorrer no sentido de viabilizar a prestação do serviço de saúde no município.

Diante do exposto, nota-se que a coordenação municipal é exercida pelo gestor municipal de saúde, como determinado pelas normas legais, e a ele cabe a gestão da política de saúde e a articulação com os demais atores para

viabilizar as ações induzidas pelo governo federal, o que leva à compreensão de que a política de saúde do município deve trabalhar com um modelo de governança em rede. Entretanto, há uma sobrecarga de funções do gestor municipal de saúde, pois, além, de trabalhar com a gestão da política, que ocorre internamente no âmbito da secretaria de saúde municipal, ele tem que comandar e articular todas as unidades de saúde, e isso extrapola para os outros municípios da região, considerando que Viçosa é o município polo, além da incumbência de articular com os outros entes da federação, como esperado diante de um contexto de coordenação federativa. Essa sobrecarga de atribuições pode fazer com que o governo municipal não consiga viabilizar essa governança em rede. O fato do gestor municipal de saúde ter apontado a necessidade de um secretário adjunto, sinaliza para a situação em que são atribuídos ao gestor da área dois papéis, de político e de burocrata, e que ele encontra dificuldades em exercê-los. Então, a solução apontada é que sejam repensadas as atribuições do gestor municipal de saúde, que seja repensado o organograma da secretaria de saúde do município estudado para que a gestão municipal possa dar conta de viabilizar as propostas da coordenação federativa de saúde de modo efetivo e esperado.

O que ocorre é que a coordenação municipal da política de saúde é realizada pelo gestor municipal de saúde, possuindo esse, posição dominante no processo de implementação dos serviços de saúde, e, que os demais atores não participam do processo de tomada de decisão da política municipal de saúde, mas que atuam na etapa da execução. Dessa forma, pode-se verificar que a capacidade de gestão da política de saúde do município estudado está associada à segunda perspectiva, apontada por Pires e Gomide (2015), que se baseia na concepção de que as funções do Estado são modificadas a partir das ideias de governança; porém, os autores não entendem que necessariamente ocorrerá a diminuição da capacidade estatal, sendo verificada uma mudança na forma da gestão, mas não a perda da centralidade ou relevância do Estado; no caso estudado é possível perceber certa mudança na forma de gestão, uma vez que ocorreu a inserção de atores não governamentais; entretanto, a gestão municipal não perdeu a centralidade ou a relevância.

8.2.1.2 Planejamento

A subcategoria 'Planejamento' tem como objetivo analisar a etapa do desenvolvimento da política municipal de saúde que determina as ações de saúde a serem desenvolvidas no município, estabelecendo prioridades e diretrizes para a execução da política de saúde.

Segundo Silva (2005), o conhecimento dos recursos disponíveis à política de saúde municipal é essencial; dessa forma, ao analisar o conjunto normativo brasileiro, identifica-se que os recursos destinados à saúde são compostos por uma parcela de recursos próprios e por outra de recursos advindos de transferências estaduais e federais. Sobre os recursos que têm origem nas transferências estaduais e federais, o que se observa, como já discutido anteriormente, é que são condicionados à adesão aos programas desenvolvidos pelos entes supranacionais. Os recursos próprios são compostos pela arrecadação tributária municipal e pelas transferências constitucionais. Como a União detém o poder de comando da política de saúde, e, para tanto, utiliza os repasses para garantir que suas diretrizes sejam executadas pelo município, ela acaba direcionando as ações municipais e vinculando os recursos, repassados aos municípios, a essas diretrizes. Dessa forma, para que o município consiga desenvolver as ações que atendam as suas demandas municipais de saúde específicas, é necessária a utilização de recursos próprios.

Entretanto, como afirma o entrevistado E07: "O montante de recurso próprio não é suficiente" para atender as demandas de saúde do município. Além disso, verificou-se, a partir dos relatos dos entrevistados, que a destinação dos recursos próprios municipais também sofre influência do comando exercido pela União, sendo, indiretamente, influenciada pelas diretrizes nacionais. Como discutido na categoria 'Autonomia', o município adere aos programas nacionais por dois motivos: atendimento das necessidades de saúde dos cidadãos e pela necessidade de receber os recursos advindos das transferências condicionadas; entretanto, muitas vezes, os recursos repassados aos municípios vinculados aos programas nacionais não são suficientes para a manutenção dos mesmos, tendo o município que direcionar parte dos recursos próprios para garantir a manutenção do

programas nacionais. O entrevistado E20, para explicar tal situação, relatou o exemplo a seguir:

“Por exemplo, (o programa) a Academia de Saúde é um presente de grego, porque hoje ele manda um recurso para você construir... Você constrói, contrata a empresa para construir... Só que, por traz disso, tem o profissional que você tem que pagar, tem a conta de água, de luz, de telefone... Essa manutenção fica por conta do município. Eles mandam o recurso para você construir, mas o restante você é que faz. A maioria. Esses programas que são criados, a gente precisa contratar pessoal, aí quando você chega na prefeitura, você não tem teto orçamentário para folha de pagamento, porque a folha já está no limite. Aí, você tem que criar leis, pedir aumento da dotação orçamentária, porque o município acaba tendo que absorver isso” (E20).

Da mesma forma, o entrevistado E13 considera que:

“A gente tem hoje setores que foram implantados pelo governo federal e com toda essa crise que o Brasil está enfrentando, o município teve que segurar sim a situação em questão de suporte financeiro, sem ter dinheiro em caixa, de repasse; aconteceu... Inclusive isso foi matéria... Estão (gestão municipal) pisando em ovos para aderir a um programa porque ele não tem certeza se vai ser mantido aquele termo de cooperação ao longo do tempo; então, de repente o município dá um aceite em qualquer tipo de programa que é ofertado hoje, mas dentro de um ano pode realmente parar; aí, o que acontece: a questão de funcionários, não é só a questão de estar arcando com os insumos e com a questão de pagamento de funcionários. Assim, aconteceu do município ter essa fragilidade no repasse... A prefeitura segurou as pontas... Se virou nos trinta mesmo para resolver, para segurar realmente” (E13).

Ocorre que, o recurso próprio do município já é escasso para atender as demandas de saúde municipais específicas, e com o comprometimento desse recurso com os programas nacionais, diminui, ainda mais, a possibilidade do município destinar livremente os recursos próprios para as suas especificidades. Ressalta-se que, no que diz respeito às receitas próprias, o município de Viçosa – MG tem destinado para a saúde, nos últimos anos, mais do que o limite mínimo estabelecido pela Emenda Constitucional n. 29, que garante a destinação de, pelo menos, 15% dos recursos próprios municipais para a saúde, conforme Tabela 2, que apresenta o percentual de recursos próprios do município de Viçosa-MG gastos com a saúde no período de 2014-2017.

Tabela 02: Aplicação de recursos orçamentários em saúde pela PMV, período de 2014 a 2017

	ANO			
	2014	2015	2016	2017

% da Receita Municipal aplicado em saúde	15,62%	19,23%	17,80%	20,50
--	--------	--------	--------	-------

Fonte: SIOPS/FMS/SMS (2018)

Ante esse cenário orçamentário, em que o município destina mais recursos para a execução da saúde do que determinado em lei, mas que esses limitados no que diz respeito ao montante, e que ainda são influenciados, mesmo que indiretamente, pelo comando nacional, é necessário que o planejamento municipal da saúde seja realizado de forma a definir como esses recursos serão destinados e quais ações serão realizadas para que a política de saúde seja efetiva, e, mais, para que a governança municipal consiga atender as suas demandas de saúde específicas. Diante disso, necessário se faz entender como ocorre o processo de planejamento municipal da saúde no município de Viçosa-MG.

O planejamento da saúde do município é desenvolvido por meio de planos: o Plano de Metas, o Plano Anual e o Plano Municipal de Saúde. O Plano de Metas é uma exigência da gestão municipal que determinou que todas as secretarias do município devem apresentar um plano de metas a serem cumpridas a cada quatro meses, indicando as ações que serão realizadas, o quantitativo de atividades e o resultado pretendido com a ação. Além do plano de metas quadrimestral, a secretaria de saúde do município elabora o plano anual, em que são estabelecidas as prioridades de saúde para o período de um ano, definindo as ações que serão realizadas. Os planos anuais devem ser elaborados a partir do Plano Municipal de Saúde (plano plurianual), que define a política de saúde municipal para o período de quatro anos.

O Plano Anual deve ser apresentado tanto para a gestão municipal, quanto para o governo estadual e federal. Os governos estaduais e federal, a partir de suas diretrizes, apontam os indicadores que devem compor o Plano Anual dos municípios. O que se observou é que, na prática, a secretaria de saúde do município condensou as exigências dos governos estaduais e federal em um único plano, e que o apresenta para as três esferas governamentais: municipal, estadual e federal. Dessa forma, em mais um momento, o governo estadual e o federal acabam por influenciar o planejamento municipal, mesmo que de forma indireta, uma vez que os municípios assumem as metas

estabelecidas pelos entes supranacionais e direcionam suas ações para o cumprimento desses objetivos, o que reafirma os apontamentos de Arretche (2004), quando diz que o governo federal possui recursos institucionais suficientes para influenciar as escolhas dos governos municipais e para afetar o planejamento dos municípios. Ocorre que não se observou, na pesquisa, um esforço por parte da gestão municipal da saúde para o estabelecimento de ações e metas que correspondam às demandas de saúde específicas do município.

A partir da observação não participante e dos relatos das entrevistas, observou-se que a elaboração do planejamento da saúde no município estudado tem sido realizada da seguinte forma: cada setor da secretaria municipal de saúde determina os serviços que serão realizados; para tanto, os funcionários dos departamentos indicam, para o coordenador ou para o chefe, a ação a ser realizada e a quantidade; criam, dessa forma, as suas próprias metas, uma vez que estabelecem o quê, como e a quantidade de serviço de saúde a ser executado. Os chefes e coordenadores dos departamentos e programas repassam as ações e metas a serem executadas para o departamento administrativo-financeiro, que condensa todas as ações e metas recebidas em um único documento; dessa forma, surge, então, o Plano de Metas quadrimestrais, que é encaminhado para a gestão municipal; e os Planos Anual e Plano Municipal, que são encaminhados para apreciação do conselho municipal de saúde, e, posteriormente, para a gestão municipal e para os governos estadual e federal.

A partir da descrição do procedimento para a elaboração dos planos, pode ser verificado que não existe um momento compartilhado entre os funcionários, coordenadores, chefes de departamentos e gestão municipal para reflexões, discussões e elaboração do planejamento de ações específicas para o município. Sobre esse momento de compartilhamento para a elaboração do planejamento municipal de saúde, é interessante notar a falta de uniformização dos relatos dos entrevistados, pois, cinco disseram que se reúnem para a elaboração do planejamento. Vinte entrevistados descreveram exatamente o procedimento apresentado anteriormente e não consideraram a existência de um momento compartilhado para discussão e elaboração do planejamento da saúde. Questionado sobre a existência de um momento em que todos os

chefes e coordenadores se reúnem para refletir, planejar e identificar formas de melhorar as ações, o entrevistado E02 foi enfático ao responder: “Não. O que acontece aqui na secretaria de saúde. Desde que eu estou aqui, não aconteceu isso não”. O entrevistado E02 relata os momentos em que participa junto com a gestão municipal de saúde de alguma tomada de decisão da seguinte forma:

“Eu sou chamado para conversar só sobre minha parte; eu sou chamada para o planejamento nas questões do meu setor. Na questão do planejamento da saúde, o meu só se for questão do setor, sou chamada pontualmente para resolver... Sou chamada quando eu tenho que comprar medicamento, quando tem alguma demanda judicial e vai fazer a compra. Eu sou chamada para alguma questão, para tomar decisão de alguma coisa daquele momento, e não para planejar. Às vezes, chega alguma demanda e não sabe como vai proceder. Aí chama” (E02).

Conclui-se, pois, que, a partir dos relatos dos entrevistados e da observação realizada na secretaria, é que, apesar do discurso, por parte de alguns participantes da pesquisa, de que os funcionários se reúnem para a elaboração do planejamento, o que ocorre, de fato, são reuniões que têm como objetivo discutir as metas, já direcionadas para o cumprimento dos indicadores municipais, estaduais e federais; e que, geralmente, os planos são realizados a partir da repetição dos dados históricos.

Para Neskova (2014), o processo de planejamento pode ser caracterizado como centralizado ou não, na medida em que é definido de forma *top down* e na medida em que o poder é distribuído entre os participantes do processo. No presente estudo, não foi identificado um momento compartilhado entre os funcionários e a gestão municipal de saúde para discussão e reflexão sobre as prioridades, as ações e os rumos da política de saúde no município; e sim que, como declarou o entrevistado E11: “A definição de prioridades é realizada pelo secretário, (planejamento) do município. Aí, é o gestor mesmo, o secretário”. Tal constatação permite a conclusão de que o planejamento da saúde do município é marcado pela centralização.

Observou-se, também, que como consequência da falta do planejamento reflexivo, os gestores da saúde do município são constantemente surpreendidos por situações-problemas, que demandam esforços para resolver e que diminuem, ainda mais, as possibilidades de desenvolvimento de um planejamento efetivo, uma vez que os esforços são direcionados para a

solução dos problemas, desenvolvendo-se, dessa forma, um círculo vicioso, sendo essa situação relatada pelo entrevistado E05, como segue:

“Eu ainda não tenho, não sentei para fazer o planejamento... Esses meses foram muito assim, o sensorial, o que precisa fazer imediatamente. Nós estamos trabalhando com as necessidades; agora mesmo eu estou trabalhando com a resposta que tem que ser dada para a promotoria, coisa urgente que chegou, tentando achar um tempo para lançar projetos no ministério da saúde que é até depois de amanhã (refere-se ao momento de realização da pesquisa empírica), então é aquela correria. Por enquanto, a gente não está com planejamento”(E05).

Interessante notar que, a partir da análise documental do Plano Municipal de Saúde referente ao período de 2014-2017, observa-se que o governo municipal possui compreensão de que o planejamento da saúde municipal não tem sido realizado de forma efetiva, uma vez que coloca de forma objetiva, na página 104 do documento, que o gerenciamento da secretaria de saúde de Viçosa-MG ocorre sem planejamento, e que seu papel tem sido o de “apagar incêndios” e de “fazer a máquina funcionar”; o documento traz expressamente ainda que, diante da necessidade constante de planejamento das ações pertinentes, reúnem-se, de forma improvisada, o gestor municipal da saúde e os chefes dos seis departamentos, com o intuito de cumprirem suas obrigações legais, e que a secretaria municipal de saúde de Viçosa não possui um setor de planejamento.

A Constituição Federal de 1988 e as Leis Orgânicas da Saúde, Lei n. 8080/90 e Lei n. 8142/90, garantiram a participação social na gestão das ações de saúde. A Lei 8142/90 estabelece duas formas de participação da população na gestão do SUS: as Conferências e os Conselhos de Saúde. A partir desses mecanismos, é que a sociedade possui a oportunidade de participar e exercer o controle social das ações de saúde. Sobre a participação social na fase de planejamento municipal da política de saúde, identificou-se que, no município estudado, a mesma pode ocorrer por meio de três mecanismos: conselho municipal de saúde, conferências municipais de saúde e ouvidoria.

O Conselho Municipal de Saúde do município de Viçosa, criado pela Lei municipal n. 815 de 27 de setembro de 1991, é composto de 28 (vinte e oito) membros, sendo que a cada titular corresponde um (01) suplente, apresentando a seguinte constituição: quatorze (14) representantes de entidades de usuários do Sistema Único de Saúde – SUS; sete (7)

representantes dos trabalhadores de saúde e sete (7) representantes de governo, de prestadores de serviços privados conveniados, ou sem fins lucrativos. Sobre a atuação do conselho no planejamento municipal de saúde, conforme mencionado na descrição dos procedimentos de elaboração dos planos pelo município, identificou-se que as propostas dos planos anuais e do plano plurianual são apreciadas pelo Conselho Municipal de Saúde. Na prática, verificou-se que o departamento administrativo financeiro elabora o documento condensando todas as metas e ações a serem realizadas pelos departamentos da secretaria municipal de saúde, e que esse documento é encaminhado para o conselho para apreciação. Sendo o plano aprovado, são estabelecidas as pactuações, a partir das quais o município passa ter a obrigação de cumprir com a meta pactuada. Geralmente, o conselho elege uma comissão própria para a realização de um estudo mais profundo do plano apresentado pela secretaria, e o que se observou, foi que essa comissão trabalha efetivamente junto à secretaria, realizando questionamentos e sugestões, principalmente no que diz respeito às metas estabelecidas.

Entretanto, necessário se faz entender que o conselho pode deliberar determinada ação, mas que, ainda assim, fica limitado à ação da gestão municipal; e que o conselho possui o poder de recusar o planejamento apresentado, porém, na prática, esse poder se torna restrito. Tais limitações do conselho são relatadas pelo entrevistado E12, da seguinte maneira:

“Ele (Conselho Municipal de Saúde) pode deliberar uma realização, mas nós ficamos meio reféns da decisão da administração. Agora o que pode acontecer amanhã é uma retaliação do conselho com relação à administração do município: ‘olha, vocês não aceitaram a nossa deliberação’. A retaliação é, de certa forma, não aprovar certas coisas que a administração manda, mas aí o que acontece, quem vai ser prejudicado nisso? A mais prejudicada é a população... Eu diria que a força maior é da administração. Eu diria que o conselho opina, delibera, mas nós ficamos ainda muito reféns da administração” (E12).

Neste sentido, verificou-se que as sugestões e deliberações realizadas pelo Conselho Municipal de Saúde, no momento da apreciação dos planos, são, na maioria das vezes, no sentido de fixação das metas, modificando-as em termos quantitativos ou confirmando-as.

Além dessa atuação do Conselho Municipal de Saúde no planejamento por meio das deliberações e apreciações dos planos propostos pela gestão

municipal, o conselho possui, ainda, o potencial de participar do planejamento por meio da realização das conferências municipais de saúde e da emissão dos seus relatórios para a gestão municipal. A conferência municipal de saúde é um mecanismo de participação social que proporciona à sociedade participação na fase de construção e elaboração do planejamento municipal, conseqüentemente, na definição da política de saúde municipal.

A partir da técnica de observação não participante e do depoimento do entrevistado E11, pode-se entender como ocorrem as conferências municipais de saúde: preliminarmente, o conselho divulga a realização da conferência e convida toda a sociedade a participar; vale ressaltar que a conferência é um espaço aberto, em que todos têm não somente espaço para participar, que seria possibilidade de voz, como ocorre nas reuniões do conselho, mas, também, a possibilidade de voto, sendo, então, um espaço deliberativo da sociedade. No primeiro momento da realização da conferência, são realizadas apresentações de palestras que versam sobre os quatro eixos de discussão propostos pelo governo federal; geralmente, as palestras são proferidas por professores das instituições universitárias do município e por representantes da GRS, que apresentam os temas, tratando das dificuldades e das ações procedimentais da execução da política de saúde. Em um segundo momento, que o entrevistado E11 denomina como plenária, ocorrem as discussões em grupos temáticos, em que todo o público participante da conferência é dividido em quatro grupos temáticos (um para cada eixo), e, a partir dessas discussões, são elaboradas as propostas para cada eixo; então, os relatórios de cada grupo temático são condensados em um relatório único, sendo esse da conferência municipal de saúde. Esse documento é, então, encaminhado para apreciação nas conferências estaduais e nacionais, que também geram relatórios que vão compor a política nacional de saúde.

Diante do entendimento de como ocorre a conferência de saúde, é possível compreender que, além da conferência ser uma possibilidade do município fazer chegar ao estado e à União as suas demandas municipais de saúde e de ser, então, a base da política de saúde, conforme discutido na categoria 'Coordenação Federativa', subtópico 8.1.1; é, também, um momento muito importante para o próprio planejamento municipal, uma vez que potencializa a participação social nesse procedimento e apresenta, para a

gestão municipal de saúde, um relatório em que aponta as demandas de saúde municipais específicas. Ou seja, a gestão municipal de saúde deve compreender que a conferência municipal não é apenas um espaço para o município identificar as demandas a serem encaminhadas para o âmbito estadual e municipal, mas, também, um espaço para refletir as demandas específicas do município e considerá-las numa perspectiva de governança da própria saúde municipal. Por mais que as demandas de saúde específicas do município levantadas pelas conferências possam orientar as políticas públicas em âmbito nacional, a gestão municipal de saúde deve considerar a potência dessas demandas que surgiram e que, na íntegra, refletem a singular realidade do município, devendo, então, serem consideradas no momento da elaboração do planejamento da saúde do município. Nesse sentido, o entrevistado E14 entende que:

“Na realidade, o (as diretrizes) que vem de cima, a forma como isso é incorporado e operacionalizado vai depender do que a gente está falando; então, ele não vai chegar. O constructo que sai daqui não vai chegar na íntegra lá (no ministério da saúde), mas o que está na íntegra aqui, tem que ser considerado. Aquilo que de alguma forma nos orienta, o que vem de lá de cima é o orientador, mas aqui é o lugar” (E14).

Entretanto, o que se observa na prática, a partir da observação não participante e dos relatos dos entrevistados, é que os relatórios gerados no âmbito das conferências municipais de saúde e as discussões que lá são realizadas não são valorizados no momento da elaboração do planejamento municipal de saúde, não estando vinculados à gestão municipal de saúde. Então, o que se observa é que a conferência se torna um espaço carente de sentido, pois se o município possui esse espaço, a gestão municipal deveria valorizá-lo como possibilidade de inserção da sociedade na governança, e de considerá-lo no planejamento da política municipal de saúde; porém, isso de fato não acontece.

A partir da análise dos relatórios das conferências de saúde realizadas no município de Viçosa-MG, notou-se uma incompatibilidade entre os momentos em que são realizadas as conferências e os Planos Plurianuais de Saúde. A última conferência em saúde municipal foi realizada em 2015, entretanto, o Plano Plurianual 2014 – 2017, já tinha sido elaborado e o Plano Plurianual 2018 – 2022 ainda não estava sendo desenvolvido, o que sinaliza

para o fato de que a conferência tenha ocorrido em um momento que não favoreceu o reconhecimento das questões apontadas em seu relatório por parte da gestão municipal. Vale ressaltar que o regimento interno do conselho municipal de saúde de Viçosa-MG (RESOLUÇÃO CMS, n. 002/2008 e n. 005/2010) prevê que a conferência municipal de saúde poderá ser convocada pelo conselho a cada dois anos, porém o prazo determinado pelo Ministério da Saúde é a cada quatro anos. Notou-se também que algumas questões apontadas pelo relatório da conferência municipal de saúde de 2015 ainda não tiveram a devida atenção por parte da administração municipal, tais como, o estabelecimento de fluxos e contrafluxos da rede de saúde municipal.

Ao realizar a análise comparativa entre o relatório da conferência municipal de saúde realizada em 2011 e o Plano Municipal de Saúde, verificou-se que várias propostas realizadas pela conferência não foram contempladas pelo Plano, sendo elas compatíveis com as necessidades apontadas pelos entrevistados, tais como: o incentivo à participação em programas e projetos de educação permanente e o desenvolvimento de atividades que favoreçam o empoderamento da população sobre o SUS e suas ações, de modo a contribuir para o fortalecimento da política, dentre outras.

O que se observa é que o principal motivo para que esses relatórios não sejam considerados no planejamento é a falta de reconhecimento da sua importância pelos gestores municipais. Dos seis entrevistados que já ocuparam o cargo de gestores municipais de saúde, apenas dois citaram a conferência como um importante espaço para o levantamento das demandas municipais de saúde e, conseqüentemente, para o planejamento municipal. Apesar do discurso desses dois gestores no sentido da importância, o que se verificou é que, de fato, o resultado das conferências não está vinculado ao planejamento municipal, e que eles não o reconhecem, de fato, como importantes. Tal entendimento é verificado no depoimento do entrevistado E11, sendo esse um dos gestores do município que, em um primeiro momento, em seu discurso, considera a importância da conferência; porém, no momento seguinte, relata que o Conselho Municipal de Saúde sinalizou que não realizaria a conferência municipal de saúde em 2017 e que ele se manifestou da seguinte forma:

“Então, foi realizada há dois anos atrás a nossa conferência aqui em Viçosa; ou seja, deveria ter uma conferência agora como plenária e

instigar uma política nova, porém a que foi feita há dois anos não cumpriu nada, então o conselho aqui optou por não realizar a conferência. Aí, eu falei: olha o conselho é que define, eu só preciso que conste em ata que o conselho deliberou manter a conferência de dois anos atrás” (E11).

O entrevistado E11, gestor municipal de saúde, sendo, então, um dos membros do conselho, e que, em seu discurso, demonstra valorizar as conferências, na verdade, não demonstrou, na situação citada, interesse pela realização da conferência municipal de saúde, e tão pouco incentivou a realização da mesma, o que sinaliza o seu real posicionamento em relação a essa questão. Um fato interessante a ser notado durante a observação não participante, que corrobora a falta de valorização das conferências pelos gestores municipais, é que, na ocasião da realização da conferência municipal de saúde, o gestor do município não compareceu ao evento e o gestor municipal de saúde participou apenas do momento de abertura. Tal fato, por si só, reflete a falta de reconhecimento efetivo dessa importância por parte dos gestores municipais. Sobre o envolvimento dos gestores municipais nas conferências de saúde, vale reproduzir a fala do entrevistado E14, que o considera: “Péssimo. Para mim é protocolar. O fato de eles não considerarem as questões levantadas pela conferência no momento do planejamento, isso para mim já define. Esse lugar que ele assume é o reflexo, porque a conferência é pontual”. Essa falta de valorização das conferências municipais de saúde por parte dos gestores municipais reafirma as ideias de Neshkova (2014) que acredita que muitos gestores públicos são insensíveis à inclusão dos cidadãos nos processos de governança, e, conseqüentemente, insensíveis às suas manifestações.

A realização das conferências é também considerada protocolar pelo entrevistado E12, presidente do Conselho Municipal de Saúde, que já ocupou o cargo de gestor da saúde municipal, que cita um exemplo da falta de reconhecimento dos resultados das conferências no planejamento municipal, como segue:

“Desde que eu fui secretário, de 2005 a 2007, o que aconteceu: nós tivemos uma conferência em 2005 e outra em 2007; nós deliberamos algumas coisas em 2005, e, por incrível que pareça, tem coisa que foi deliberada em 2005 que já estava no relatório da conferência desde 1991, quando foi a primeira conferência municipal de saúde; aquilo foi colocado e o secretário não tomava atitude. A conferência pode

deliberar uma realização, mas nós ficamos meio reféns da decisão da administração” (E12).

A falta de utilização dos relatórios das conferências municipais de saúde por parte da gestão municipal no procedimento do planejamento corrobora o entendimento de que falta um planejamento de saúde efetivo no município estudado. De fato, as deliberações das conferências não são utilizadas como base para os planos anuais e plurianuais. Cabe ao Conselho Municipal de Saúde exercer a cobrança de que as deliberações das conferências sejam vinculadas e incorporadas pela gestão municipal, como se pode concluir a partir do relato E12, que afirma que o conselho está mais atento a isso; embora reconheça que o conselho tem encontrado dificuldades em fazer com que as deliberações das conferências sejam de fato observadas no momento do planejamento municipal da saúde. Entretanto, contrapondo essa afirmação do entrevistado E12, o entrevistado E14 relata a falta de empenho e comprometimento dos próprios conselheiros com as deliberações advindas das conferências, ressaltando, ainda, que muitos não participam desses eventos, ou seja, muitos não valorizam e nem reconhecem a sua importância.

O terceiro mecanismo que proporciona a possibilidade de participação social na governança municipal é a ouvidoria da saúde, criada no município estudado, recentemente, e que tem como um dos objetivos, ouvir as demandas da população e levá-las para o planejamento da política de saúde, tanto municipal, quanto federal, uma vez que a ouvidoria de saúde do município está diretamente ligada ao Ministério da Saúde. Como ela foi criada recentemente (maio de 2017), identificou-se que ainda não possui participação efetiva no planejamento de saúde do município e que ainda não apontou as suas demandas específicas.

Destaca-se que, os entrevistados foram unânimes em dizer que a participação da população não tem sido efetiva e que a sociedade do município de Viçosa-MG não demonstra interesse em exercer a participação. Um dos principais motivos para que a participação social não ocorra de fato no município, apontado pelos entrevistados E12 e E03, está associado à coordenação federativa exercida pelo governo federal na política de saúde, uma vez que os cidadãos consideram que as diretrizes já estão previamente determinadas, e que, dessa forma, a sua participação não teria efeito, o que

demonstra a descrença da sociedade na participação popular. Outro motivo, também apontado pelo entrevistado E03, é que, nos poucos momentos em que surge uma deliberação advinda da participação social, a gestão municipal se apropria da ideia, ou a atribui a um vereador aliado politicamente, e a população se sente desprestigiada, desmotivada e descrente de todo o mecanismo da participação popular. O entrevistado E05 considera que os funcionários da estrutura administrativa da saúde não são preparados para desenvolver e incentivar os mecanismos de participação social, que possuem muitas atividades e que não conseguem absorver mais essa função, sendo esse mais um motivo para a pouca participação da sociedade.

Entretanto, os entrevistados não consideraram, em seus relatos, a possibilidade de que a falta de interesse da sociedade em participar da governança pública possa ser justificada pelo fato das deliberações advindas dos mecanismos instituídos para a participação social não serem vinculadas às ações da gestão municipal. Dessa forma, compreende-se que foram instituídos mecanismos que favorecem a ocorrência da participação social; porém, compreende-se, também, que eles cumprem formalmente a função deliberativa que lhes foi imposta apenas para cumprir determinações legais e atender o anseio da sociedade por uma maior participação; que as deliberações realizadas não estão vinculadas ao planejamento da política de saúde municipal; e que, assim sendo, não se pode considerar efetiva a participação social.

Da mesma forma, foi verificado que, no município estudado, as instituições prestadoras do serviço de saúde (contratadas) e as que mantêm algum tipo de parceria com a gestão municipal de saúde não participam do planejamento municipal de saúde. Nesse sentido, é reproduzida a fala do entrevistado E11, que diz:

“Não, do planejamento eles não participam, nem da tomada de decisão. A tomada de decisão aqui quem toma somos nós da secretaria com o Conselho Municipal de Saúde; a rede privada não entra nisso, só entra para nos auxiliar, prestar serviços, e nós abrimos as portas para eles justamente para fazer os estágios necessários aqui, na atenção básica e na secundária. Eles não participam do planejamento” (E11).

Destaca-se que os prestadores de serviço também possuem metas quantitativas e qualitativas estabelecidas pela gestão municipal a serem cumpridas; porém, não participam desse estabelecimento.

A falta de planejamento municipal da saúde parece guardar, em alguma medida, relação com a estrutura administrativa da Secretaria Municipal de Saúde, uma vez que, segundo o entrevistado E05, o quantitativo e a gestão dos recursos humanos não atendem as necessidades administrativas da secretaria; e que tal situação leva a uma falta de confiança dos funcionários e da gestão municipal de saúde nas ações que desempenham e que pretendem desempenhar, conforme relata o entrevistado E05:

“Sinto que nós precisaríamos de equipe maior para que eu fizesse um treinamento de algumas pessoas que fossem, para mim, divulgadores dessa cultura (de planejamento); e sinto, também, falta de pessoas na gestão para execução; está muito enxuta a hierarquia (a estrutura de recursos humanos) e as pessoas estão muito envolvidas (nas atividades fins), então, para alguns serviços que eu preciso, por exemplo, elaboração de planejamento, envolvimento de projetos, eu tenho dificuldade.

Porque a fragilidade da secretária é tão grande, em termos da falta de organização interna, na nossa confiança no fazer... Porque se a gente tivesse mais confiança no taco da gente, a gente não ficaria com tanta intimidação. Por exemplo, eu tenho uma vontade muito grande de trabalhar com (o programa) Álcool e Droga, mas eu não tenho segurança, uma que eu não tenho gente para planejar... Que agora eu vou colocar: você faz o custo disso, levanta o custo daquilo; isso se fosse tantos profissionais. Eu estou sem esse instrumento, que seria tipo um controlador interno que faria isso tudo, eu estou sem, mas, então, se a gente tivesse um histórico de eventos que a gente fosse organizando para atender as nossas necessidades junto com a promotoria, porque eles querem... Eles querem o exercício de um planejamento... Eu estaria mais confiante: então, olha esse ano eu vou fazer isso e aquilo” (E05).

Ao se referir à promotoria, o entrevistado E05 destaca a atuação do Ministério Público como fiscalizador e garantidor do atendimento das necessidades de saúde dos cidadãos, e aponta para as situações em que a gestão municipal de saúde é chamada a se manifestar em relação às demandas de saúde não atendidas pelo governo municipal; entretanto, o próprio entrevistado E05 entende a necessidade de um planejamento municipal de saúde que dê condições ao governo municipal de se posicionar perante essas intervenções do Ministério Público.

Além da dificuldade em relação à estrutura e à organização administrativa, outra justificativa verificada, a partir da pesquisa, para a falta do planejamento da política municipal de saúde é a descontinuidade político-administrativa, pois, como a gestão municipal de saúde foi modificada três vezes em dois anos, os gestores não possuem tempo hábil para a implementação de um procedimento de planejamento. Ocorre que os efeitos da descontinuidade político-administrativa podem ser minimizados com o maior envolvimento de diversos atores no processo de planejamento, pois, como acredita Farah (2001, p. 142), “O enraizamento das políticas em um espaço público que transcende a esfera estatal reforça a possibilidade de políticas de longo prazo, com repercussões sobre a eficiência e a efetividade das políticas implantadas”.

No entanto, cabe a reflexão de que os municípios possuem, de forma geral, autonomia reduzida em relação à política de saúde, e que, alguns desses, possuem maior autonomia do que outros. Essa autonomia se deve muito ao fato da geração de receitas próprias do município; ou seja, o que tem uma arrecadação própria maior detém uma maior autonomia em relação aos entes estaduais e federais nas tomadas de decisão das políticas de saúde, uma vez que esses não são muito dependentes dos repasses pré-definidos do governo federal e estadual. O município com maior autonomia financeira, teria maior margem para definir as ações de saúde a serem implementadas, e, dessa forma, pode-se intuir que tenderia a realizar um processo de planejamento mais efetivo, com maior participação dos cidadãos, dos funcionários e das instituições privadas prestadoras de serviço (NESHKOVA, 2014). Ou seja, o que se compreende: quanto maior a autonomia financeira e normativa dos municípios, maior é a possibilidade de adoção de um planejamento reflexivo e compartilhado com os atores governamentais e não governamentais.

Necessário se faz considerar que o orçamento destinado à saúde do município estudado é limitado, não sendo possível o atendimento de todas as demandas de saúde da sociedade municipal. Assim, o planejamento da política de saúde seria um instrumento importante na determinação das demandas municipais de saúde prioritárias; para tanto, devem ser levadas em

consideração as questões burocráticas, como a elaboração seguindo as determinações e prazos legais, e também as democráticas.

Em virtude do orçamento da secretária de saúde do município estudado ser limitado e poder atender somente algumas demandas municipais, é importante considerar as preferências dos cidadãos, mais especificamente, a representatividade dessas preferências, a análise técnica em relação à relevância dessas preferências perante às prioridades já estabelecidas pela burocracia estatal, para que as ações sejam efetivas no que diz respeito às necessidades da população. O que significa dizer que as prioridades de destinação dos recursos do governo municipal devem considerar a relevância dos anseios dos cidadãos, e a forma como esses são realizados seria a inserção das deliberações dos mecanismos de participação no planejamento, na tomada de decisão e nas ações da secretaria municipal de saúde.

Bovaird (2005) aponta que a discussão acerca da democratização tem crescido muito no processo de governança, e que decorre das novas formas de elaboração do planejamento de políticas públicas que não se caracterizam como *top down*, e sim como um processo interativo de negociação, em que se reconhece o papel do setor privado e dos usuários dos serviços. Entretanto, contrariando essa expectativa, verificou-se, a partir de todo o exposto, que o processo de planejamento da política de saúde do município estudado sofre influência significativa do grau de centralização das tomadas de decisão, tanto dos comandos exercidos pelo governo federal no estabelecimento das diretrizes e programas a serem implementados, quanto da centralização das tomadas de decisões pelo governo municipal, conforme discutido nas categorias Comando e Coordenação Municipal. O que se nota é que a característica da centralização das decisões é marcante no contexto de planejamento da política de saúde do município, e que esse tem sido realizado para cumprir com as determinações do governo federal e com as obrigações legais com o intuito de garantir os repasses de recursos, não tendo sido realizado a partir de discussões e reflexões sobre as reais demandas de saúde específicas do município.

8.2.1.3 Execução

Na década de 1990, foi atribuída à União a coordenação da política de saúde e, aos municípios, a execução das atividades. Dessa forma, os municípios se organizaram para executar o serviço de saúde. Pierre e Peter (2000) acreditam que, para compreender a governança de uma política, é necessário compreender como o governo executa as suas decisões. Dessa forma, a categoria 'Execução' tem como objetivo analisar, sob a ótica da governança pública, como o município de Viçosa-MG executa a política de saúde. Para tanto, necessário se faz entender a capacidade que o governo municipal de Viçosa - MG possui de mobilização e utilização dos recursos necessários para a execução da política de saúde e a capacidade administrativa e financeira do governo municipal de executar o serviço de saúde.

A Norma Operacional Básica n.96 (NOB-96), que entrou em vigor em 1998, teve como finalidade promover e consolidar o governo municipal como gestor e executor da política de saúde do município. Para tanto, a referida norma indicou que o subsistema municipal de saúde necessário para a prestação do serviço de saúde não precisa ser, obrigatoriamente, propriedade da prefeitura municipal, e que não precisa estar sediado no município; podendo as ações municipais de saúde serem realizadas por unidades estatais (municipais, estaduais ou federais) ou privadas (contratadas ou conveniadas, com prioridades para as entidades filantrópicas). A NOB-96 ressalta que ao governo municipal, como discutido na categoria 'Coordenação municipal', cabe a organização e a coordenação da saúde pública municipal, devendo garantir à população o acesso aos serviços e às ações para que o atendimento ao cidadão seja integral.

Por meio da observação não participante e das entrevistas realizadas, verificou-se que o município estudado conta com uma rede de unidades para operacionalizar a prestação do serviço de saúde. Sendo essa composta por unidades estatais e privadas, tal como previsto pela NOB-96.

No que se refere às unidades estatais, verificou-se, que o município presta diretamente serviços de saúde, e, para tanto, possui vinte e três unidades públicas de prestação de serviços, sendo a maioria advinda de programas estaduais e federais, tais como: a policlínica, as unidades do Programa Saúde da Família (PSF's), os centros odontológicos, dentre outros.

O que ocorre é que, apesar dos programas serem federais ou estaduais, a gestão e a execução dos mesmos são do município, sendo os PSF's um exemplo de programa federal que é gerenciado e executado pelo município. Outro exemplo de unidade municipal de prestação do serviço de saúde é o Centro Estadual de Atenção Especializada (CEAE), um programa estadual que objetiva o atendimento das ações que envolvem a saúde sexual e reprodutiva da mulher e do homem e as ações relacionadas à hipertensão, ao qual o município aderiu e que, conseqüentemente, realiza a sua gestão e execução. O entrevistado E01 relata o exemplo do Centro Estadual de Atenção Especializada (CEAE) da seguinte forma:

“Então, lá chama Centro Estadual de Atenção Especializada, e é um programa estadual gerenciado pela prefeitura; o recurso vem do Estado, mas o gerenciamento... O pessoal é contratado pela prefeitura. O contrato e o pagamento são da prefeitura, mas o recurso vem do estado. Todas as diretrizes e recursos vêm do estado; mas o gerenciamento, essa parte de pessoal e de contratação da prefeitura, a responsabilidade é da prefeitura” (E01).

Além das unidades estatais que estão diretamente ligadas à secretaria de saúde do município, identificou-se, tal como relatado pelo entrevistado E13, que “A secretaria (municipal de saúde de Viçosa-MG) não trabalha sozinha; as outras secretarias (demais secretarias do governo municipal) colaboram entre si, na medida do possível; há algumas metas que precisam de outras secretarias para cumprir, por exemplo, da secretaria de educação, aí (a colaboração) é formal mesmo. A gente tem um programa que se chama Saúde na Escola”. Dessa forma, pode-se verificar que a interação e a colaboração entre as secretarias municipais do município estudado é efetiva no que diz respeito à prestação do serviço de saúde.

Entretanto, observou-se que, para a execução municipal da política de saúde, necessário se faz que outras unidades, além das estatais, prestem o serviço de saúde à população, ou seja, verificou-se, no município estudado, a contratação de unidades privadas e unidades públicas que não compõem o sistema SUS para atender os seus cidadãos, tais como: hospitais filantrópicos, laboratórios de análises clínicas e farmácias. O município, como discutido na categoria ‘Cooperação’, também conta com o Consórcio Intermunicipal da Microrregião de Viçosa (CISMIV), constituído pelos municípios da Microrregião

de Viçosa-MG e do município de Coimbra, que contrata unidades privadas e públicas de saúde que não fazem parte do SUS para a execução dos serviços municipais de saúde, sendo utilizado para prestar serviços de saúde que não são oferecidos pelas unidades públicas municipais. Nessas situações, de prestação do serviço de saúde por unidades privadas, e por unidades públicas que não fazem parte do SUS, cabe ao governo municipal contratar, monitorar e avaliar os serviços prestados, pois continua sendo o responsável pelas ações de saúde. Sobre o consórcio, o entrevistado E11 considera: “O consórcio é, na verdade, um ambulatório da atenção secundária onde se realizam as consultas e os exames. Ele foi fundado em 1997 e é a parte ambulatorial que melhorou a assistência em saúde”.

Além da contratação dessas unidades privadas e públicas que não estão no SUS, o município estabelece também parcerias com empresas e com instituições de ensino de nível superior para que essas prestem serviço de saúde, sendo parcerias firmadas, principalmente, com a Universidade Federal de Viçosa (UFV) e com a faculdade privada União de Ensinos Superiores de Viçosa (UNIVIÇOSA). Estas unidades parceiras prestam o serviço de saúde, como serviços de atendimento médico, de fisioterapia, nutricional dentre outros e, em contrapartida, possuem a possibilidade de realizarem a prática de ensino necessária nas grades curriculares dos cursos por elas oferecidos. Cinco entrevistados ressaltaram, a título de exemplo, uma parceria firmada entre a Secretaria Municipal de Saúde e a UFV, para a implantação de um Centro Especializado Municipal (CEM), em que o município assumiu os custos referentes à estrutura física, doando o terreno e arcando com as despesas da construção e da manutenção, e a UFV assumiu a função de prestar o serviço especializado de saúde aos cidadãos do município.

Além das parcerias firmadas com as instituições de ensino superior, anteriormente citadas, a partir da fala de dois entrevistados, verificou-se que o município conta com a parceria de duas associações que atuam na prestação do serviço de saúde, sendo elas a Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) e a Associação Odontológica Jesus Cristo é o Caminho (AOJEC), associações sem fins lucrativos. Segundo relatado pelos entrevistados, que atuam como coordenadores de setores da saúde, quando

se identifica uma demanda, que o município não tem condições de atender, e que pode ser atendida por uma dessas duas instituições, essas são acionadas a prestarem o serviço de saúde; e em, contrapartida, o governo municipal disponibiliza o material e os recursos humanos necessários. Vale ressaltar que, segundo os entrevistados, na maioria das vezes, quando solicitadas essas instituições atendem à demanda municipal.

A NOB 96 estabeleceu que a prestação do serviço de saúde aos cidadãos, de forma integral, deveria ser garantida pelo município, porém, enfatizou que as unidades prestadoras do serviço não precisam estar sediadas no território municipal. E o município estudado se faz valer dessa prerrogativa para garantir o acesso à saúde de forma integral aos cidadãos, sendo os serviços prestados por outros municípios denominados como Tratamentos Fora do Domicílio (TFD's). Identificou-se que, geralmente, esses TFD's são realizados por hospitais especializados sediados em outros municípios. Tal fato é exemplificado na fala do entrevistado E16, que diz:

“Se tiver alguma especialidade que o paciente precisa, que não tem no consórcio, aí é enviado para o TDF, que é Tratamento para Fora do Domicílio; então, por exemplo, tem especialidade que a gente não tem aqui, oncologia a gente não tem, então, eles são encaminhados para fora, tudo por PPI; a gente tem pactuação com (o município) Juiz de Fora, Belo Horizonte e Muriaé. PPI é uma pactuação de verba, você pactua com o município para prestar algo que não tem aqui, pactuação integrada, vários municípios pactuam” (E16).

Dessa forma, observou-se, que a secretaria municipal de saúde de Viçosa-MG gerencia as unidades estatais de prestação de serviços de saúde sediadas no município. Além disso, o município contrata, monitora e avalia os serviços prestados pelas unidades privadas e unidades públicas que não estão dentro do SUS; e que se vale, também, de unidades prestadoras de serviços sediadas em outros municípios. Como previsto na NOB 96, essa rede de unidades deve ser estabelecida pelo município para que ele consiga atender, de forma integral, o seu cidadão.

Entretanto, verificou-se, a partir dos relatos dos entrevistados, que essas unidades prestadoras de serviços municipais não estão articuladas em torno de uma execução efetiva da política de saúde, e que não há uma relação de interação entre elas. Percebe-se, então, que não uma ação integradora, e que

a governança da política municipal de saúde estudada não conseguiu superar a setorização e fragmentação da execução das ações de saúde. Todos os entrevistados reconheceram a desarticulação entre as unidades prestadoras de saúde.

O entrevistado E14 aponta que até mesmos os funcionários não compreendem a estrutura de atenção à saúde do município nem as várias unidades prestadoras de serviço que a compõe, além de terem dificuldade em direcionar o usuário para a unidade competente para prestar a assistência necessária.

“A gente tem muito representante do serviço, de diversos pontos de atenção, então a gente vê as angústias que o profissional vive, porque nem ele tem noção da rede; então, se o usuário chega ali com uma demanda que aquele serviço não dá conta, ele não sabe nem para onde esse usuário pode ir; aí, às vezes ele dá uma orientação... O usuário vai parar em outro ponto; chega naquele ponto de atenção: “Não, não é aqui não”; aí ele (o usuário) fica rodando na rede” (E14).

Percebe-se que a falta de compreensão não ocorre somente por parte dos funcionários, pois, conclui-se, também, a partir dos relatos, que as unidades de saúde não entendem claramente as suas atribuições; ou seja, existe uma dificuldade na própria rede de unidades municipais de saúde em compreender as competências de cada uma. Um exemplo é a situação relatada pelo entrevistado E06 que aponta que o “hospital precisa também fazer a parte dele, e que não é o que tem acontecido, entender que nós somos uma rede, que eu (PSF) tenho que fazer o meu papel e que eles também precisam fazer o deles; acontece que eles não enxergam a vacina de recém-nascido como papel deles”. Identifica-se, então, uma falta de compreensão das competências das unidades e um ‘jogo de empurra’ entre elas.

Além da falta de compreensão da rede e do ‘jogo de empurra’ por parte dos funcionários e das unidades de saúde que atuam na fase de execução da política de saúde, foi identificado também, que, muitas vezes, os funcionários possuem várias atividades a serem desempenhadas e, em virtude do acúmulo de atividades não conseguem gerar informações importantes para as outras unidades, o que compromete a assistência efetiva de saúde, como exemplifica o entrevistado E15:

“Por exemplo, a questão da notificação (de doenças), não sou eu que notifico, quem notifica é o hospital; então, eu vou agir em cima daquilo que o hospital me manda. Mas, por exemplo, na época do período de frio é muito comum ocorrer surtos de gripes, só que eu preciso saber disso em tempo hábil, pois eu tenho 24 horas para notificar, só que eu fico sabendo duas semanas depois; (dessa forma) eu perdi o tempo de colher aquela amostra, de saber, de detectar se realmente está ocorrendo a circulação de vírus; então assim, eu preciso disso para fazer minha parte, eu vou fazer a investigação do caso e tentar identificar. Outro caso, é que eu posso, por exemplo, solicitar a um PSF ou uma outra unidade: ‘Olha, estou precisando fazer a investigação do paciente tal, eu estou precisando saber se ele teve cura, se eu preciso colher o exame dele para dengue...’, e o que acontece é que eu não tenho retorno rápido disso”.

Importante se faz ressaltar que o entrevistado E15 relatou que tem criados grupos em aplicativos de redes sociais (*what's app*) por entender que esses seriam uma ferramenta de comunicação fácil e rápida, na tentativa de amenizar a falta de integração entre as unidades, e minimizar os efeitos por ela gerados. Dessa forma, identifica-se que não existem mecanismos formalmente instituídos para que as informações sejam repassadas com eficácia, e que os profissionais executores da saúde municipal desenvolvem algumas alternativas informais. Granja (2012) ressalta que, como ocorre o envolvimento de diversas unidades-atores na execução da política de saúde no município, necessário se faz que, no processo de governança, sejam desenvolvidos procedimentos que facilitem a comunicação e a ação integradora entre os atores, uma vez que cada uma dessas unidades rege-se por interesses, que podem ser, inclusive, conflitantes.

Seis entrevistados compartilham da mesma opinião do entrevistado E14 e reconhecem a falta de organização e integração entre as unidades prestadoras de serviços de saúde no município, e apontam que essa falta gera consequências, tais como: sobrecarga de algumas unidades por assumirem funções de outra e falta de conhecimento por parte dos funcionários e dos cidadãos do caminho que o usuário deve percorrer; tais consequências comprometem o atendimento efetivo das necessidades de saúde do cidadão. Conforme depoimento do entrevistado E12:

“Os hospitais que, hoje, na concepção dos SUS, eram para ser apenas um dos elementos de uma rede de atenção à saúde... Mas, o que acontece, boa parte do SUS tem sido executada nos hospitais, porque (ocorre) a falta de preocupação dos municípios com atenção primária, porque vem (para o hospital). Dos 80% dos pacientes que vêm ser atendidos no pronto atendimento do hospital poderiam ter os

seus problemas atendidos lá no seu bairro, na unidade de saúde da família; então, os hospitais acabam sendo confundidos com o SUS, porque, às vezes, são poucos serviços, e são deficitários” (E12).

Da mesma forma que uma unidade pode ficar sobrecarregada diante dessa falta de orientação e integração das unidades municipais de saúde, existe a possibilidade de que algumas unidades não consigam desempenhar as funções para as quais foram criadas, prejudicando o atendimento das metas estabelecidas na fase do planejamento, o que compromete o recebimento de recursos, uma vez que, como visto anteriormente, para que o município receba as transferências vinculadas aos programas, necessário se faz o cumprimento de metas. O entrevistado E12, ao considerar a falta de organização da rede, relata a dificuldade de uma unidade em cumprir as metas estabelecidas, da seguinte forma:

“O paciente não é do hospital, ele é o paciente da unidade da saúde do bairro dele. O consórcio municipal deveria ser um dos instrumentos da rede, ele acaba fazendo ‘carreira-solo’, eu costumo dizer isso: cada um quer puxar para a sua caixinha. O município tem o consórcio, você (o município) tem a rede credenciada, contratualizada, tem o consórcio, (o município) tem o Centro de Especialidade de Atenção Especial (CEAE). Existe duplicidade entre o consórcio e o CEAE em serviços, e o CEAE, vem recurso estadual para ele, o quer dizer que hoje nós estamos perdendo recurso, porque o CEAE não consegue produzir (cumprir com as metas), porque o consórcio está produzindo uma coisa que ele deveria produzir, mas eles não conversam. E o município não consegue” (E12).

A falta de integração entre as unidades de saúde do município é reconhecida pelo gestor municipal da saúde, bem como o não cumprimento das metas, pois segundo ele:

“A questão da governança na rede está mais prática, é que hoje não tem um elo, é como se, na saúde, o paciente não se encaixasse na rede, ela só se encaixasse em um setor: ‘Quando não resolveu nesse, joga para o outro’. E não é isso. Viçosa já um município bem estruturado, com chefias de departamento, então tem uma rede estruturada na questão de gestão; não tem uma rede estruturada na questão de protocolos e execução, no serviço de rede do município, isto está desligado. Você tem uma atenção primária medianamente não resolutiva, onde estamos equipando a resolução primária, onde presa na diretriz nacional de 80% de resolução, nós não estamos cumprindo, nós não temos cumprido” (E11).

Entretanto, o gestor municipal de saúde não atribui o descumprimento das metas, por parte do município, apenas à falta de organização e integração

da rede, além da capacidade financeira, que será discutida ainda nessa categoria, o gestor aponta que o cidadão não colabora com o funcionamento efetivo da rede, pois, segundo ele: “O próprio paciente não tem o costume de ir também não, o próprio paciente costuma ir direto para o hospital”. O entrevistado E09 também compartilha esse pensamento e atribui parte do descumprimento das metas aos cidadãos, ao dizer que: “Falta um certo comprometimento da sociedade nesse sentido”. Ocorre que a rede não está devidamente divulgada, organizada e integrada, tanto que os funcionários não a compreendem; da mesma forma, o cidadão também não a compreende, o que pode justificar a errônea escolha do acesso à saúde por parte do cidadão. O que leva à reflexão de que a gestão municipal de saúde deve se esforçar para encontrar meios de comprometimento da população. Sobre esse aspecto, Pierre e Peter (2000) consideram que envolver a sociedade no desenvolvimento de políticas públicas é de grande valia, pois gera um maior comprometimento, redução dos gastos e evita desperdício de recursos.

Necessário se faz notar que a falta de compreensão, por parte dos atores envolvidos na política de saúde, e a falta de organização e integração da rede compromete a identificação, por parte do governo municipal, das reais demandas municipais de saúde, pois, como relata o entrevistado E06:

“O processo é desorganizado, a rede é desorganizada, o acesso é desorganizado, a população vem por caminhos que ela não deveria vir; às vezes, ela é atendida no caminho que não é o da rede, e, aí, eu não sei te falar se isso é só do processo; por isso, é que eu fico preocupado, pois se eu tivesse um processo organizado, eu conseguiria enxergar a necessidade da população; hoje a gente não enxerga ainda” (E06).

Para compreender os motivos que levam à falta de organização e integração da rede, e as conseqüentes falhas no atendimento das necessidades de saúde dos cidadãos, necessário se faz refletir sobre as ideias de Fleury (2011), ao acreditar que, para colher os resultados esperados pelo SUS e pela coordenação exercida pelo governo federal, a capacidade administrativo-financeira do governo municipal é um fator determinante. Fleury (2011) crê, ainda, que essa capacidade deve ser analisada tanto no âmbito da articulação com os outros entes federativos, com a sociedade civil e com o mercado, quanto no âmbito interno.

Em termos da capacidade administrativa da secretaria municipal de saúde, verificou-se que, de forma geral, essa é limitada. Todos os entrevistados reconheceram a limitação na capacidade de organização administrativa da secretaria; o relato do entrevistado E05 sobressai por ser enfático: “A fragilidade da secretaria é muito grande, em termos da falta de organização interna”.

Oito entrevistados consideraram o fato de que o número de funcionários é pequeno diante das inúmeras atividades a serem desempenhadas. No mesmo sentido, o entrevistado E06, além de indicar a dificuldade em relação à limitação quantitativa dos recursos humanos, acrescenta, ainda, o fato de que, além dos funcionários estarem sobrecarregados, eles ainda possuem limitações técnicas, não possuem qualificação necessária para desempenhar as funções e que, muitas vezes, são designados para o cargo por questões políticas, o que aponta para uma gestão com traços clientelistas. Segundo ele diz:

“É muito moroso tudo (os procedimentos internos), é difícil comprar, por exemplo. (A secretaria) precisa de um equipamento que custa trinta reais para cumprir uma meta do departamento de vigilância em saúde; tem anos que não consegue cumprir a meta, por causa desse aparelho. A dificuldade é o desconhecimento das próprias pessoas que estão lá (funcionários que realizam a compra), ou não querem fazer, ou acham que aquilo não tem importância, não tem relevância. Então, a prioridade fica para depois. A questão não é só o recurso, o negócio é que não priorizam essas coisas mínimas. Não é que não prioriza... Vai deixando para depois, “Isso para mim não é importante”, só que chega no final do ano você (a secretaria) apresenta o relatório (de cumprimento de metas) para o conselho e não cumpriu as metas, o conselho cobra do gestor. Os recursos humanos da secretaria municipal de saúde não são qualificados para o cargo. Os comissionados também não são qualificados, e estão lá por questões políticas” (E06).

O entrevistado E12 também compartilha da opinião de que um dos entraves ao funcionamento efetivo da rede está relacionado aos funcionários que executam as ações de saúde, e diz:

“Um dos grandes problemas da saúde da família é a rotatividade dos profissionais, são profissionais que não têm perfil para aquilo; são profissionais que estão ali fazendo um tempo, ‘ah, eu vou preparar para uma residência, vou preparar para isso, faz um ‘bico’ ali, e, na hora que ele começa a conhecer a comunidade, aquele objetivo que era o profissional enraizar na comunidade, isso não acontece” (E12).

Quanto às dificuldades de limitação quantitativa e de gestão em relação aos recursos humanos da Secretaria municipal de Saúde, verifica-se, a partir da análise documental, que o Plano Municipal de Saúde, do período de 2014-2017, ratifica tal entendimento uma vez que considera o número de funcionários insuficiente para atender toda a demanda dos serviços e que a distribuição dos servidores por setores não é eficiente, o que prejudica o andamento dos serviços. Outro aspecto relevante como causa da situação crítica dos recursos humanos, é o fato de grande parcela dos servidores apresentar pouca qualificação profissional, indicando a necessidade de ser implantado um programa de educação permanente.

Os entrevistados E05 e E14 apontam outro motivo que também pode levar à desorganização interna da política de saúde, sendo a descontinuidade político - administrativa, já discutida nas categorias 'Coordenação municipal' e 'Planejamento'. Os referidos entrevistados consideram que a organização administrativa depende muito da gestão realizada pelo gestor municipal de saúde, e, como a saúde do município passou por três trocas de gestores municipais de saúde em um curto espaço de tempo, a organização administrativa não foi desenvolvida.

Além da falta de organização interna, identificou-se que o governo municipal possui dificuldades na prestação do serviço de saúde em virtude da falta de estrutura física necessária para que a execução ocorra de forma efetiva. O entrevistado E05 ressalta, ainda, que além da falta de estrutura física adequada, falta também uma estrutura de base para manter a estrutura física existente, segundo o entrevistado:

“Essas pessoas (os gestores municipais de saúde), na verdade, não estruturam as questões de base, elas não estão preocupadas com isso, por exemplo: ‘Eu vou precisar de esquema de quatro pessoas, um bombeiro, um hidráulico, um pintor e um cara que faz tudo, por ano, cada mês eles vão trabalhar nos PSF’s, nas policlínicas, de tanto a tanto, vai ter um cronograma de trabalho’. Na estrutura atual, consta só uma pessoa, está lá na manutenção; falta estrutura, não é a estrutura (a estrutura atual) que a gente precisa” (E05).

Nesse mesmo sentido, o entrevistado E07 considera que:

“A estrutura é falha, muito falha; falta tudo, principalmente funcionários; nossas equipes estão incompletas, a gente não cumpre as metas porque não tem funcionários suficientes; equipamento: não tem equipamento para os programas, para instalar os programas de

computador, não adianta também ter equipamentos sem funcionários; o espaço físico é todo muito reduzido, muito barulho. Precisaria melhorar muito isso. Muitas vezes, a gente não tem mecanismos para cumprir (a meta)” (E07).

Da mesma forma, o entrevistado E11 reconhece a falha da organização interna e indica as ações que estão sendo tomadas com o intuito de organizar a secretária de saúde. Segundo o entrevistado, “Nós estamos implantando (no âmbito interno da secretaria municipal de saúde) os procedimentos operacionais padrão e os protocolos de atendimento; então nós estamos montando os protocolos”.

Sobre a capacidade financeira do município para executar a política de saúde, como discutido na categoria ‘Planejamento’, identifica-se que o município possui limitações no que diz respeito aos recursos próprios, sendo dependentes dos repasses de recursos advindos da adesão aos programas nacionais e estaduais. Dessa forma, o município realiza o planejamento municipal da política de saúde com base no resultado da soma de recursos próprios com os recursos vinculados. Ocorre que, segundo os entrevistados, esses recursos não são suficientes para a execução da política de saúde de forma integral, não sendo possível executar plenamente o previsto no planejamento municipal de saúde. Segundo o entrevistado E09, os recursos recebidos dos governos federais e estaduais não suprem as necessidades municipais de saúde. O entrevistado E05 considera que:

“Aumentar a destinação de recurso seria a coisa mais importante para gente (secretaria municipal de saúde de Viçosa-MG); remunerar devidamente o que a gente já está executando, porque como a remuneração é precária, tudo fica sucateado, os hospitais estão sucateados. Não tem nada sendo organizado, porque precisa de dinheiro; então, nós vivemos numa mentira, vamos espalhar, vamos melhorar a saúde, mas é igual; deu ambulância para todo mundo, mas não deu dinheiro para manter a ambulância, porque ambulância quebra. Então eu acho que essa questão é muito importante” (E05).

O que os entrevistados relataram é que as diretrizes e as ações propostas pelos governos federais e estaduais atendem grande parte das necessidades municipais de saúde; porém, os recursos repassados ao município para que ele execute as ações são insuficientes. Tal situação pode ser confirmada a partir dos indicadores de saúde do município apresentadas na Tabela 3.

Tabela 3 – Indicadores de Saúde do Município

	Indicador do Município	Média Estadual do Indicador
Cobertura equipes atenção básica	65,45	85,21
Cobertura equipes saúde bucal	57,68	61,45
%Exodontias relacionadas à procedimentos	3,64	4,21
Razão exame citopatológico colo útero	0,54	0,57
Int.média complex./100 hab	3,37	3,77
%Óbitos em intern.p/IAM	13,09	36,84

Fonte: DataSUS 2015

A partir da análise da Tabela 3 é possível identificar que alguns indicadores de saúde do município estão aquém da média dos indicadores dos municípios do estado de Minas Gerais, o que pode levar a compreensão de que os recursos recebidos pelo município para a execução da política de saúde direcionada pelo governo federal e estadual não é suficiente para atender a totalidade das demandas.

Destaca-se, nesse ponto, o depoimento de quatro entrevistados que consideram que o município de Viçosa-MG, especificamente, é prejudicado na questão dos indicadores que condicionam as transferências de recursos entre os entes. Segundo eles, nos dados populacionais registrados pelo IBGE, o município de Viçosa possui uma população aproximada de 77 mil habitantes; entretanto, o município possui uma tradição universitária, e que, por isso, possui uma população ‘flutuante’ de aproximadamente 25 mil habitantes; e, para os fins de determinação da quantidade de recursos a ser transferida, a população flutuante não é considerada, embora usufrua dos serviços de saúde prestados pelo município.

A falta de consideração da população flutuante na determinação dos repasses dificulta muito que o município alcance as metas estipuladas pelo governo federal e estadual, pois como aponta entrevistado E11:

“Porque Viçosa tanto perde as metas? Primeiro, se tem a população, em que o cálculo é feito em cima de uma população de 77 mil, mas na verdade é muito maior, 100 mil. Além desse cálculo ser maior, o dinheiro recebido em repasse é em relação a 77 mil, dos 77 mil (habitantes), 79,21% é coberto (pelo SUS); então como que eu vou atingir uma meta, se eu tenho uma população (de fato) de 100 mil e no IBGE (a população considerada em) 77 mil e uma cobertura (dos serviços de saúde municipais) de 79%” (E11).

Vale ressaltar que, além desses recursos, advindos de repasses, serem originalmente insuficientes, o município ainda precisa considerar o grau de incerteza do recebimento real dos recursos advindos das transferências, uma vez que essas podem não ocorrer, sendo esse o caso da falta de repasses de recursos estaduais para o município de Viçosa-MG e, também, a falta de repasses para alguns municípios da região de saúde que utilizam da prestação do serviço de saúde oferecida por Viçosa-MG. Nesse sentido, o entrevistado E08 relata o impacto desse transtorno na prestação de saúde do município:

“É necessário que o governo do estado (cumpra com a obrigação), que hoje deve sete milhões de reais para a saúde (do município de Viçosa); os repasses não estão sendo feitos, só de cirurgias eletivas chega a quase quatro milhões de reais; ou seja, o tanto de dinheiro que deixou de ser injetado nas demandas de saúde específicas do município, eu estou falando de um milhão de reais em medicamento” (E08).

Esses repasses de recursos que não são realizados, comprometem a execução da política municipal de saúde como um todo, mas, principalmente, o atendimento das demandas de saúde específicas do município estudado, uma vez que o governo municipal utiliza os recursos próprios para cobrir as ações descobertas financeiramente pelos governos estaduais e federais.

Além dos impactos causados pela falta das transferências de recursos por parte de outros entes da federação, os recursos próprios do município também são constantemente comprometidos com a prestação de serviços de saúde determinadas por ordens judiciais, e que não estavam previstas no planejamento municipal; ou seja, o município sofre o impacto da judicialização que tem ocorrido na área da saúde. Como afirma o entrevistado E02: “A demanda de ordem judicial é muito grande, e isso acaba impactando (a execução do planejamento), porque é recurso bloqueado; o município de Viçosa já tem muito recurso bloqueado; toda semana tem bloqueio”. O entrevistado E09 relata a dificuldade em realizar a execução da saúde da forma como foi planejada, e diz que: “O governo da saúde é único, se vocês (judiciário) me pedirem para fazer uma cirurgia aqui, por exemplo, no valor de cem mil reais, eu vou fazer, só que vou tirar de algum lugar, vou tirar de medicamento, vou deixar de atender outras demandas”.

O fato é que, segundo os entrevistados, a judicialização tem ocorrido e aumentado cada vez mais em virtude da escassez de recursos, o que leva à falta de oferta de serviços para atender as necessidades de saúde dos cidadãos. Tal fato é relatado pelo entrevistado E02, da seguinte maneira: “Como a demanda é grande, a gente não consegue atender todo mundo num tempo curto, e eles (cidadãos) entram com a ordem judicial para gente fazer”.

Ocorre que, muitas das vezes, os próprios operadores municipais da saúde, que conhecem as limitações administrativas e financeiras do governo municipal em atender as necessidades de saúde, orientam o cidadão necessitado de algum serviço de saúde específico a garantir o seu atendimento por meio de ordem judicial, como relatado pelo entrevistado E08:

“É importante demais eu entender e conhecer a tabela do SUS para saber se aquele procedimento é pago ou não pelo SUS, porque alguns procedimentos não são remunerados na tabela do SUS, e isso causa um transtorno, porque se ele tiver que colocar um cateter, por exemplo, não é um procedimento pago (pelo SUS), ele traz isso (para a gestão municipal de saúde), um problema muito sério. O médico não faz pelo SUS, porque não tem autorização para fazer; a tabela não contempla (o procedimento), o município não pode pagar, porque só paga aquilo que foi determinado, tem muita dificuldade para remunerar. Para resolver, a coisa mais fácil a se fazer é judicializar; resolve, porque permite o município tirar aquele recurso dos cofres dele, mas acontece que isso é muito feio, fica feio, fica desgastado, o prefeito não gosta disso” (E08).

Além dos serviços de saúde que não estão previstos na tabela de procedimento do SUS, existem as situações em que o serviço está previsto; porém, a remuneração prevista é baixa em relação ao preço de mercado, e os profissionais de saúde se recusam a atender o paciente pelo SUS, o que leva o cidadão a acionar a justiça para conseguir o atendimento. O entrevistado E02 descreve essa situação da seguinte forma:

“A questão de recurso (repasso do SUS) é muito pouco. Se você pegar a tabela de serviços do SUS (o recurso destinado a alguns procedimentos), é muito pouco, o custo é muito pouco. Então, tem procedimento que você faz pelo SUS, e o SUS está pagando dez reais para o procedimento médico, aí o médico nenhum vai atender; o que acontece? O paciente entra com a medida judicial, e a gente acaba tendo que pagar pelo valor do serviço que ele quer; aí, a gente faz aquela contratação com o médico. A demanda vem para mim, a gente monta um processo, faz as três cotações que a lei exige, faz a compra do medicamento ou do serviço para cumprir a ordem judicial, se não bloqueia o erário do município. A gente faz o contrato do

médico, da cirurgia, do transporte, pois este também fica por nossa conta. E infelizmente, essa judicialização tem ocorrido muito” (E02).

O entrevistado E11 argumenta ainda que a judicialização da saúde tem ocorrido no município, em grande parte, por falta da organização e da integração entre as unidades e a saúde, pois, como já discutido, o cidadão não consegue compreender os procedimentos e o fluxo da rede de saúde, e, conseqüentemente, aciona o poder judiciário para que sua demanda de saúde seja atendida; apesar de que, em algumas situações, o município possui condições de prestá-lo de forma natural. Dessa forma, pode-se inferir que a falta de organização e integração, entre as unidades que operacionalizam a saúde municipal, afeta a execução orçamentária municipal, e, conseqüentemente, colabora para o não cumprimento da política municipal de saúde conforme planejada.

Uma alternativa utilizada pelos gestores municipais para mobilizar recursos e aumentar a capacidade financeira do município de atender as demandas, é a captação de recursos por meio de emendas parlamentares. O entrevistado E09 relatou que, geralmente, para atender algumas demandas específicas do município, necessária se faz a articulação política, para que deputados e senadores direcionem recursos para a saúde do município, e, para tanto, utilizam as emendas parlamentares. Ocorre que, segundo o entrevistado E02, os recursos advindos das emendas parlamentares não são significativos no que diz respeito aos valores, pois, conforme considera o entrevistado: “O recurso é pouquíssimo, porque ela (a emenda parlamentar) vem justamente para aquela necessidade de saúde que foi solicitada, para aquela unidade de saúde que está mais precisando. É bem pouquinho”.

A partir de todo o exposto, verifica-se que os recursos destinados para a execução da política de saúde no município não são suficientes. Entretanto, o entrevistado E11 argumentou que, além disso, a execução orçamentária também é difícil, pois, no período em que se realizou empiricamente a presente pesquisa, os recursos advindos de transferências eram vinculados aos programas que lhe deram origem, e a destinação do recurso somente poderia ser realizada para as ações do programa específico. O depoimento do entrevistado E11 demonstra essa dificuldade na execução orçamentária:

“Vou dar o exemplo do município de Viçosa, hoje (junho de 2017), nós temos em torno de três milhões de reais na conta (da saúde municipal), e eu tenho uma dívida de seis milhões de reais, só que eu não posso quitar a metade dessa dívida, porque o recurso que eu tenho nessa conta é específico de emendas e programas de saúde nacionais. Então, o que acontece, eu tenho esse recurso na conta, três milhões; eu tenho uma dívida de seis, mas eu não posso pagar porque a diretriz nacional não me permite pagar” (E11).

Segundo o entrevistado E11, os recursos dos programas nacionais eram recebidos pelo governo municipal em ‘caixinhas’, e que, dessa forma, a execução orçamentária da saúde era ‘engessada’. O Ministério da Saúde concedeu ao município certa flexibilidade na execução dos recursos da saúde, por meio da Portaria n. 399/2006, que criou seis blocos de financiamento, e não mais apenas para o programa de origem do recurso, sendo os seguintes blocos de financiamento: Atenção Básica, Atenção de Média e Alta Complexidade, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica, Gestão do SUS e Investimentos na Rede de Serviços de Saúde. Entretanto, três entrevistados, o E(11), E(07) e o E(02), consideraram que, ainda assim, o fato de que os recursos advindos dos programas serem vinculados às ações dos programas, dificultava a ação municipal nas questões da saúde, pois algumas ações, que não eram amparadas por programas federais que lhes garantam recurso, eram custeadas com os escassos recursos próprios. O que leva à constatação de que, para os entrevistados, os gestores municipais necessitavam de maior flexibilidade na destinação dos recursos dos programas federais para realizarem a execução da política de saúde.

Os depoimentos dos entrevistados sinalizam que, de fato, os mesmos esperavam a entrada em vigor da Portaria do Ministério da Saúde n., que define a nova forma de financiamentos das ações dos SUS, na qual o governo federal concedeu mais autonomia para execução orçamentária ao governo municipal. A partir da entrada em vigor da referida portaria, fato esse que ocorreu em 31 de janeiro de 2018, o governo municipal passou a receber os recursos em duas contas: custeio e investimento; podendo direcionar os recursos para ações diversas das previstas nos programas que a originaram. O entrevistado E11 aponta também a expectativa de que com a nova forma de financiamento do SUS, o governo municipal possa arcar com as próprias

diretrizes municipais de saúde, atendendo, então, as demandas específicas do município.

Esta nova forma de financiamento do SUS pode ser entendida como uma possibilidade de que o município possua maior flexibilidade na execução das ações de saúde; entretanto, não significa que seja resolvida a questão da escassez de recursos por parte dos municípios para que eles prestem assistência à saúde. Diante dessa falta de recursos, resta ao município gerenciar os recursos de forma eficiente, e, nesse sentido, o entrevistado E11 indica algumas ineficiências na gestão dos recursos da saúde no município estudado, que gera desperdício de recursos.

“A primeira coisa é eficiência, porque tem uma questão muito grande de desperdício de recursos (no município); o consórcio tem em torno de 20 a 30% de perda (de consultas e procedimentos). O CEAE ‘entregou’ hoje que tem 72 consultas perdidas esse mês, eu até passei para despachar para o PSF (que é a unidade que direciona os pacientes para o CEAE), só que era 180 mensal, e o preconizado é 5% de perda. Tem um estudo preconizado pelo Ministério da Saúde e Organização Panamericana de que 5% pode ocorrer, pode, não que deve, só que aqui nós temos de 20 a 30%, então eu estou falando de eficiência. Então, se eu tenho 1,700 milhão aplicado no consórcio por ano, com uma perda de 20 a 30%, 400 mil reais (de desperdício de recurso), o CEAE é mais 1,500 milhão entre 30%, e por aí vai” (E11).

Tal desperdício, em algumas situações, é causado pela falta de integração entre as unidades de saúde e pela falta de capacidade administrativa das mesmas. Conforme o relato do entrevistado E11, um dos motivos para que o consórcio intermunicipal perca um número expressivo de consultas é o fato de que os PSF's não direcionam corretamente o paciente, e que pequenas modificações nos procedimentos de rotina resolveriam a questão. As faltas às consultas, que geram desperdício de recursos da saúde, foram consideradas por três entrevistados, e todos eles atribuíram aos cidadãos o motivo desse prejuízo, considerando-os descomprometidos. Outro fator dessa perda de recursos apontado pelo entrevistado E11 é a gestão do estoque de materiais, pois, segundo o entrevistado, a secretaria perdia muito material ainda em estoque. Os contratos com os prestadores de serviço de saúde também podem ser, na concepção do entrevistado E11, fonte de desperdício de recurso, uma vez que podem possuir valores acima do necessário, mas, principalmente, podem não ser cumpridos pela unidade

contratada pelo município. Tal possibilidade apontada pelo entrevistado E11, foi relatada também pelo entrevistado E02, e indica que o município estudado encontra dificuldades em fazer com que alguns contratos sejam cumpridos pelos prestadores de serviço:

“Os hospitais estão devendo para gente (Secretaria Municipal de Saúde) cirurgias; os dois (hospitais) estão devendo, a gente está com uma fila (de pacientes esperando procedimentos) nos dois hospitais, porque eles não estão cumprindo com 30 % dos procedimentos contratualizados. Eles estão recebendo em dia; aí, a gente notifica os hospitais; semana passada eu notifiquei os dois hospitais, que se eles não cumprirem 30% de eletivas, nós vamos cortar o pagamento deles, suspender o pagamento; eu não tenho outra coisa para fazer, porque, se não, o município vai sair no prejuízo. A gente tem o laboratório X (de análises clínicas, privado), a gente paga para o (hospital) São Sebastião para ele pagar o laboratório; o São Sebastião não está pagando (o laboratório) tem cinco meses, então ele (o laboratório) não está fazendo exame; então eu (o município) estou perdendo 27 mil reais por mês de exame de sangue; é complicado, porque a prefeitura está em dia, mas os hospitais não estão cumprindo a contratualização” (E02).

Diante desse depoimento, verifica-se que a execução da política de saúde no município se dá com o envolvimento de diversas unidades, sendo essas estatais e privadas; entretanto, elas não agem de forma organizada, integrada e articulada, fazendo cada uma delas ‘carreira-solo’. Identificou-se que, aliada a essa atuação segmentada ou justaposta (FARAH, 2011) das unidades de execução da saúde do município, está a sua limitada capacidade administrativa e financeira, o que tem gerado ineficiência e falta de efetividade da política de saúde no município (FARAH, 2011). Uma das formas de superar a falta de eficiência é a adoção de procedimentos de *accountability*, sendo, portanto, necessária uma reflexão sobre esse aspecto na próxima categoria de análise ‘*Accountability*’.

8.2.1.4 Accountability

Stoker (1998), Bovaird (2005) e Kersbergen (2004) consideram a importância da adoção de procedimentos de *accountability* para as novas concepções de governança. Bovaird (2005) destaca a ideia de que, como existem vários atores envolvidos no desenvolvimento de determinada política pública, podem ocorrer situações adversas, como, por exemplo, aumento do

custo dos serviços, atrasos nas tomadas de decisões e implementação, além de fragmentação das responsabilidades. Stoker (1998) também destaca a possibilidade de que o envolvimento de diversos atores no desenvolvimento de políticas públicas, pode vir a gerar indefinições de responsabilidade, uma vez que pode gerar dúvidas e incertezas nos tomadores de decisões públicas e nos cidadãos sobre quem seria o responsável por determinado serviço público. Nesse sentido, os referidos autores acreditam que, para envolver os atores não governamentais na gestão da política e, ao mesmo tempo, minimizar os efeitos adversos que podem surgir com a incorporação de diversos atores, a instituição de mecanismos que favorecem a *accountability* é fundamental.

Ao entender a adoção de mecanismos que favorecem a *accountability* como fator importante para a governança de políticas públicas, uma vez que pode levar à aproximação e à incorporação de diversos atores nas questões públicas, e ao controle social do processo de implementação da política, a presente categoria tem como objetivo analisar os procedimentos adotados, nesse sentido, pelo governo municipal de Viçosa-MG. Para tanto, buscou-se identificar os procedimentos de controle interno, externo e social, a forma de prestação de contas, as ações de transparência, e como ocorre a responsabilização das ações municipais de saúde. A NOB-96 determina que os serviços de saúde não precisam, necessariamente, serem executados por unidades de propriedade do governo municipal, concedendo a prerrogativa ao município para que se valha da prestação de serviços por unidades públicas de ente federativo e por unidades privadas. Entretanto, a Lei n. 8.080/90 e a própria NOB-96 estabeleceram que governo municipal é responsável pelo controle e pela avaliação dos serviços prestados pelas unidades de saúde (estatais ou privados) situadas em seu município.

Assim, necessário se faz, que sejam adotadas medidas de controle, de avaliação e de monitoramento dessas prestações de serviço para que a eficiência e a efetividade da política de saúde se façam presentes. Entretanto, identifica-se, a partir das entrevistas, que, na prática, o governo municipal adota poucas medidas de controle e avaliação das atividades executadas pelas suas unidades de saúde. O entrevistado E16 apontou como uma das ações de controle os procedimentos de auditoria permanente em relação aos dois hospitais prestadores de serviços de saúde, como segue:

“A gente (Secretaria Municipal de Saúde) tem dois funcionários daqui que ficam dentro dos hospitais, eles ficam lá dentro, todos os dias, exercendo a função de relatório, de faturamento, de tudo, toda essa parte interna do hospital que demanda secretaria, eles estão lá” (E16).

Identificou-se, também, que o controle da execução da saúde no município ocorre por meio de verificação e acompanhamento do cumprimento de metas por parte dos próprios departamentos/unidades de saúde. O entrevistado E07 aponta para o fato de que o acompanhamento e a avaliação das ações de saúde realizadas pelo governo municipal é quantitativa, não sendo realizadas avaliações qualitativas da execução dos serviços de saúde.

O gestor municipal da saúde (E11) reconhece a falta de acompanhamento das ações de saúde, e sinaliza que a secretaria está desenvolvendo procedimentos que visam aprimorar esse acompanhamento. Segundo o entrevistado E11:

“Está sendo desenvolvida uma ferramenta de avaliação; aí, eu vou pegar um indicador, qual meta a realizar. A própria tabela criada já dá para sinalizar para o funcionário que ele está dentro; isso vai ser entregue para os funcionários; aí, quem cumpriu está azul, quem não cumpriu, está atrasado, em vermelho; ou ele está atrasado na execução ou não informou” (E11).

Entretanto, pode-se verificar que o relato do entrevistado E11 confirma a ideia de que o acompanhamento considerado por ele se refere, simplesmente, ao cumprimento de metas por parte das unidades de saúde. Nesse sentido, o entrevistado E07 destaca que a Secretaria Municipal de Saúde acompanha as atividades realizadas pelos seus departamentos, a partir do Relatório de Metas, instituído pelo governo municipal. Esses relatórios dos departamentos/unidades são utilizados pela gestão municipal para acompanhar as ações de saúde, mas, também, fornecem base para a prestação de contas da Secretaria Municipal de Saúde, que, de fato, é apresentada para os órgãos de controle da própria administração pública, para os órgãos de controle governamental e para a sociedade civil.

Sobre a prestação de contas das ações de saúde para a administração municipal, como discutido na categoria ‘Planejamento’, o governo municipal instituiu, no município, o Plano de Metas, a partir do qual as secretarias

municipais, inclusive a secretaria de saúde, devem apresentar as metas propostas para o próximo quadrimestre e, concomitantemente, apresentar o Relatório de Metas do último quadrimestre. Esses relatórios quadrimestrais dão base para a elaboração do Relatório Anual de Saúde (RAG).

Além da prestação de contas da saúde para a própria administração municipal, a secretaria de saúde também presta contas aos órgãos de controle governamental e para a sociedade civil, por meio do Relatório Anual de Saúde (RAG) que é encaminhado para apreciação do poder legislativo municipal e do Conselho Municipal de Saúde. O entrevistado E11 descreve esses procedimentos de prestação de contas da seguinte forma:

“A gente (secretaria municipal de saúde) tem essa avaliação das metas, tem as metas planejadas... Elas foram pactuadas em dezembro... Nós vamos pactuar esse ano agora para o ano que vem. A execução é avaliada (pelo governo municipal) de quatro em quatro meses, mas a meta é anual; aí tem o consolidado final que é Relatório Anual de Saúde, que a gente apresenta no final do ano, lá câmara municipal e no conselho municipal, porque é onde os vereadores e os conselheiros realmente veem aplicação do recurso com o retorno do serviço” (E11).

O entrevistado E07 destaca que esses relatórios, que dão base para a prestação de contas da secretaria de saúde do município, são desenvolvidos a partir dos indicadores gerados por sistemas de informação estabelecidos pelo governo estadual e federal. No mesmo sentido, o entrevistado E10 destaca que todas as ações realizadas pelas unidades de saúde do município são registradas em um sistema de informação, o ESUS, a partir dos quais os governos estadual e federal verificam a prestação de contas.

Ressalta-se que o conjunto normativo brasileiro da área da saúde também conferiu à União e aos estados a função de controle e fiscalização, cabendo ao governo federal, as auditorias e as avaliações relacionadas aos programas nacionais, e, ao governo estadual, a função de acompanhamento, avaliação e controle das redes regionalizadas. No que diz respeito à atuação do governo estadual nesse sentido, de fato, verifica-se que a Superintendência Regional de Saúde da Macrorregião Leste do Sul (GRS) acompanha e orienta os registros nesses sistemas de informação de forma efetiva. O superintendente (S) exemplifica o acompanhamento realizado pela GRS da seguinte forma:

“Um levantamento da regional (GRS) detectou que os indicadores de Viçosa não estavam legais; a equipe vai a Viçosa e vamos estudar Viçosa. A parte técnica (da GRS) vai lá e vê o que está acontecendo; vai no sistema ver quem está operando o sistema; traz o relatório para o superintendente e aqui (na GRS) será decidido se vai levar (o problema) a nível central ou quais ações podem ser realizadas, comunicar que não está legal ou fazer algo. Se a superintendência comunicar (ao governo estadual ou federal) o recurso sai, porque nós tomamos uma ação punitiva; mas, eu não concordo, porque eu acho que não é essa a ação inicial, mas (em algum momento) tem que ser feito, tudo tem prazo, tudo tem o seu momento; mas, eu tenho a oportunidade de mudar isso: eu chamo o prefeito, chamo o secretário, chamo toda a equipe envolvida naquela ação, e vou colocar: ‘Gente, nós precisamos melhorar isso, nós temos todo esse estudo’; então, eu penso que, primeiro, eu tenho que ajudar o município; se eu não conseguir, eu tenho que fazer a ação determinada pela resolução, que é comunicar” (S).

Dessa forma, verificou-se, partir das entrevistas e da observação não participante, que, conforme atribuição de competências aos entes no contexto da coordenação federativa da política de saúde, a função de monitoramento das ações municipais de saúde tem sido realizada pelo governo estadual, cabendo a esse a fiscalização, a orientação e o acompanhamento das ações realizadas pelos municípios.

Entretanto, apesar do governo estadual possuir a responsabilidade de acompanhamento e avaliação das ações municipais de saúde, o governo federal exerce ações de fiscalização das ações de saúde executadas pelo município, sendo o caso das auditorias realizadas pelo Ministério da Saúde, mais especificamente pelo Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DNASUS), para verificação das condições municipais de prestação de serviço de saúde pelo município e das avaliações realizadas pelas coordenações federais dos programas nele implementados. Sobre as avaliações realizadas pelo governo federal, o entrevistado E10 relata que o governo federal realiza avaliações periódicas, em relação aos programas nacionais adotados pelos municípios, e considera que essas avaliações impactam diretamente nas transferências de recursos, pois, se não detectado o cumprimento das condições federais estabelecidas, o município não atinge a meta determinada, o que compromete o recebimento de recursos de transferências vinculadas aos programas.

Dois entrevistados relataram situações em que a atuação do DNASUS se fez presente; e é interessante notar que os dois consideraram que auditorias realizadas pelo departamento federal tiveram impactos positivos, pois geraram relatórios sobre ações específicas da saúde municipal, que o próprio município não tinha condições técnicas de gerar. Ou seja, os entrevistados viram nos relatórios de auditorias uma forma de obterem um diagnóstico da saúde municipal. O entrevistado E05 descreve a importância dos relatórios de auditoria realizados pelo governo federal ao dizer que:

“Nós (Secretaria Municipal de Saúde) estamos em uma auditoria federal, o ministério da saúde está fazendo uma auditoria aqui em todos os PSF's para verificar o que nós temos que melhorar, porque chegou uma demanda levada pela promotoria que nós estávamos muito ruins, lá em 2013. E a gente tem certeza que não melhorou não, pode até ter piorado, mas essa auditoria veio; vai levantar para gente, olha que beleza, eu vou ter um relatório, onde eu vou ter todas as necessidades para eu fazer a adequação” (E05).

A partir dessas informações, é possível inferir que falta ao município capacidade administrativa de implementar procedimentos de controle e avaliação que permitam identificar, de forma objetiva, as condições em que as ações de saúde estão sendo implementadas, e quais as adequações seriam necessárias. Pode-se compreender, dessa forma, que o monitoramento e as avaliações feitas pelos governos estaduais e federais são importantes para que a prestação do serviço de saúde pelo município se torne eficiente e efetiva.

Além da prestação de contas das ações de saúde que o governo municipal realiza para os órgãos da administração pública estadual e federal, o governo municipal, por determinação legal, também deve realizar a prestação de contas para o poder legislativo e para a sociedade civil, para que essa possa exercer o controle social.

Sobre a prestação de contas ao poder legislativo municipal, verificou-se que esse possui uma comissão específica para analisar as questões que envolvem a saúde municipal. Entretanto, verificou-se que a prestação de contas das ações de saúde para o poder legislativo municipal ocorre de forma protocolar, para atender as determinações legais, uma vez que nenhum entrevistado relatou acompanhamento efetivo por parte da câmara de vereadores de Viçosa-MG. Destaca-se o relato feito pelo entrevistado E05, que diz: “O governo municipal apresenta um relatório quadrimestral para a câmara,

porém, na última reunião, a convocação foi feita pela presidente da câmara, e ninguém (vereador) foi, só ela”. O não comparecimento dos vereadores no momento da prestação de contas das ações de saúde sinaliza para a falta de envolvimento desses com a política de saúde municipal, até mesmo com a função de fiscalização atribuída originalmente ao poder legislativo. No mesmo sentido, o entrevistado E09 considera que, mesmo quando os vereadores comparecem ao momento da prestação de contas, a atuação dos mesmos é limitada, no sentido de questionar as ações de saúde executadas, sendo os comprometimentos políticos-eleitoreiros o principal motivo, pois, segundo ele, “o papel que eles (vereadores) fazem é mais o de fiscalização, só que tem um porém, há alguns vereadores que têm dificuldades; tudo que vai precisar, por exemplo, vai precisar de mexer com um determinado vespeiro, eles não mexem”.

Segundo o relato dos entrevistados E03, E05 e E11, as esparsas ações de fiscalização na área da saúde do município realizadas pela câmara de vereadores ocorrem a partir de denúncias. Os três entrevistados destacaram, ainda, que a atuação dos vereadores é limitada e, normalmente, quando ocorre é no sentido de busca por atendimento a demandas individuais, ou seja, para atender à necessidade de um cidadão e que, para tanto, o vereador faz valer a sua influência político-eleitoreira.

O Ministério Público também foi considerado por nove entrevistados como um ator importante no sentido de fiscalização das ações de saúde realizadas pelo governo municipal. Três entrevistados destacaram que a ação do Ministério Público, de cobrança, ocorre de tal forma que acaba por intimidar os gestores municipais, conforme entende o entrevistado E05, ao dizer que: “O ministério público é um ator muito importante, mas demais; ele é importante, mas ele é mais intimidador; ele não deveria ser tão intimidador, mas ele é, ele ainda é”; embora os entrevistados reconheçam também a importância da cobrança do Ministério Público para a realização de algumas ações de saúde, o entrevistado E15 se manifestou sobre esse ponto da seguinte forma:

“A gente já sabia que isso uma hora ia dar problema, mas vai deixando, deixando e uma hora, infelizmente... Não sei se nos outros municípios ocorre assim, mas enquanto não cai no juiz ou no Ministério Público não vai. O ministério Público influencia muito, e é complicado, se você (funcionário da gestão municipal de saúde) está

como chefe de departamento, eu morro de medo disso. Mas eles (Ministério Público) atuam e cobram, só que assim, tem um viés meio complicado. Mas, na verdade, de vez em quando, o ministério público tem que acionar (o governo municipal) para ver se as questões (de saúde) são resolvidas.

O que se percebe é que a capacidade administrativo-financeira do governo municipal é limitada; dessa forma, em alguns momentos, necessária se faz a cobrança por parte do Ministério Público para que as ações de saúde sejam realizadas; ocorre que os gestores municipais da saúde se veem intimidados, uma vez que sabem da possibilidade de serem responsabilizados pela falta de ação governamental em algum serviço de saúde.

De fato, os funcionários e gestores municipais de saúde podem ser responsabilizados pela omissão de serviços de saúde, pela prestação do serviço de forma incipiente, e pela execução orçamentária indevida. Sobre esse aspecto da responsabilização, os gestores municipais de saúde entrevistados reconhecem ser possível identificar os responsáveis por cada ação de saúde. O entrevistado E07, ao ser perguntado sobre a possibilidade de identificação dos responsáveis por cada etapa da execução da saúde, assim respondeu: “Claro. Com certeza, cada ator tem seu papel, cada um tem suas tarefas”.

Entretanto, essa afirmação de que a responsabilização pelas ações é possível contradiz com o fato de que a rede está desorganizada e que falta, por parte dos executores da saúde, uma noção clara de quais as atribuições os mesmos possuem, como discutido anteriormente na categoria ‘Execução’, pois, se os executores da saúde municipal não possuem uma devida compreensão das suas atribuições, acredita-se que a responsabilização também não seja tão clara.

O momento da prestação de contas da política de saúde do município também é uma oportunidade para que a sociedade exerça a prerrogativa do controle social que lhe foi concedida pela Constituição Federal Brasileira de 1988. De fato, é concedida à sociedade a possibilidade de participar da prestação de contas do município estudado, uma vez que as ações públicas de saúde são apresentadas e apreciadas pelo Conselho Municipal de Saúde. Verificou-se, a partir da observação não participante e das entrevistas, que o conselho realiza, por comissão específica, análises detalhadas do Relatório

Anual de Gestão (RAG), e que essas análises fornecem subsídios para as várias cobranças que o conselho realiza perante o governo municipal. Todos os entrevistados consideraram a atuação do Conselho Municipal de Saúde no sentido de cobrança e reconheceram a importância dessa atuação.

A partir da análise das atas do Conselho Municipal de Saúde referente ao ano de 2017, por exemplo, foi identificada uma atuação consistente referente ao Relatório Anual de Gestão (RAG) apresentado pela gestão municipal. O conselho de saúde identificou que vários indicadores de saúde do município não tinham sido alcançados no ano de 2016, e, a partir dessa identificação, convocou a gestão municipal para prestar esclarecimento; e convidou, também, o ministério público para que esse tomasse conhecimento e possíveis providências em relação ao não cumprimento dos indicadores. Sobre a apreciação do RAG de 2016 pelo Conselho Municipal de Saúde, o entrevistado E14 relata o seguinte:

“No relatório nosso (RAG) do ano passado (2016), Relatório Anual de Gestão, que foi apresentado no conselho, vários indicadores de saúde estavam aquém do que desejamos para a saúde do município, e aí, o que ocorreu? Eu até entendo que nem tudo a gente dá conta de alcançar, mas ficar próximo é algo que nós temos que buscar minimamente. E tinham indicadores, eu me lembro de um na área da odontologia, que estava muito aquém, que você ficava assim, meu Deus, você (o município) tem uma rede teoricamente estruturada, você tem odontólogos em todas as unidades de atenção primária, mas você não consegue atingir minimamente um percentual de cobertura, o que está acontecendo aí? Então, a gente (Conselho Municipal de Saúde) chamou (a gestão municipal), aí foi o secretário de governo, foi o prefeito, o promotor, o procurador, foi um monte de gente preocupado com a aprovação do relatório, porque se (o conselho) reprovar relatório, é verba que corta do município; então, a gente fica numa faca de dois gumes no conselho, porque a gente tem esse poder, tem mesmo”.

A partir do relato do entrevistado E14, identifica-se que, apesar do Conselho Municipal de Saúde realizar cobranças na fase de prestação de contas, na realidade, ele ainda encontra dificuldades para atuar de forma efetiva, uma vez que a rejeição do RAG, por parte do conselho, gera corte de repasses financeiros pelos governos estaduais e federais, o que gera uma perda significativa da possibilidade do governo municipal atender as demandas de saúde dos cidadãos. Nesse sentido, o entrevistado E12 ressalta que:

“Nós (conselheiros) estamos ficando mais atentos a isso, e temos feito até um, não vou dizer retaliação, mas estamos tomando algumas atitudes que venham até contrapor posições da administração

municipal, o conselho tem esse poder, e muitas vezes, não quer se indispor, porque às vezes você não quer aprovar um determinado projeto, mas se você rejeitar acaba a população saindo prejudicada, então muitas vezes acaba temporizando as coisas e resolvendo as coisas de forma que não deveria" (E12).

O que se percebe é que ao conselho foi atribuído um poder deliberativo em relação às ações de saúde do município; ele possui, por determinação legal, a função de exercer o controle das ações, podendo aprovar ou não a prestação de contas realizadas pelo poder público; entretanto, observou-se que, de fato, o conselho possui dificuldade em exercer o seu poder deliberativo, e, conseqüentemente, de controle, pois, ao recusar a prestação de contas, pode inviabilizar ações de saúde no município, e esse não é o interesse do conselho. Ou seja, o conselho, ao exercer o poder de controle que lhe foi atribuído, além de punir o município, o prejudicaria ainda mais, uma vez que ocorreria uma diminuição dos repasses financeiros; dessa forma, pode-se inferir que o controle não fortalece a saúde municipal.

No caso do RAG de 2016, por exemplo, verificou-se, a partir das atas do conselho municipal e do relato do entrevistado E14, que o conselho optou por conceder um prazo para que a gestão municipal viabilizasse o cumprimento dos indicadores. Sobre a atuação do conselho nesse caso específico de apreciação do RAG do ano de 2016, o entrevistado E14 considera que:

"A gente (Conselho Municipal de Saúde) poderia reprovar esse relatório porque a gente viu um desajuste muito grande entre o que estava possível de ser alcançado. A gente já tinha votado (na fase do planejamento) o que era possível. Mas a gente (Conselho Municipal de Saúde) preferiu que o município tivesse um tempo para se readequar e apresentasse um avanço nesse sentido, e houve um avanço no nosso (do município) último relatório quadrimestral, não chegamos ainda no que estava proposto, mas, aí, eles arrumaram a coordenação da odontologia; fizeram essa forma de pensar na rede bucal; estão se organizando em relação a materiais; então, assim, mudou; mas essa foi realmente uma intervenção do controle social" (E14).

Dessa forma, verificou-se que a atuação do conselho de saúde do município de Viçosa-MG tem sido realizada preponderantemente no sentido de aprovação ou não dos relatórios apresentados pelo poder público e de realização de cobranças; ou seja, o conselho, no momento da prestação de contas, tem a oportunidade de se deparar com problemas municipais de saúde,

mas isso não o torna um mecanismo de controle social efetivo e de proposições de ações no momento da elaboração do planejamento.

Interessante notar que essa verificação sobre a atuação do conselho está expressamente descrita no Plano Municipal de Saúde do período de 2014-2017 (pg. 108), o que corrobora tal entendimento ao apontar que as reuniões, muitas vezes, limitam-se a discussões de matérias que precisam obrigatoriamente da aprovação dos conselhos de saúde para se credenciarem ao recebimento de recursos financeiros, e que o conselho exerce, basicamente, a função de “aprovação das contas”.

Além da participação no momento da prestação de contas da política de saúde municipal, a sociedade também pode realizar o controle social na política de saúde a partir do mecanismo da ouvidoria do SUS implantada no município, uma vez que essa, além de identificar as demandas de saúde, também pode ser utilizada como um mecanismo de controle. A ouvidoria do SUS é um mecanismo criado pelo governo federal, a partir do qual os cidadãos possuem a oportunidade de se manifestarem em relação aos serviços de saúde; dessa forma, o cidadão possui a oportunidade de participar diretamente do controle social das ações públicas de saúde; mas, também, é um mecanismo para que o governo federal possa controlar, de forma indireta, as ações realizadas pelos governos municipais. Sobre essa percepção em relação à ouvidoria do SUS, o entrevistado E08 considera que:

“Ela é ouvidoria da saúde, do SUS, na verdade, a preocupação quando foi criada, que foi solicitada a criação das ouvidorias. O ministério da saúde queria compreender a utilização do sistema SUS nos municípios, compreender e conhecer se está sendo executada a política, se estão sendo executadas em nível municipal” (E08).

De fato, a ouvidoria pode ser reconhecida como mais um espaço em que é concedida voz à sociedade, uma forma de controle social; mas, também, pode ser compreendida como mais um mecanismo de controle do governo federal, pois possui um sistema de informação que é monitorado permanentemente pelo ministério; e, até mesmo uma forma de controle do próprio governo municipal, uma vez que, a partir dela, a secretaria municipal de saúde possui informações sobre a prestação de serviços realizadas pelas unidades de saúde do município. Entretanto, vale ressaltar, que não se

verificou, com o presente estudo, a utilização da ouvidoria por parte do governo municipal como mecanismo de controle interno, podendo ser atribuída essa não utilização ao fato da mesma ter sido recentemente implantada no município. Sobre o entendimento da ouvidoria como um mecanismo de controle, o entrevistado E08 considera que:

“Então, é o controle, na verdade, que se tem por debaixo de toda essa fala aí... Que ele (governo federal) tem de que o cidadão precisa ter voz, em que ele (cidadão) chega e reclama e formaliza a sua reclamação e que isso vira um instrumento de ação; por trás disso, também tem o controle que o ministério vai exercer, o prefeito vai exercer em cima da sua secretaria. E eu acho muito positivo” (E08).

Ocorre que, para que a sociedade possa realizar o controle social, necessário se faz que ela tenha acesso às informações e conhecimento das ações de saúde realizadas no município; ou seja, o governo municipal deve, além de instituir mecanismos de controle por parte da sociedade, criar também mecanismos que facilitem a comunicação, a publicização e a transparência das informações.

Neste sentido, identificou-se que o governo municipal possui um departamento para tratar da comunicação das ações governamentais. Esse órgão é o responsável por todo o trabalho de comunicação da prefeitura municipal, inclusive ao que é referente à política de saúde. Para dar publicidade às ações municipais, a prefeitura possui uma página de internet oficial, na qual disponibiliza as informações de interesse da sociedade, um perfil nas redes sociais, além de utilizar dos meios de comunicação da imprensa local (rádios e jornais impressos). No site oficial da prefeitura de Viçosa-MG, a sociedade tem acesso às informações de prestação de contas e das ações de saúde, a partir do portal da transparência. Para realizar a publicização dessas informações, segundo o entrevistado E05, o governo municipal possui um sistema de informação que para ele:

“Veio facilitar, ele (o sistema de informação) pega os dados lá da licitação, vai lá e pega o salário de todo mundo e joga, e é muito melhor, porque a gente (a secretaria de saúde) tinha obrigação de fazer isso; então, agora, a partir do momento que foi publicada uma licitação, é tudo automático” (E05).

De fato, é possível identificar, no site da prefeitura municipal, os relatórios anuais de gestão; entretanto, os entrevistados E05, E07 e E11

consideram que as ações do departamento de comunicação são incipientes. Sobre a comunicação das ações de saúde para a sociedade, o entrevistado E05 considera que:

“Na verdade, o que tem hoje, que eu acho que é pouco, não muito acessível, é o portal da transparência. Eu acho que deveria ser uma ferramenta mais fácil; um exemplo poderia ser até um aplicativo; número de consultas realizadas em Viçosa, quatro mil; número de exames agendadas em Viçosa, tanto. Linguagem mais acessível, tudo. Ah! Por que eu não consigo agendar uma consulta? Porque realmente não tem consulta, ou eu estou tentando acessar, mas não tenho conhecimento? Onde eu tenho que acessar? Um guia de saúde mesmo...” (E05).

Os entrevistados reconhecem a limitação do governo municipal no que diz respeito à comunicação das ações de saúde, e a atribuem ao fato de que o departamento municipal de comunicação é o responsável pelas informações de toda a prefeitura e que possui muitas atividades relacionadas às outras secretarias a serem desempenhadas. Os entrevistados destacam também que as ações de comunicação adotadas diretamente pela secretaria de saúde são realizadas, normalmente, por meio da imprensa local, uma vez que consideram que as informações fornecidas através das rádios e dos jornais locais alcançam de fato a sociedade como um todo.

O entrevistado E11, gestor municipal da saúde, ressalta que a secretaria de saúde do município prioriza a comunicação das ações por meio da imprensa local, pois acredita que o sistema de informação da prefeitura não é devidamente operacionalizado, mas destaca que a sociedade deveria tomar ciência das ações da secretaria por meio da própria rede de saúde instituída. Porém, o mesmo reconhece que as informações não são repassadas para a sociedade pela própria rede de unidades de saúde.

Identificou-se mecanismos de comunicação, instituídos pelo governo municipal, para promover o conhecimento das ações de saúde municipal e a participação da sociedade. Entretanto, o fato das informações disponibilizadas serem geradas por sistemas que não realizam o tratamento adequado das mesmas, e, em virtude, do departamento responsável pela comunicação não ser específico da área da saúde, sinaliza para a possibilidade desses mecanismos de comunicação não cumprirem, de fato, o seu papel de comunicar. O esperado é que o governo municipal desenvolva procedimentos

de controle e avaliação dos serviços prestados pelas unidades de saúde, estatais ou privadas, que prestem contas aos órgãos da administração pública, aos entes supranacionais, à sociedade civil e aos órgãos de atores, que realize as suas ações de forma transparente, e que, dessa forma, consiga envolver a sociedade em uma relação de cooperação com as ações governamentais com características que favorecem a governança em redes.

Diante de todo o exposto nessa categoria, pode-se compreender que o governo municipal instituiu mecanismos para melhorar a *accountability*, o que, conseqüentemente, favoreceria uma governança em rede, uma vez que, ao melhorar a *accountability*, o governo estaria concedendo aos atores não governamentais a possibilidade de conhecerem as ações públicas realizadas, o que poderia gerar uma maior aproximação dos diversos públicos. Porém, o que se observou foi uma sociedade civil distanciada, uma atuação pouco propositiva do poder legislativo e do conselho municipal de saúde, uma falta de ações por parte do conselho no sentido de trazer a população para a participação; tanto que, a partir da observação não participante, foi notado que as reuniões do conselho são realizadas em um espaço físico pequeno e de portas fechadas, o que diz muito em relação à incorporação da sociedade civil nessa instituição. Esses fatos sinalizam para a possibilidade de que os mecanismos instituídos pelo poder público não sejam efetivos, uma vez que os diversos atores não têm participado, de forma propositiva, das ações de saúde, e que, alguns deles, demonstrem até desinteresse pelas informações, e que, dessa forma, não estejam contribuindo para fortalecer a governança em redes.

A constatação da institucionalização de mecanismos que favorecem a *accountability*, mas, que esses não têm surtido o efeito esperado, o que pode comprometer a governança em rede, e a análise das outras categorias referentes ao processo de governança, levam à seguinte reflexão: qual é a estrutura de governança da política de saúde do município de Viçosa? Esta análise é realizada na categoria 'Estrutura', apresentada a seguir.

8.2.2 Estrutura

A partir da análise do processo de governança, foi possível verificar como se estrutura a governança da política de saúde do município de Viçosa-

MG. Nessa categoria, é realizada a reflexão sobre o arranjo estrutural adotado e a sintonia entre esse e o processo de governança.

De maneira geral, os estudiosos consideram que existem três arranjos estruturais de governança pública, sendo eles o hierárquico, o de mercado e o da rede. Esses arranjos são resultados de uma evolução das formas de resolução de problemas de governança; sendo possível, também, um arranjo estrutural híbrido, onde se combinam esses arranjos. (KISSLER e HEIDMAN, 2006); (ROBICHAU, 2011) e (COSTA, 2015).

Pierre e Peter (2000) entendem que os arranjos de governança hierarquizados são os que possuem estruturas verticalmente integradas, com distinção entre o público e privado. Eles acreditam que nesses arranjos o Estado assume o papel de garantidor do interesse coletivo e, sob esse argumento, exerce um papel de comando e controle, distanciando-se da sociedade. Os autores acreditam que os arranjos hierarquizados estão mudando e se tornando cada vez mais horizontais; da mesma forma pensa Bevir (2011). Eles entendem que tem ocorrido uma evolução do modelo hierarquizado para um modelo em rede que envolva a sociedade.

Ocorre que, a partir da análise do processo de governança da política de saúde do município de Viçosa-MG, compreende-se que a superação do modelo hierárquico ainda não ocorreu no município, uma vez que foi identificada a predominância de características dos arranjos hierarquizados, tais como, a centralização das tomadas de decisão e do planejamento. Ou seja, verificou-se que as tomadas de decisão são realizadas de forma *top down*, com poder decisório centralizado na administração pública municipal; e que, embora ocorra a participação formal de alguns atores não governamentais na elaboração do planejamento, o governo municipal não perdeu a centralidade e o comando nesse procedimento, sendo observado que a participação se dá no sentido de aprovação dos planos municipais.

Stoker (1998) enfatiza que o envolvimento de atores governamentais e não governamentais na prestação do serviço e nas tomadas de decisão das políticas públicas é fundamental para caracterizar a governança em rede, o que não tem ocorrido na política de saúde do município de Viçosa-MG; pois, percebe-se que a incorporação de atores não governamentais tem sido

realizada para cumprir obrigações legais e burocráticas, uma vez que as deliberações coletivas não são, geralmente, valorizadas pela gestão municipal.

Importa considerar que essa compreensão contraria o discurso dos gestores municipais, que afirmam a participação de outros atores nos processos de tomada de decisão e do planejamento, como o conselho municipal e os funcionários municipais diretamente ligados à prestação dos serviços. Entretanto, os mesmos gestores se contradizem ao considerar que as decisões são centralizadas na gestão municipal e que os outros atores não possuem influência nesses procedimentos. Como se verifica na fala do entrevistado E11, gestor da saúde do município, ao dizer, em um primeiro momento, que o conselho municipal de saúde “participa, de uma certa forma, da formulação e aprovação do planejamento”, e, em seguida, afirma que a atuação do conselho deixa a desejar e que as deliberações realizadas no âmbito do conselho não são consideradas pelo governo municipal.

Como entende Stoker (1998), a atuação de atores por si só em uma determinada política pública não pode ser considerada como superação de arranjos hierarquizados, sendo necessário que esses atores estejam interligados, e que tenham interações entre eles e entre as unidades da administração pública. Tal interação não ocorre na governança da política de saúde municipal, pois, conforme discutido nas categorias que compõem o processo de governança, as unidades de saúde do município não estão interligadas, atuando de forma fragmentada e atomizada, sendo o gestor municipal de saúde o ator central da política, a quem os demais atores recorrem em situações-problema, o que reforça a compreensão de que o arranjo de governança da política de saúde do município possui, predominantemente, características hierárquicas, em que o Estado exerce o papel de comando, distanciando-se da sociedade.

Entretanto, apesar da superação da estrutura hierarquizada não ter ocorrido, a operacionalização da política de saúde do município também possui características de governança em rede, uma vez que foi verificado o envolvimento de atores não governamentais na prestação do serviço de saúde e a adoção de procedimentos que favorecem a *accountability*. A governança em rede compreende uma variedade de atores governamentais e não governamentais atuando em um determinado setor de políticas, que facilitam “a

coordenação do interesse e dos recursos públicos e privados e, a esse respeito, aumentam a eficiência na implementação de políticas públicas” (PIERRE e PETER, 2000, p. 20).

Como discutido na categoria ‘Execução’, a prestação de serviço de saúde do município é realizada por uma Rede de Atenção à Saúde (RAS), sendo esta composta por unidades estatais e privadas que participam da prestação do serviço de saúde, o que favorece a otimização dos recursos públicos e privados e, conseqüentemente, a eficiência e efetividade na implementação da política de saúde no município. As unidades estatais são as unidades próprias do município e as unidades de saúde de outros municípios que prestam serviço de saúde; e as unidades privadas são os contratualizados e parceiros que participam da execução dos serviços. Sobre a atuação das unidades privadas na execução da política de saúde, o entrevistado E11 considera que:

“A decisão (da política de saúde do município) não envolve atores do mercado, mas a estrutura sim; nós temos em torno de 42 unidades de saúde, contando com laboratórios... 42 prestadores de serviços de saúde. Então, nós temos serviços terceirizados e temos serviços municipalizados. Nós temos 22 unidades municipalizadas e as outras são terceirizadas. Tem um departamento de regulação, controle e avaliação para controlar essas prestações de serviço” (E11).

Da mesma forma, o entrevistado E07 considera que:

“Os atores de mercado atuam pouco na estrutura da política local de saúde. Pouco. Eles participam através dos contratos, os prestadores de serviço, o hospital, os laboratórios dentre outros. Porque a gente precisa dos serviços deles. Isso é feito a partir de contratos de prestação de serviço. O setor privado participa da estrutura da política de saúde a partir de contratos de prestação de serviço. Eles participam por causa da demanda da população por serviços que a prefeitura sozinha não daria conta. A Terceirização de produtos e serviços ocorre na política local de saúde através dos contratos de prestação de serviço.” (E07).

Compreende-se, então, que a produção do serviço de saúde pelo município requer um arranjo mais complexo para que se alcance a eficiência e eficácia, uma vez que a prestação do serviço em si é compartilhada entre atores governamentais e não governamentais. Vale destacar que a legislação nacional referente à política de saúde, mais especificamente a NOB-96, reconhece a possibilidade de estabelecimentos de rede para a execução da

saúde e autoriza a operacionalização dos serviços de saúde por unidades privadas e por unidades estatais sediadas em outros municípios, mas, ressalta, expressamente, que cabe ao governo municipal a coordenação e a responsabilidade pela execução das ações, o que confirma o entendimento de Peter e Pierre (2000, p. 18) de que a hierarquia ainda possui uma importante função na organização da política institucional das democracias ocidentais, “embora esteja cada vez mais acompanhada de outras formas de governança”.

Embora a prestação do serviço de saúde seja compartilhada por atores governamentais e não governamentais, e que, assim, possui, em certa medida, a formação de rede, percebe-se características de centralização também nessa etapa, pois, a partir dos depoimentos dos entrevistados sobre os contratos de prestação de serviço firmados, geralmente, não é concedida aos atores não governamentais a oportunidade de negociação. Rhodes (2000) defende que as redes são caracterizadas por negociações pautadas na confiança e regulamentadas por regras negociadas e acordadas entre os atores envolvidos. Ressalta-se que, mesmo na etapa da execução da política de saúde, o que se observa é uma estrutura de rede de unidades de saúde para a prestação do serviço de saúde, mas que o processo de execução dos serviços não se dá em rede, uma vez que as unidades de saúde e as unidades administrativas municipais não operacionalizam a política de forma integrada e compartilhada, tendo sido observado um processo de governança com características burocráticas que não favorecem o reconhecimento efetivo das demandas específicas do município. Em outras palavras, verifica-se que a estrutura de rede é apenas formal, uma vez que falta integração entre os membros da rede.

Percebe-se que o governo municipal tem adotado procedimentos que favorecem a *accountability*, uma vez que a transparência das ações da saúde no município possui fundamentos democráticos, e que, principalmente, a prestação de contas da saúde do município, além de ser apresentada para os órgãos da própria administração pública, é apresentada para os órgãos de controle públicos e para a sociedade civil; o que contribui para a formação de uma governança em rede, uma vez que possibilita a inserção de atores não governamentais na política de saúde municipal. Entretanto, a análise das outras etapas do processo de governança (coordenação, planejamento e execução) aponta que os procedimentos adotados não estão influenciando a

consolidação de uma governança em rede, pois os atores não governamentais não estão de fato incorporados aos procedimentos de decisão.

Diante da inserção de atores não governamentais na etapa de prestação do serviço de saúde e da adoção de mecanismos que propiciam a *accountability*, compreende-se que a estrutura de governança do município possui algumas características de rede; entretanto, a governança da política de saúde do município não pode ser considerada em rede, uma vez que essas ações não estão favorecendo a incorporação de fato dos atores não governamentais e que, como discutido anteriormente, a centralização do governo municipal nos procedimentos de tomada de decisão e planejamento são, também, características marcantes.

Provan (2012) aponta a possibilidade de serem formadas redes egocêntricas, que são redes centralizadas, podendo o governo exercer essa centralização ou não; o que poderia levar à reflexão de que a estrutura adotada pelo governo do município estudado seja a de rede egocêntrica, centrada no governo municipal; entretanto, para que seja considerada governança em rede, necessário se faz que os demais atores tenham algum poder de influência na definição das políticas; ou seja, que atuem de fato nos processos de tomadas de decisão, não tendo sido verificada essa atuação dos demais atores no desenvolvimento da política de saúde do município. Embora tenha sido identificada a adoção de mecanismos que possibilitam a atuação de outros atores no processo de governança da política de saúde, que não o governo municipal e sua estrutura administrativa, como o Conselho Municipal de Saúde, verificou-se que, na prática, a atuação desses atores pouco influencia a política.

A partir da análise do processo de governança da política de saúde no município de Viçosa-MG, compreende-se que a estrutura de governança se configura como híbrida, uma vez que possui características hierárquicas, mas com nuances de rede. Na verdade, o processo induz a crer que o modelo adotado é hierárquico; entretanto, é possível verificar características de estrutura de rede, no que se refere à prestação de serviço e de procedimentos que levam à *accountability*; ocorre que essa rede não se concretiza, pois não está articulada; ou seja, apesar de estruturada, não funciona em rede. O que leva à compreensão de que é uma estrutura híbrida, com a predominância do

modelo hierárquico. Tal fato confirma a constatação realizada por Kissler e Heidman (2008) de que estudos empíricos demonstram que as estruturas de governança são, de fato, estruturas híbridas que atuam com diferentes processos de governança.

Vale notar que o gestor municipal de saúde (E11), apesar de ter se esforçado, ao longo da entrevista, para não configurar uma estrutura hierarquizada, resume a estrutura híbrida da governança do município, da seguinte forma: “A decisão (da política de saúde do município) não envolve atores não governamentais, mas a estrutura sim”. O entrevistado E11 acredita na estrutura em rede da saúde no município, embora, reconheça que o processo não ocorre em rede, ao dizer que:

“Da estrutura de governança, da estrutura de governo, Viçosa já um município bem estruturado, chefias de departamento... Então, tem uma rede estruturada, não tem uma rede estruturada na questão da gestão, dos protocolos e da execução no serviço de rede do município, isto está desligado” (E11).

Ou seja, para o entrevistado E11, o organograma da saúde do município está bem desenhado em rede, mas o funcionamento da estrutura não funciona bem. No mesmo sentido, o entrevistado E12 considera a governança do município da seguinte forma: “Eu acho que está mais na parte hierárquica, porque a secretaria de saúde não consegue articular essa rede”.

Necessário se faz refletir, como o faz Peter (2011), que o modelo de governança deve seguir uma orientação mais descentralizada, e, que dessa forma, os governos poderiam ter formas mais eficazes de identificação das demandas de saúde. As formas de identificação das demandas de saúde do município são discutidas no tópico, a seguir, que trata da dimensão ‘Demandas Municipais’.

No Quadro 6 apresenta-se uma síntese da dimensão ‘Governança Pública’.

Quadro 6 – Síntese da dimensão Governança Pública

GOVERNANÇA PÚBLICA		
Categoria	Subcategoria	Resultados

Processo	Coordenação Municipal	<ul style="list-style-type: none"> - Realizada pelo gestor municipal de saúde, possuindo esse, posição dominante no processo de implementação dos serviços de saúde; - Os demais atores não participam do processo de tomada de decisão da política municipal de saúde.
	Planejamento	<ul style="list-style-type: none"> - Sofre influência significativa do grau de centralização das tomadas de decisão; tanto dos comandos exercidos pelo governo federal, quanto da centralização das tomadas de decisões pelo governo municipal. - Tem sido realizado para cumprir com as determinações do governo federal e com as obrigações legais com o intuito de garantir os repasses de recursos. - Não tendo sido realizado a partir de discussões e reflexões sobre as reais demandas de saúde específicas do município.
	Execução	<ul style="list-style-type: none"> - A execução se dá com o envolvimento de diversas unidades, sendo essas estatais e privadas; entretanto, elas não agem de forma organizada, integrada e articulada, fazendo cada uma delas 'carreira-solo'. - Limitada capacidade administrativa e financeira, o que tem gerado ineficiência e falta de efetividade da política de saúde no município.
	Accountability	<ul style="list-style-type: none"> - O governo municipal instituiu mecanismos para melhorar a <i>accountability</i>, o que, conseqüentemente, favoreceria uma governança em rede. - Porém, o que se observou foi uma sociedade civil distanciada, uma atuação pouco propositiva do poder legislativo e do conselho municipal de saúde, uma falta de ações por parte do conselho no sentido de trazer a população para a participação. - Mecanismos instituídos pelo poder público não são efetivos, uma vez que os diversos atores não têm participado, de forma propositiva, das ações de saúde, e que, alguns deles, demonstrem até desinteresse pelas informações, e que, dessa forma, não estejam contribuindo para fortalecer a governança em redes.

Estrutura		<p>- A estrutura de governança se configura como híbrida, uma vez que possui características hierárquicas, mas com nuances de rede.</p> <p>- Ocorre que essa rede não se concretiza, pois não está articulada; ou seja, apesar de estruturada, não funciona em rede.</p>
------------------	--	--

8.3 Demandas Municipais

Autores, como Marques (2002) e Bueno e Merhy (1997), acreditam que diante da coordenação federativa exercida pelo governo federal na política de saúde, o governo municipal encontraria dificuldades para implementar uma política com base nas demandas específicas do municípios. Entretanto, a coordenação federativa legitima os municípios como ente federado, e diversas normas, como a NOB-96, atribuem a ele responsabilidade por reconhecerem que a sua proximidade com os cidadãos favorece a identificação de demandas municipais, de problemas públicos e de suas respectivas soluções. Nessa combinação de centralização e descentralização, diversas maneiras de identificação e incorporação das demandas na agenda municipal podem emergir. Dessa forma, a dimensão ‘Demandas’ tem como objetivo compreender como o governo municipal identifica as demandas de saúde específicas do município e como oferece resposta às mesmas.

Verificou-se, a partir das entrevistas, que a identificação das demandas se realiza por três formas: a partir das ações da própria gestão municipal, pelos órgãos de controles governamentais e por meio da participação e controle social. Para compreender cada uma dessas formas de reconhecimento das demandas de saúde municipais, optou-se por trabalhar a partir de questões orientadoras por entender que facilita a compreensão, sendo elas: 1) Quais ações são realizadas no âmbito interno da gestão municipal que proporcionam a identificação das demandas de saúde? 2) Como as instituições que atuam no controle governamental apresentam as demandas? 3) Como os mecanismos de participação e controle social apresentam as demandas?

- 1) Quais ações são realizadas no âmbito interno da gestão municipal que proporcionam a identificação das demandas de saúde?

Em relação ao reconhecimento das demandas de saúde do município por meio das ações da gestão municipal, verificou-se que pode ocorrer por meio dos indicadores de saúde do município, pela sensibilidade da gestão municipal em relação à opinião pública, e pelas informações geradas pelos burocratas e agentes envolvidos com a prestação do serviço de saúde no município.

A partir das entrevistas realizadas, identificou-se que a forma de identificação das demandas de saúde, específicas do município, mais valorizadas pelos entrevistados, tendo sido citadas por cinco deles, se dá por meio da análise dos indicadores de saúde gerados pelos Sistemas de Informação da Saúde (SIS), utilizados pela Secretaria Municipal de Saúde por determinação dos governos estadual e federal. Segundo o entrevistado E15, os agentes dos serviços de saúde registram todas as ações realizadas por eles nos sistemas, sendo possível, então, a partir dos dados gerados, a identificação dos serviços prestados em um período, e, conseqüentemente, das necessidades de saúde do município. Os indicadores gerados pelos sistemas são importantes ferramentas para análise da situação da saúde e para as tomadas de decisão; e os municípios são a base de produção dessas informações, pois são os responsáveis por alimentar esses sistemas.

No município de Viçosa, segundo dados do Plano Municipal de Saúde 2014-2017, são alimentados regularmente os Sistemas de Informação de Mortalidade (SIM), Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC), ESUS (PSF), Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), Sistema de Informação de Imunização (SIPNI), Gerenciamento de Amostras Laboratoriais (GAL), Formulário SUS (FORMSUS), Programa Nacional de Controle de Dengue (PNCD), Sistema de Vigilância Epidemiológica de Doenças Diarréicas Agudas (SIVEP DDA), Comunicação de Internação Hospitalar (CIH), Sistema de Informação Ambulatorial (SAI) e Sistema de Informação Hospitalar Descentralizado (SIHD), SUSFÁCIL, Programa de Controle de Febre Amarela e Dengue (PCFAD), Minas Fácil, Sistema Integrado de Gerenciamento da

Assistência Farmacêutica (SIGAF), Boletim de Produção Ambulatorial (BPA), Cartão Nacional de Saúde (CNS), Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

Entretanto, vale refletir que os indicadores, por si só, indicam os serviços que foram prestados pelas unidades de saúde do município, porém, não registram as lacunas de serviços não prestados, mas que precisam de atenção por parte do governo municipal. Ressalta-se que, apesar dos entrevistados considerarem os indicadores como meios de identificação das demandas de saúde do município, a análise documental realizada, em relação ao Plano Municipal de Saúde do período de 2014-2017 (pg. 111), encontrou considerações de que os múltiplos sistemas de informação existentes são desarticulados, não interagindo entre si; que os resultados apresentados são diferentes em cada sistema, o que dificulta uma análise mais precisa dos dados; e, que, apesar da importância dos indicadores gerados por esses sistemas, de maneira geral, os dados não são transformados em informações que possam subsidiar ações e tomadas de decisão por parte da gestão municipal.

O entrevistado E09 ressalta que, para a identificação das demandas, aliados aos indicadores de saúde, são utilizados também indicadores gerais do município, e que, juntos, apresentam para o governo municipal as demandas de saúde específicas do município. O entrevistado cita, como exemplo, o caso da demanda por serviço para tratamento de dependentes químicos, identificada por meio de dados estatísticos do município e de dados específicos dos atendimentos de saúde relacionados a essa questão. Segundo o entrevistado E09:

“Como o governo local verifica que estamos precisando? Por exemplo, do CAPS AD (Centro de Atenção Psicossocial - Álcool e Droga, programa do governo federal)? Através de diagnósticos... A quantidade de demanda... Também a questão da violência que existe dentro da cidade, dados fornecidos pelo conselho tutelar de que é alto o envolvimento de adolescentes aqui (no município de Viçosa-MG) com a questão do álcool e da droga, então é uma demanda. Os números acabam mostrando para a gente a necessidade do CAPS-AD em Viçosa; você vai lá no serviço de inteligência da Polícia Militar e vê lá a quantidade de usuário, todo roubo e pequeno furto é relacionado às drogas na cidade, então, está mais que comprovado. A própria demanda do cidadão que vem até à Secretaria de Assistência Social ou até a Secretária de Saúde que pede tratamento é mais do que notório. Aliás, não precisava nem de diagnóstico, já

existe essa demanda da sociedade, dos números, dos dados; não precisa de aprofundar muito o diagnóstico, é fato, ele aparece de natureza. A demanda é nítida devido à violência” (E09).

Quando o entrevistado E09 relata que as demandas de saúde específicas do município aparecem de forma natural, que são nítidas, ele atribui este fato a utilização dos indicadores do município como um todo, o que sinaliza para a sensibilidade da gestão municipal às informações que, de alguma forma, chegam até ela. O que ocorre é que, embora não tenha sido citado pelos entrevistados, percebe-se, a partir do depoimento dos gestores municipais, que o governo municipal também está atento à opinião pública; o que sinaliza para a sensibilidade da gestão municipal para captar demandas que não são apresentadas formalmente ao governo municipal, mas que são apontadas pelas mídias sociais, pela mídia tradicional, pelo contato direto e informal dos usuários com a administração pública e pelas informações dos funcionários municipais que podem identificar ruídos na sociedade; ou seja, que são apontadas pela opinião pública.

Essa sensibilidade também foi verificada na percepção dos entrevistados E9 e E17, em relação à necessidade de implantação de um centro de zoonose no município, uma vez que os mesmos acreditam que os cães e gatos que vivem nas ruas representam risco à saúde pública, e que ações do poder público devem ser realizadas para que os animais tenham acolhimento e tratamento correto; relataram, ainda, que a demanda pelo centro de zoonose é notória.

Sobre as informações sobre demandas que podem ser geradas pelos burocratas e agentes de saúde envolvidos na execução do serviço, o que se observa é que a gestão municipal de saúde demonstra certa sensibilidade em relação a essas informações, embora tenha sido observado, por meio da observação não participante, que não há uma maneira sistemática de considerar essas informações. Percebe-se que, apesar de a gestão municipal de saúde demonstrar sensibilidade a essas informações, nenhum dos burocratas e agentes de saúde entrevistados considerou a sua percepção como fonte de identificação das demandas municipais, o que sinaliza para o fato de que essa fonte de informação não é valorizada pelos próprios operacionalizadores da saúde. A falta de uma maneira sistemática, para

considerar a percepção dos burocratas e agentes de saúde como forma de identificação das demandas, foi verificada não somente pelo fato dos operacionalizadores entrevistados não a terem citado, mas, também, pela verificação de que os mesmos não influenciam as tomadas de decisão e a elaboração do planejamento, o que sinaliza para o fato de que o governo municipal não os valoriza como possíveis fontes de identificação de demandas.

Sobre a possibilidade da colaboração dos operacionalizadores da saúde para o reconhecimento das demandas de saúde, o entrevistado E06, considera-a muito importante, assim como o faz Granja (2012), que acredita que os operacionalizadores da saúde, principalmente os da atenção primária, podem proporcionar o reconhecimento efetivo de demandas municipais, pois ocupam um espaço privilegiado para se conhecer os problemas e as necessidades de saúde individuais e coletivas. Entretanto, o mesmo entrevistado (E06) ressalta que, para tanto, seria necessário que o processo de execução da política de saúde fosse organizado e que funcionasse de forma integrada. Segundo o entrevistado, que ocupa o cargo de coordenador do Programa Saúde da Família (PSF), “Se eu tivesse um processo organizado, eu conseguiria enxergar a necessidade da população; hoje, a gente não enxerga ainda, entende? E eu não sei se é possível atender a necessidade de saúde na sua integralidade”. De fato, pode-se compreender que um processo organizado de execução dos serviços de saúde favorece o reconhecimento das necessidades da população, e que, nesse caso, os agentes de saúde poderiam ser, de fato, uma boa fonte de identificação de demandas.

- 2) Como as instituições que atuam no controle governamental apresentam as demandas?

As demandas também podem ser apontadas pelas instituições que realizam o controle governamental, tendo sido identificado o potencial do poder legislativo e do poder judiciário para o reconhecimento das demandas de saúde municipais. Quatro entrevistados apontaram a câmara de vereadores como fonte de demandas de saúde; entretanto, os mesmos consideraram que a mesma não atua de forma propositiva, não atuando de acordo com o papel a ela atribuído de propor projetos e iniciativas coletivas na área da saúde, e sim,

que reage às denúncias e às demandas individuais apresentadas. O entrevistado E03, presidente da comissão de saúde do poder legislativo municipal, descreve a atuação da comissão da seguinte forma:

“Tudo que vem para cá também vai para a câmara; a gente faz um trabalho de averiguação; normalmente, o que mais a gente recebe é a falta de medicamento; a gente vai ao local, na farmácia básica do SUS. Tem remédio que é de obrigação do município, e tem também aqueles que são de responsabilidade do estado. A gente (comissão de saúde) sempre responde para a pessoa, se for do estado, a gente passa para a pessoa a dificuldade... Que tem que esperar mesmo o prazo; e quando é (de responsabilidade) do município, a gente interfere e consegue resolver; 90% dos casos a gente consegue resolver. Porque falta é a boa vontade mesmo, quando precisa da comissão de saúde intervir. Mas as demandas coletivas, na verdade, não está chegando não” (E03).

Da mesma forma, três entrevistados consideraram a atuação do poder judiciário na identificação das demandas. Eles relataram que a atuação do Ministério Público ocorre no sentido de fiscalização e cobrança por determinado serviço de saúde, geralmente, com base em denúncias, e que essas cobranças possuem o potencial para indicar as demandas de saúde da sociedade municipal. A judicialização da saúde, discutida anteriormente, também foi apontada pelos entrevistados como formas de reconhecimento das demandas da sociedade, uma vez que o somatório das demandas judiciais pode indicar os serviços que mais estão sendo demandados judicialmente, e que, dessa forma, merecem atenção do governo municipal.

Sobre a atuação das instituições que realizam o controle governamental, pode-se verificar que a câmara de vereadores não tem atuado de forma propositiva, e, sim, que ela reage às denúncias e demandas individuais solicitadas; verificou-se, também, a partir das entrevistas, que as demandas apontadas pelo poder judiciário são consideradas e analisadas pela gestão municipal, uma vez que esse possui maior poder coercitivo; embora não tenha sido identificado o reconhecimento dessas demandas apontadas pelo poder judiciário no momento da elaboração do planejamento da política de saúde municipal.

- 3) Como os mecanismos de participação e controle social apresentam as demandas?

Sobre a identificação das demandas por meio da participação social, identificou-se que o município possui três mecanismos que possuem o potencial para a identificação das demandas de saúde específicas do município, sendo eles, o conselho municipal de saúde, a ouvidoria e a conferência municipal de saúde. Esses mecanismos foram indicados pelos entrevistados, de forma geral, como mecanismos importantes para o levantamento das demandas de saúde do município, mas não citaram os mesmos como mecanismos que, de fato, estejam proporcionando a identificação das demandas.

A ouvidoria foi citada por cinco entrevistados como mecanismo em potencial para a identificação das demandas de saúde municipais. Eles demonstraram expectativas em relação à implantação recente (maio de 2017) da ouvidoria do SUS no município, pois a consideraram como um mecanismo que possibilita maior participação da sociedade, fazendo com que as demandas sejam apontadas pelos próprios cidadãos. O entrevistado E07, chefe do Departamento de Vigilância em Saúde do município, acredita que:

“Com a ouvidoria, eles (gestão municipal) vão começar a trabalhar mais essa questão do cidadão. O objetivo da ouvidoria é receber as demandas da população, e a população não tem conhecimento da existência do conselho municipal; então, a ouvidoria vai fazer esse papel de ouvir o cidadão. Agora, a ouvidoria não é só ouvir as reclamações individuais, é trabalhar essa questão da política de saúde do município mesmo” (E07).

A partir do relato do entrevistado E07, percebe-se a preocupação do mesmo em relação ao tratamento que o governo municipal dará às demandas identificadas com a implantação da ouvidoria, pois, para ele, a demanda não deve ser considerada apenas individualmente, mas também, utilizar o mecanismo de ouvidoria para identificar as demandas coletivas de saúde do município. O entrevistado E08, que ocupa o cargo de ouvidor do município, compartilha da mesma opinião, e, embora reconheça que as demandas, que chegam por meio da ouvidoria, são individuais, e que, normalmente, são reclamações e denúncias, acredita que, com o acúmulo de demandas individuais, será possível a identificação de demandas coletivas. Entretanto, vale considerar que, apesar da expectativa dos entrevistados em relação à ouvidoria como um mecanismo de reconhecimento de demandas municipais de

saúde, na prática, o que se observa é a implantação ritualística da ouvidoria e que ela ainda não tem sido divulgada para população em geral e que não tem contribuído para tal reconhecimento.

O Conselho Municipal de Saúde foi citado como uma possível forma de identificação de demandas por quatro entrevistados, porém eles realçaram que o conselho, de fato, não apresenta, para a gestão municipal, demandas coletivas de saúde, uma vez que essa instituição é procurada pelos cidadãos, normalmente, para solicitar apoio para atendimento de alguma demanda individual específica. O entrevistado E12 se manifesta em relação à atuação do Conselho Municipal de Saúde, do qual é presidente, na identificação das demandas municipais da seguinte forma.

“O conselho é demandado sim, ma vou te dizer que no ano chegam lá três ou quatro demandas de população. Muitas vezes, a reclamação até como ela é feita, você sabe se ela procede ou não. E, as vezes, nem procede a situação. Então, a população, muitas vezes, não vai ao conselho que é onde realmente deveria ir; então, chega muitas vezes de forma atravessada. E chega de forma individual” (E12).

A partir dessa atuação do Conselho Municipal de Saúde, pode-se inferir que a sociedade civil não exerce o papel de apontar as demandas de saúde do município. O que confirma o entendimento do entrevistado E05 de que a sociedade do município não está preparada e articulada para exercer o papel de proposição de ações.

A conferência de saúde foi citada por dois entrevistados como um mecanismo de participação social em potencial para a identificação das demandas de saúde do município, para o entrevistado E14:

“A conferência municipal... Dali, emergem propostas que podem ser consideradas na gestão da saúde no tocante ao plano municipal de saúde do município; então, assim, aquilo que a sociedade, os participantes dessa conferência, que é um espaço aberto, em que todos têm não somente espaço para participar igual o conselho tem, que seria possibilidade de voz, mas, também, possibilidade de voto, então assim, é um espaço deliberativo da sociedade. Então, a conferência, tem uma potência grande de vocalizar a demanda da sociedade” (E14).

O entrevistado E14 considera que as conferências municipais de saúde realizadas têm, de fato, levantado demandas de saúde para o município, e ressalta também que essas demandas são coletivas e representam a

necessidade da sociedade como um todo; porém, o entrevistado ressalta que, apesar das conferências de saúde levantarem demandas específicas do município, essas não são incorporadas ao planejamento municipal, não sendo valorizadas pela gestão municipal nas tomadas de decisão.

Assim, tendo sido verificadas as formas de identificação das demandas de saúde por parte do governo municipal, buscou-se compreender se essas demandas são incorporadas ao planejamento da saúde no município. Para tanto, buscou-se responder à seguinte pergunta: demandas se traduzem em políticas públicas municipais?

O que se percebe é que o reconhecimento das demandas de saúde do município é realizado, principalmente, por meio dos indicadores da saúde do município, ou seja, são originados das ações da gestão municipal, uma vez que as demandas levantadas pelas conferências não são, de fato, reconhecidas pelo governo municipal; e que os demais mecanismos que poderiam identificar as demandas, os problemas públicos e contribuir para a solução de problemas municipais, tais como, câmara de vereadores, conselho municipal de saúde, ouvidoria, poder judiciário, são utilizados para o acolhimento de demandas individuais e não atuam de forma propositiva.

Importa ressaltar que a identificação de demandas do município, sendo elas coletivas ou individuais, não gera, na maioria das vezes, a incorporação das mesmas no processo de planejamento. Pois, embora os indicadores e os relatórios das conferências, indiquem as necessidades municipais de saúde; na prática, poucos são utilizados no momento do planejamento, como apontado pelo entrevistado E07, que diz: “A identificação das demandas ocorre a partir dos próprios indicadores que acabam sendo gerados pelo sistema. Mas o que é feito com esses problemas? Nem sempre são usados no planejamento. Assim, tem o planejamento que manda para o gabinete (do prefeito), mas nem sempre consegue cumprir com o que foi identificado, porque depende muito da parte burocrática”. O que sinaliza para a falta de capacidade administrativa de reconhecer as demandas, principalmente as específicas do município, e de utilizar as demandas que se apresentam nos procedimentos de tomada de decisão e de planejamento.

Essa falta de capacidade administrativa do município de reconhecer e incorporar suas demandas de saúde específicas justifica a necessidade que o

município possui do comando exercido pelo governo federal, que determina as diretrizes e os programas a serem implementados pelos municípios, pois os governos municipais não conseguem se organizar administrativamente para reconhecer o próprio cenário. O que sinaliza para o fato de que o governo municipal atua de forma reativa ao governo federal; ou seja, o governo federal indica as diretrizes ao governo municipal e esse reage a essas diretrizes nacionais. Compreende-se, então, que a indução do governo federal em relação à política de saúde se justifica e se torna efetiva pela dificuldade do município em se organizar para o reconhecimento das suas respectivas demandas de saúde.

Fato importante considerado por todos os entrevistados é que a maioria das demandas de saúde identificadas pelo governo municipal já fazem parte das diretrizes nacionais e que possuem programas nacionais que as preveem. Tal situação sinaliza para o fato de que governo federal consegue captar as demandas dos municípios em geral. O que acontece é que, embora os programas nacionais e estaduais consigam abarcar quase todas as demandas de saúde, eles não direcionam recursos suficientes para que oferta dos serviços atenda as necessidades da população como um todo.

Dessa forma, a partir de todo o estudo, identificou-se que as demandas de saúde específicas do município de Viçosa-MG se referem, geralmente, ao quantitativo dos serviços de saúde já prestados no município e financiado pelos governos estadual e federal, uma vez que todos os entrevistados ressaltaram que as necessidades de saúde do município se referem a exames, consultas, cirurgias e outros procedimentos relacionados a doenças/problemas que o município já oferece com base nos programas nacionais, sendo possível identificar uma visão tradicional de atenção à saúde. Como citado pelo entrevistado E07 que diz:

“No meu ponto de vista, o que a população precisa é de consultas, exames e remédios; você verifica qual a maior reclamação no município é em relação a medicamento e consultas, que não têm; esse é um problema nacional mesmo. Então, assim, o número de consultas, remédios e exames é pequeno; os contratos são com valores pequenos, com cotas pequenas” (E07).

Da mesma forma, o entrevistado E13 entende que “Os programas estabelecidos pelo governo federal e estadual refletem a realidade do

município, o que não reflete é o quantitativo de recurso financeiro repassado pelos programas; eu acredito que é escasso, diante do número populacional que a gente tem”.

A limitação dos recursos repassados pelo governo federal e estadual, por meio dos programas para o atendimento das demandas de saúde da população de Viçosa-MG, foi indicada por todos os entrevistados; entretanto, o entrevistado E08 ressalta que, além dessa limitação, falta ao município capacidade administrativa para operacionalizar os programas e que tal fato pode levar ao não atendimento de demandas individuais de saúde. Segundo o entrevistado E08: “As demandas são quase sempre individuais mesmo, quase nunca algo coletivo. Então, me parece que o governo federal tem criado programas que cobrem todas as necessidades da saúde; a questão é a quantidade da oferta desses serviços; é sempre pouco; não atende a demanda, e outra questão é a falta de capacidade do município em gerenciar essa operacionalização” (E08).

Além dessa demanda pelo aumento do quantitativo dos serviços de saúde já prestados pelo governo municipal, foram identificadas três demandas de saúde específicas do município de Viçosa, sendo elas, a implantação de um centro para o tratamento de dependentes químicos, de um centro de odontologia especializada e de um centro de zoonose. Dessa forma, se faz importante entender como o governo municipal reage diante da identificação dessas necessidades e refletir sobre a capacidade do governo municipal de dar respostas a essas demandas.

Os centros de tratamento para dependentes químicos e de odontologia especializada se inserem em programas do governo federal denominados, respectivamente, Centro de Atendimento Psicossocial Álcool e Droga (CAPS-AD) e Centro Especializado de Odontologia (CEO). Para atender a essas demandas, o governo municipal elaborou um projeto para cada uma, relatando a necessidade e as condições do município de atendê-las, e que o mesmo está articulando com os entes da federação, no âmbito das comissões CIRA, CIR e CIB, para que esses programas sejam implantados no município.

A demanda por um centro de zoonose não possui um programa do governo federal que possa incorporá-la, sendo essa a única demanda específica do município de Viçosa identificada pelo presente estudo, que não

está contemplada por programas nacionais ou estaduais; assim, como visto ao longo da discussão da coordenação federativa e da governança pública, o governo municipal deveria desenvolver um programa municipal, financiado por recursos próprios, para o atendimento dessa demanda específica. Entretanto, como o município de Viçosa-MG não possui capacidade financeira para dar resposta a tal demanda, identificou-se que o gestor municipal tem realizado articulações políticas para conseguir recursos financeiros para solucionar a questão; na prática, o gestor municipal tem realizado esforços para conseguir emendas parlamentares que financiem a construção de um centro de zoonoses no município. Esse esforço é relatado pelo gestor municipal, entrevistado E09, da seguinte maneira:

“Se precisar, vou em busca da minha influência política, que, aí, eu busco os atores ...Se é estadual, vou atrás de um deputado estadual; se for federal, vou atrás de um deputado federal... Vou atrás dos senadores da república. Por exemplo, se você andar nas ruas de Viçosa, você vai ver a quantidade de gato e cachorro, cachorro de rua... O senador Fulano de Tal acabou de me arrumar um recurso de 250 mil reais para um centro de zoonose que nós vamos construir, também tudo feito, tudo analisado. Porque nós não temos centro de zoonose. Existe uma demanda, um desejo da sociedade para serviços públicos que, muitas vezes, não tem como a gente atender...Primeiro, porque se for de responsabilidade do governo federal ou do governo estadual (programas nacionais ou estaduais), com a crise, não se abre esse credenciamento, porque a gente credencia, quando vai abrir um PSF, o ministério da saúde divulga um edital aos interessados, aí tem todo um critério; as cidades que podem estar pleiteando essa demanda X e Y, então é mais ou menos dessa forma. O gestor tem que ter justamente habilidade, tentar via programa do governo federal que se encaixa naquela demanda existente no âmbito do poder público municipal, e aquilo para o qual não existe o programa específico, por exemplo, não existe um programa específico para a construção do centro de zoonose, então eu consegui através de uma emenda do senador, porque todo deputado e senador tem um valor x que ele pode direcionar para onde ele quer, então, eu consegui com emenda do senador, é uma demanda bem específica. Quando não existe uma política de âmbito federal e de âmbito estadual, o gestor tem que buscar através de emenda parlamentar ou através de recurso próprio” (E09).

As emendas parlamentares foram citadas como alternativa de financiamento à qual o governo municipal pode recorrer diante dos escassos recursos próprios e da necessidade de atendimento de demandas de saúde específicas do município. As emendas parlamentares foram citadas pelos entrevistados não somente no caso do financiamento do centro de zoonoses, mas, também, como uma alternativa para a complementação dos recursos

transferidos por programas nacionais e estaduais aos governos municipais. Como o exemplo citado pelo entrevistado E16, em que um parlamentar financiou a compra de uma ambulância para o município, por meio de emenda parlamentar, e que, dessa forma, proporcionou o aumento do quantitativo de ambulâncias adquiridas pelo município. No mesmo sentido, vale destacar a fala do entrevistado E02 que diz:

“A secretaria de saúde tem recebido de emendas parlamentares para compra de equipamentos na área da saúde. Emendas parlamentares, por exemplo: tem um deputado e ele dá aquele X valor para a secretaria de saúde, equipamentos médicos utilizados nos psf's. E, aí, a gente fez a compra esse ano, e, para o ano que vem, a gente tem mais três emendas parlamentares para compra de mais equipamentos” (E02).

Tal fato reforça a compreensão de que a capacidade financeira municipal é limitada, uma vez que o governo municipal não possui recursos federais e estaduais suficientes para atender as demandas de saúde que possuem programas que dão base, e que não possui recurso próprio suficiente (e que esse, muitas vezes, se vê comprometido com a complementação orçamentária para os programas nacionais) para atender as demandas específicas do município. Compreende-se, então, que, como a capacidade financeira do município é reduzida, quando o gestor municipal identifica uma demanda de saúde, seja ela específica do município ou não, ele precisa realizar articulações políticas para conseguir recurso para o atendimento da demanda, podendo ser essas articulações realizadas no âmbito das comissões intergestoras ou no âmbito do poder legislativo estadual e federal.

Por fim, é importante considerar que, quando perguntados sobre o atendimento das demandas de saúde pelo governo municipal de Viçosa-MG, os entrevistados foram unânimes ao dizer que as demandas do município não têm sido atendidas na sua totalidade; porém, consideraram que o não atendimento se deve ao fato de que a oferta dos serviços de saúde oferecidos pelo município, por meio de programas nacionais ou estaduais, é pequena diante das demandas. O entrevistado E09 considera o atendimento das demandas de saúde do município estudado da seguinte forma: “Eu acho que não tem muito o que inventar aqui; já existe um pouco de tudo, mas, é melhorar a oferta do serviço público. Eu entendo que a oferta é retraída, em alguns

aspectos, por exemplo, no que tange a procedimentos de exames, consultas, faltam especialistas”. Entretanto, eles consideraram que a maioria das demandas possui programas nacionais ou estaduais que a viabilizam em alguma medida. O que leva à compreensão de que as demandas de saúde do município não são atendidas na sua totalidade pelo fato de o município possuir autonomia normativa reduzida, sendo explicada, principalmente, pela falta de autonomia financeira e capacidade administrativa. Diante dessa compreensão, o que se percebe é que a reivindicação dos município por maior autonomia é quase um discurso vazio, na medida em que o município não possui capacidade de identificar de forma adequada as suas necessidades específicas e de formular de forma consistente demandas municipais específicas, o que aponta para a seguinte reflexão: se o município tiver autonomia, o que vai fazer com ela?

As respostas às questões que orientaram a discussão desta seção, sendo elas: “Quais ações são realizadas no âmbito interno da gestão municipal que proporcionam a identificação das demandas de saúde?”; “Como as instituições de controle governamental apresentam as demandas?”; “Como os mecanismos de participação e controle social apresentam as demandas?”; e “As demandas se traduzem em políticas públicas municipais?”, se encontram apresentadas no Quadro 7, que apresenta de forma sintética os resultados referentes à dimensão ‘Demandas Municipais’.

Quadro 7 – Síntese da Dimensão ‘Demandas Municipais’

Demandas Municipais	
Questões	Resultados
Ações realizadas no âmbito interno da gestão municipal que proporcionam a identificação das demandas de saúde?	<ul style="list-style-type: none"> - Indicadores do município (geral e os de saúde), sensibilidade da gestão municipal em relação à opinião pública, e informações geradas pelos burocratas e agentes de saúde. - Os múltiplos sistemas de informação existentes são desarticulados, não interagindo entre si; e - Os dados não são transformados em informações que possam subsidiar ações e tomadas de decisão por parte da gestão municipal.

<p>Como as instituições de controle governamental apresentam as demandas?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Potencial: poder legislativo e do poder judiciário. - O Poder legislativo não tem atuado de forma propositiva, e, sim, que ela reage às denúncias e demandas individuais solicitadas. - Poder judiciário: poder coercitivo. - Também não ocorre o reconhecimento dessas na elaboração do planejamento da política de saúde municipal.
<p>Como os mecanismos de participação e controle social apresentam as demandas?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Três mecanismos: o conselho municipal de saúde, a ouvidoria e a conferência municipal de saúde. - Porém, esses mecanismos não tem, de fato, proporcionado a identificação das demandas.
<p>As demandas se traduzem em políticas públicas municipais?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - A identificação de demandas do município não gera, na maioria das vezes, a incorporação das mesmas no processo de planejamento. - Falta de capacidade administrativa de reconhecer as demandas e de utilizar as demandas que se apresentam nos procedimentos de tomada de decisão e de planejamento. - Necessidade que o município possui do comando exercido pelo governo federal, pois o governo municipal não consegue se organizar administrativamente para reconhecer o próprio cenário. - O governo municipal atua de forma reativa ao governo federal. - As demandas de saúde específicas do município de Viçosa-MG se referem, geralmente, ao quantitativo dos serviços de saúde já prestados no município e financiado pelos governos estadual e federal. - A capacidade financeira municipal é limitada. - As demandas de saúde do município não são atendidas na sua totalidade pelo fato de o município possuir autonomia normativa reduzida, sendo explicada, principalmente, pela falta de autonomia financeira e capacidade administrativa.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente tese teve como objetivo analisar como a Governança da Política Municipal de Saúde de Viçosa-MG assimila as demandas específicas de seu município, diante da coordenação exercida pelo governo federal. Como o entendimento da questão está no contexto da coordenação federativa, e essa passa pela análise do federalismo, necessária se fez a definição do conceito do federalismo, de seus tipos e de sua trajetória histórica no Brasil. Definido o conceito de federalismo e a importância da coordenação intergovernamental dentro dele, passou-se a analisar a coordenação federativa no caso das políticas públicas no Brasil, centrando o foco na política pública de saúde. Após ser apresentado o debate acerca da coordenação federativa, passou-se a discutir a governança pública, mais especificamente, no que se refere ao processo e à estrutura da governança municipal da política de saúde, considerando o contexto da coordenação da política pública de saúde.

O governo federal exerce um importante papel na coordenação da política de saúde, uma vez que a União, a partir da metade dos anos 1990, passou a exercer influência sobre o processo de políticas públicas, e o município, a exercer o papel de operacionalizador de tais políticas. Os municípios têm sido estimulados a incorporar os programas nacionais que lhes acrescentam receita financeira e viabilizam o atendimento das suas demandas de saúde. Entretanto, a coordenação federativa também apresenta limitações que perpassam pela possibilidade de que o comando exercido pelo governo federal possa dificultar que a governança dos municípios seja realizada com base nas demandas específicas municipais.

Dessa forma, necessária se fez a realização de uma investigação profunda para analisar a seguinte questão: como a governança da política de saúde de Viçosa-MG assimila as demandas específicas do município no contexto da coordenação federativa?

Para compreender a governança da política municipal de saúde no contexto da coordenação exercida pelo governo federal e como as demandas específicas do município são assimiladas, utilizou-se um esquema de análise, criado com base na concepção do federalismo cooperativo e da governança

pública, composto por três dimensões, sendo elas: coordenação federativa, governança pública e demandas municipais.

A partir do estudo realizado, verificou-se que a coordenação federativa da política de saúde exercida pelo governo federal apresenta, por um lado, aspectos positivos, tais como, estímulo às relações de cooperação entre os municípios da região de saúde; determinação para que o município adote uma concepção participativa no desenvolvimento da política, como a determinação para a realização das conferências e da implantação da ouvidoria do SUS; repasse de recursos financeiros para o município; estabelecimento de mecanismos de controle; e, principalmente, a visão da saúde pública de forma sistêmica, integral e regionalizada. Por outro lado, apresenta aspectos negativos, como redução da autonomia normativa e financeira do município e falta de capacidade financeira para garantir a integralidade dos serviços de saúde.

De forma geral, pode-se dizer que a coordenação federativa exercida pelo governo federal tem contribuído para que o município de Viçosa-MG viabilize a sua política de saúde, uma vez que as diretrizes e programas nacionais provêm os serviços de saúde necessários ao município. O que significa dizer, em outras palavras, que, ao induzir o município à adesão aos programas nacionais, o governo federal contribui com a política municipal de saúde. Embora, não se possa desconsiderar o fato de que o montante de recurso transferido pelo governo federal e estadual para a implementação da política municipal de saúde não é suficiente, cabendo ao município complementar, para além de suas responsabilidades, com recursos próprios para que o programa nacional seja operacionalizado.

Além disso, observou-se que a governança da saúde de Viçosa-MG apresenta limites que prejudicam a sua atuação em oferecer respostas às demandas específicas. Tais limites se referem à falta de recursos financeiros e de capital humano, problemas de articulação da sociedade civil para fazer valer os seus direitos nos espaços deliberativos e falta de reconhecimento desses espaços por parte do executivo municipal. Observou-se que a governança da política de saúde do município de Viçosa-MG pode ser entendida como uma estrutura híbrida, com características hierárquicas e de redes; em que o processo de governança não se dá em rede, sendo desarticulado e com

pequena participação dos atores não governamentais. O fato da rede ser desarticulada faz com que ela seja compreendida como uma 'rede furada', tendo consequências, tais como: fragilidade das vocalizações das demandas da sociedade; representações societais frágeis (setores privados de sempre), e dificuldades em reconhecer as demandas específicas do município, sendo essas reprodução de demandas municipais que coincidem com as diretrizes nacionais.

Pode-se compreender, dessa forma, que o arranjo de governança da política de saúde, estabelecido no município, busca dar espaço aos atores não governamentais, mas na prática, reproduzem características históricas brasileiras, como, centralização de recursos, centralização decisória e descontinuidade administrativa, o que não favorece o reconhecimento das demandas municipais específicas por parte do governo municipal.

Sobre esse reconhecimento, foi verificada uma falta de capacidade administrativa por parte do governo municipal, principalmente quanto às demandas específicas do município, e de utilizar as que se apresentam nos procedimentos de tomada de decisão e de planejamento. Essa falta de capacidade administrativa do município, de assimilar suas demandas de saúde específicas, justifica a necessidade do comando federal por parte do município, uma vez que o governo municipal não consegue se organizar administrativamente para reconhecer as próprias demandas. Em relação ao atendimento das necessidades municipais de saúde, verificou-se que o governo municipal possui dificuldade para atender as poucas que não se enquadram nos programas, uma vez que os recursos próprios do município são insuficientes.

De tal modo, concluiu-se que o governo municipal reage às diretrizes nacionais, e que, em função do predomínio da indução do governo federal, da reduzida autonomia normativa e financeira e da falta de capacidade do governo municipal em propor programas que sejam peculiares ao município de Viçosa-MG, as demandas de saúde assimiladas pela governança pública do município, são as determinadas e estabelecidas pelo governo federal, compatíveis com as necessidades municipais, sendo a coordenação federal determinante para o efetivo atendimento das demandas municipais de saúde.

O estudo realizado sinaliza para a necessidade de reforçar a agenda de pesquisa sobre os efeitos produzidos pela coordenação exercida pelo governo federal no que diz respeito aos resultados efetivos da política de saúde e da governança dos municípios, em especial no que concerne ao atendimento das suas demandas específicas. A relevância da tese, nesse sentido, está em contribuir ao propor um novo foco ao tema da coordenação federativa, apontando a necessidade de reflexão quanto à operacionalização e efetividade das políticas públicas coordenadas no âmbito municipal. Para estudos futuros, sugere-se pesquisar sobre a autonomia municipal por parte dos municípios na saúde pública, e a análise do que é feito (ou seria feito) com essa autonomia.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRUCIO, F. L. **Os barões da federação: os governadores e a redemocratização brasileira.** Editora Hucitec, São Paulo, 1998.

ABRUCIO, F. L. e COSTA, V. M. F. **Reforma do Estado e o Contexto Federativo Brasileiro. Pesquisas**, n. 12, São Paulo, Fundação Konrad Adenauer, 1999.

ABRUCIO, F. L. **Reforma do Estado no federalismo brasileiro: a situação das administrações públicas estaduais.** Revista de Administração Pública. Rio de Janeiro: 2005.

ABRUCIO, F. L. **A coordenação Federativa no Brasil: a experiência do período FHC e os desafios do governo Lula.** Revista de Sociologia Política, n. 24/junho, 2005.

ABRUCIO, F. L. **Para além da descentralização: desafios da coordenação federativa no Brasil.** In: Sonia Fleury. (Org.). Democracia, Descentralização e Desenvolvimento: Brasil e Espanha. 1ed. FGV Editora. Rio de Janeiro, 2006.

ABRUCIO, F. L. **Três agendas, seus resultados e um desafio: balanço recente da administração federal brasileira.** Desigualdade e Diversidade – Dossiê Especial. Segundo semestre. São Paulo: 2011.

ABRUCIO, F. L.; FRANZESE, C. **Federalismo e Políticas Públicas: o impacto das relações intergovernamentais no Brasil.** In: Maria Fátima Infante Araújo; Lígia Beira. (Org.). Tópicos de Economia Paulista para Gestores Públicos. 1 ed. Edições FUNDAP: São Paulo, 2007, v. 1, p. 13-31.

ABRUCIO, F. L. SANO, H. **A experiência de cooperação interestadual no Brasil: formas de atuação e seus desafios.** Cadernos ADENAUER (São Paulo), v. 4, p. 22-31, 2011.

ABRUCIO, F.L; FRANZESE, C; SANO, H. **Coordenação e Cooperação no Federalismo Brasileiro: avanços e desafios.** 2010.

ALMEIDA, M. H. T. de. **Federalismo, Democracia e Governo no Brasil: Idéias, Hipóteses e Evidências.** BIB, n. 51. São Paulo: 2001

ALMEIDA, Maria Hermínia Tavares de. **Recentralizando a federação?** In: Revista de Sociologia e Política, 24, 2005.

ARRETCHE, M. **Estado federativo e políticas sociais: determinantes da descentralização**. Rio de Janeiro: Revan, 2000.

ARRETCHE, M. **Financiamento federal e gestão local de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia**. Ciência e Saúde Coletiva, v. 8, n. 2. Rio de Janeiro: 2003

ARRETCHE, M. **Federalismo e Políticas Sociais no Brasil: problemas de coordenação e autonomia**. In: São Paulo em Perspectiva, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 17-26, 2004.

ARRETCHE, M. **A Política da Política de Saúde no Brasil**. In: LIMA, Nísia T.; GERSCHMAN, Silvia; ELDER, Flávio C.; SUÁREZ, Julio M (orgs.)Saúde e Democracia: História e Perspectivas do SUS. Rio de Janeiro, 2005.

ARRETCHE, M. **A agenda institucional**. Revista Brasileira de Ciências Sociais, v. 22, p.1-9, 2007.

ARRETCHE, M. **Federalism and Place-Equality Policies: a case study of Policy design and outputs**. EUI Working Papers. SPS, v. 19, p. 1-25, 2009.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa, edições 70, 1997.

BEVIR, M. **Governança Democrática: Uma genealogia**. Revista Sociologia Política. Curitiba, v. 19, n. 39, pps. 103-114, jun. 2011.

BOGASON, Peter And Toonen, Theo A. J. **Introduction: Networks In Public Administration**; Public Administration Vol. 76 Summer, (205-227), 1998.

BOVAIRD, T. **Public governance: balancing stakeholder power in a network Society**. International Review of Administrative Sciences, 2015.

BOVAIRD, T. LOIFFLER E. Evaluating the Quality of Public Governance: Indicators, Models and Methodologies. International Review of Administrative Sciences, 2003.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em 04 de abril de 2016.

BRASIL. Lei 8.241 de 28 de dezembro de 1990. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/web_siacs/docs/l8142.pdf. Acesso em 04 de abril de 2016.

BRASIL. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/ NOB-SUS 96, Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

BRASIL. Norma Operacional de Assistência à Saúde - NOAS /2001. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0095_26_01_2001.html: Acesso em 16 de abril de 2016.

BRASIL. NOAS SUS 02. Portaria MS/GM n. 373, de 27 de fevereiro de 2002. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Portaria MS n. 3.992, de 28 de dezembro de 2017. Disponível em [WWW.cosemsmg.org.br](http://www.cosemsmg.org.br). Acesso em 04 de abril de 2018.

BRESSER-PEREIRA, L. C. **Reforma do Estado e administração gerencial**. Org. Luís Carlos Bresser Pereira e Peter Kevin Spink, 7 ed. Editora FGV, Rio de Janeiro, 2006.

BRETAS JUNIOR, N. SHIMIZU, H. E. **Planejamento Regional Compartilhado em Minas Gerais: avanços e desafios**. Saúde Debate, v. 39, N. 107, p.962-971. Rio de Janeiro, 2015.

BUENO, W. S. & MERHY, E. E., 1997. **Os Equívocos da NOB 96: Uma Proposta em Sintonia com os Projetos Neoliberalizantes?** Conferência Nacional de Saúde Online. Temas para Debate II – Descentralização da Gestão da Saúde. 10 Maio 2002 <<http://www.datasus.gov.br/cns/temas/NOB96/NOB96crit.htm>>.

BURGESS, Michael. **Federalism and Federation: a reappraisal**. In: BURGESS, Michael & GAGNON, Alain (orgs.). Comparative Federalism and Federation. London: Harvester /Wheatsheaf, 1993.

CAPELLA, A. C. N. **Menos governo e mais governança? Repensando a lógica estatal**. 6º Encontro da ABCP – 29 de julho a 01 de agosto de 2008. UNICAMP – CAMPINAS-SP. 2008

CARVALHO, J. M. **Federalismo y Centralización en el Império Brasileno: Historia y Argumento**. In: Marcello Carmagnani (ed.), Federalismos Latinoamericanos: México/Brasil/Argentina, México, El Colégio de México/Fondo de Cultura Económica, 1995.

CARVALHO, G. **A inconstitucional administração pós-constitucional do SUS através de normas operacionais.** Ciência e Saúde Coletiva, 6(2), p. 435-444. 2001

CAVALCANTE, P. **Descentralização de políticas públicas sob a ótica neoinstitucional: uma revisão de literatura.** RAP – Rio de Janeiro 45(6): 1781-1804, Nov/Dez. 2011

CAMARGO, A. **A Reforma-Master: Os riscos (e os custos) do federalismo incompleto.** Parceiras Estratégicas – número 8, março/1999.

CHRISTOPOULOS, D. C. **The Governance of Networks: Heuristic or Formal Analysis? A Reply to Rachel Parker.** Political Studies, v. 56, pp. 475-481, 2008.

CKNAZAROFF, B. I. **Reflexões sobre Estratégias de Governança Local.** Revista Eletrônica Gestão e Sociedade, v. 3, n. 5, 2009

COSTA, A. J. F. **Mosaicos de áreas protegidas e unidades de conservação. Dificuldades e desafios num arranjo de governança híbrida: o caso do Mosaico Bocaina.** Tese (CDAPG) - Escola de Administração de Empresas de São Paulo, 2015.

CRESWELL, J. W. **Investigação qualitativa e projeto de pesquisa: escolhendo entre cinco abordagens** /John. W. Creswell; tradução: Sandra Mallmann da Rosa; revisão técnica: Dirceu da Silva. 3 ed. – Porto Alegre: Penso, 2014.

CRESWELL, J. W. **Projeto de Pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**/John. W. Creswell; tradução: Luciana de Oliveira da Rocha – 2 ed. – Porto Alegre: Artmed, 2007.

DATASUS. **Departamento de Informática do SUS**, Ano 2015. Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?pacto/2015/cnv/coapcirMG.def>

DINIZ, E. **Crise, reforma do Estado e governabilidade.** Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1999.

DINIZ, E. **Governabilidade, democracia e reforma do Estado: os desafios da construção de uma nova ordem no Brasil dos anos 90.** In: DINIZ, Eli e AZEVEDO, Sérgio de (Orgs.). Reforma do Estado e democracia no Brasil. Brasília: UnB/ENAP, 1997, pp19-54.

DINIZ, E. **Governabilidade, governance e reforma do Estado: considerações sobre o novo paradigma.** Revista do Setor Público, ano 47, volume 120, número 2. Mai-Ago 1996.

DENSIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. **Introduction: The discipline and practice of qualitative research.** The sage handbook of qualitative research. 4. Ed. Thousand Oaks, CA: Sage, 2011.

DOMINGUES, I. **Epistemologia das Ciências Humanas.** Tomo 1- Positivismo e Hermenêutica: Durkein e Weber. Edições Loyola, São Paulo, Brasil, 2004.

ELAZAR, D. **Exploring Federalism.** Tuscaloosa : University of Alabama, 1987.

ELAZAR, Daniel Judah. **Federalism and the way to peace.** Kingston: Institute of Intergovernmental Relations, Queens University, 1994.

ESPÍRITO SANTO, Alexandre do. **Delineamentos de Metodologia Científica.** São Paulo: Loyola, 1992. p. 45-79.

FARAH, M. F. S. **Parcerias, novos arranjos institucionais, e políticas públicas no nível local de governo.** RAP- Revista de Administração Pública, v. 35, n. , p. 119-144, jan.fev. 2001.

FJP - Fundação João Pinheiro. **Índice Mineiro de Responsabilidade Social - IMRS,** ano 2015. Disponível em: <<http://imrs.fjp.mg.gov.br/Perfil/PerfilMunicipal?id=844>>-Acesso em janeiro de 2016.

FLEURY, Sonia. **Redes de políticas: novos desafios para a gestão pública.** Administração em Diálogo, São Paulo, n. 7,2005, PP. 77-89.

FLEURY, S; OUVERNEY, A. S. M; KRONEMBERGER T.S.; ZANI, F.B. **Governança local no sistema descentralizado de saúde no Brasil.** Rev Panam Salud Publica. 2010;28(6):446–55

FRANCEZE,C. **Federalismo cooperativo no Brasil: da Constituição de 1988 aos sistemas de políticas públicas.** Tese de doutorado apresentada na Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2010.

FRANCEZE C. **Administração Pública em Contexto de Mudança: desafios para o gestor de políticas Públicas.** In: Ibanhez N, Elias PEM, Seixas PHDA, organizadores. Política e Gestão Pública em Saúde. São Paulo: Hucitec / Cealag; 2011.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1996.

GODOY, A. S. **Introdução à Pesquisa Qualitativa e as suas Possibilidades**. Revista de Administração de Empresas – RAE. V. 35, n. 2, p. 57-63. São Paulo, 1995.

GODOY, A. S. **Pesquisa Qualitativa: Tipos Fundamentais**. Revista de Administração de Empresas – RAE. V. 35, n. 3, p. 20-29. São Paulo, 1995.

GODOY, A. S. **Estudo de Caso**. In: GODOI, C.K.; BANDEIRA-DE-MELO, R.; SILVA, A.B. (Orgs) Pesquisa Qualitativa em Estudos Organizacionais: Paradigmas, Estratégias e Métodos. São Paulo: Ed. Saraiva, 2006

GRANJA, G. F. e E. L. C. P. ZOBOLI. **Humanização da Atenção Primária à Saúde: Gestão em redes e governança local**. O Mundo da Saúde. São Paulo, 2012.

GRODZINS, Morton. **The American System**, ed. Daniel J. Elazar. Chicago: Rand McNally, 1966.

HEINRICH, C. J. LYNN, JR. L. E. MILWARD, H. B. **A State of Agents? Sharpening the Debate and Evidence over the Extent and Impact of the Transformation of Governance**. Journal of Public Administration Research and Theory, v. 20, December, 2009.

IBGE. **Perfil dos Municípios Brasileiros**. Pesquisa básica de informações municipais (Munic). Rio de Janeiro: IBGE, 2012.

IMMERGUT, E. M. **Health politics interests and institutions in Western Europe**. Londres, Cambridge University Press. 1992.

JESSOP, B. **Bringing the State Back in (Yet Again): Reviews, revisions, refectations, and redirections**. International Review of Sociology, 11(2), pp. 149-173. 2001

KEARNS, A. **Active Citizenship and local governance: political and geographical dimensions**. Political Geography. Vol. 4, n. 2, PPS. 155-175. 1995

KERSBERGEN, Kees Van & Waarden, Frans Van: **Governance as a bridge between disciplines: Cross-disciplinary inspiration regarding shifts in governance and problems of governability, accountability and legitimacy**; European Journal Of Political Research 43: 143-171, 2004.

KISSLER, L. HEIDEMAN, F. **Governança pública: novo modelo regulatório para as relações entre o Estado, mercado e sociedade?** Revista de Administração Pública, v. 40, n. 3, p. 479-499, 2006.

KOOIMAN, J. **Modern governance: new government-society interactions.** Newbury Parks, Calif.: Sage, 1993.

KUGELMAS, E. **Difícil Hegemonia: Um Estudo sobre São Paulo na Primeira República.** Tese de doutorado, São Paulo, Departamento de Ciência Política, FFLCH/USP, 1986.

KUGELMAS, E.; SOLA, L. **Recentralização/Descentralização: dinâmica do regime federativo no Brasil dos anos 90.** In Tempo Social, 11(2), 63-91, out. São Paulo: USP, 1999.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, Marina de Andrade. **Fundamentos de Metodologia Científica.** 3. ed. São Paulo: Atlas, 1991.

LEME, H.J. de CAMPOS. **O Federalismo na Constituição de 1988: representação política e distribuição de recursos tributários.** Campinas, IFCH/UNICAMP (Dissertação de Mestrado); 1992.

LEWIS, Jenny M. **The future of Network Governance Research: Strength In Diversity And Synthesis.** Public Administration, vol. 89, n. 4, pg. 1221-1234; 2001.

MAANEN, J. V. **Reclaiming qualitative methods for organizational research.** In Administrative Science Quarterly, vol. 24, n. 04, December 1979, p. 520-526.

MACHADO, J.A. **Políticas Públicas descentralizadas e problemas de coordenação: o caso do Sistema Único de Saúde. Tese, 2007**

MACHADO, J.A. **Federalismo e Poder de Veto: Federalismo, poder de veto e coordenação de políticas sociais no Brasil pós-1988.** Organização e Sociedade, Salvador, v. 21, n. 69, Abr-Jun. 2014.

MACHADO, J. A. MENICUCCI, T. M. GUIM, A. L. S. **Direitos Iguais, Relações Desiguais: transferências intergovernamentais e escolhas orçamentárias no setor saúde em municípios de pequeno porte.** Relatório de Pesquisa executada com apoio financeiro do Fundo de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais – Edital FAPEMIG 001/2012. Fevereiro, 2015

MALACHIAS, I.; LELES, F. A. G.; PINTO, M. A. S. **Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2010.

MARQUES, R. M; MENDES, A. **A política de incentivos do Ministério da Saúde para a atenção básica: uma ameaça à autonomia dos gestores municipais e ao princípio da integralidade?** Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 18(Suplemento):163-171, 2002.

MARTINS, S. **O Exercício da Democracia em Conselhos de Políticas Públicas**. Tese de Doutorado (Administração). Universidade Federal de Minas Gerais, 373p, 2015.

MATTHEWS, F. **Governance and State Capacity**. In D. Levi-Faur, ed. The Oxford Handbook of Governance. Oxford: Oxford University Press. 2012

MCQUIRE, M.; AGRANOFF, R.; **The Limitations of Public Management Networks Public Administration**. Vol. 89, n. 2, 2011 (265-284)

MELO, Marcus André. **O Sucesso Inesperado das Reformas de Segunda Geração: Federalismo**, Reformas Constitucionais e Política Social. In Dados – Revista de Ciências Sociais, Rio de Janeiro, Vol. 48, nº 4, pp. 845 a 889; 2005.

MUSGRAVE, R. **Teoria das Finanças Públicas**. São Paulo, Editora Atlas; 1973.

NESHKOVA, M. I. **Does Agency Autonomy Fosters Public Participation?**. Public Administration Review. V. 74, Iss. 1, pps. 64-74. January/February. 2014

OBINGER, H. LEIBFRIED, S. e CASTLES, F. G. (eds.). **Federalismo and the Welfare State: new world and European experiences**. Cambridge University Press, 2005.

OFFE, D. **Governance: na 'empty signifier'?** Constellations, 16, PP. 502-562. 2009

PALOTTI, P. L. M. **Coordenação Federativa e a “Armadilha Da Decisão Conjunta”**: as comissões de articulação intergovernamental das políticas sociais no Brasil Dissertação de Mestrado. Ciência Política. UFMG: 2012.

PALOTTI, P. L. M.; MACHADO, J. A. **Coordenação federativa e a "armadilhada decisão conjunta": as comissões de articulação intergovernamental das políticas sociais no Brasil**. Dados, Rio de Janeiro, v. 57, n. 2, p. 399-441, 2014.

PETERS, G. **Governanza y Burocracia Pública: Nuevas formas de Democracia e Nuevas formas de C ntrol?**. Foro Internacional. 182; XLV. pps. 585-598. 2005

PETERS, G. **Steering, rowing, drifting, or sinking? Changing patterns of governance**. Urban Research & Practice, v. 4, n. 1, 2011.

PIERRE, J.; PETERS, B. G. **Governance, government and the State**. Political analysis. Ed. St. Martin's Press, Nova York, 2000.

PIERSON, Paul. **Fragmented welfare states: federal institutions and the development of social policy**. Governance: An International Journal of Policy and Administration, 8(4), 449-478, 1995.

PINHEIRO R. **Apresentação: democracia e saúde: sociedade civil, cidadania e cultura política**. Physis. 2004.

PIRES, R. R. C. GOMIDE, A. A. **Variações setoriais em arranjos de implementação de programas federais**. Revista do Serviço Público. 66(2), Brasília, 2015.

PRADO, S. **Transferências fiscais e financiamento municipal no Brasil Projeto Descentralização Fiscal e Cooperação Financeira Intergovernamental**. Ebap/Fundação Konrad Adenauer. (Relatório de Pesquisa). 2001.

PMV, Prefeitura Municipal de Viçosa, Lei. 2609 de 29 de dezembro de 2016. Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/a/mg/v/vicosa/lei-ordinaria/2016/260/2609/lei-ordinaria-n-2609-2016-altera-e-consolida-a-legislacao-municipal-que-dispoe-sobre-a-estrutura-administrativa-da-prefeitura-municipal-de-vicosa-estado-de-minas-gerais-e-da-outras-providencias>. Acesso em: 26 de abril de 2018.

PROVAN, K. G.; H. LEMAIRE, Robin. **Core Concepts and Key Ideas for Understanding Public Setor Organizational Networks: Using Research to Inform Scholarship and Practice**. Public Administration Review. Vol. 72, Issue 5, pp. 638*648, 2012.

PUGLISI, M.; FRANCO, B. **Análise de Conteúdo**. 2. ed. Brasília: Líber, 2005.

OLIVEIRA, F. A. **Teorias da Federação e do Federalismo Fiscal: o caso brasileiro**. Texto para discussão. EG/FJP. 2007.

OLIVEIRA, Vanessa Elias de. **O municipalismo brasileiro e a provisão local de políticas sociais: o caso dos serviços de saúde nos municípios**

paulistas. Tese de doutorado apresentada na Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo, 2007.

REZENDE, F. A. **Finanças Públicas.** 2. Editora Atlas. São Paulo, 2010.

RIKER, W. **Federalism.** In: Greenstein, F. e Polsby, N. (eds.). Handbook of Political Science. Reading: Addison-Wesley, 1975.

RHODES, R. A. W. **The New Governance: Governing without Government.** Political Studies Association, XLIV, 1996.

ROBICHAU, R. W. **The Mosaic of Governance: creating a picture with definitions, theories, and debates.** PSJ (Policy Studies Journal) Yearbook, Hosted by Center for Risk, Crisis & Resilience, University of Oklahoma, 2011.

SABEL, C. **Beyond Principal-Agent Governance: Experimentalist organizations, learning and accountability.** In E. Engelen e M. Ho., eds. De staat van de democratie. Democratie voorbij de Staat. Amsterdam. Amsterdam Press, 2004.

SANTOS JÚNIOR, O.A. **Democracia e governo local: dilemas da reforma municipal no Brasil.** Rio de Janeiro: REVAN-FASE, 2001.

SCHNEIDER, V. **Redes de políticas públicas e a condução de sociedade complexas.** CIVITAS – Revista de Ciências Sociais, Vol. 5, n. 1, jan-jun 2005, pg 29-58.

SCHARPF, F. W. **The Joint-Decision Trap:** lessons from German federalism and European integration. Public Administration. Vol. 66, Autumn, 1988.

SCHARPF, F. W. **The Joint Decision Trap Revisited.** JCMS, vol. 44, p. 845-864, 2006.

SES. Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais. **Adscrição e população dos municípios por macrorregiões e microrregiões de saúde.** IBGE-TCU-2016. Disponível em <http://saude.mg.gov.br/images/anexos/PDR/23-03-Adscricao-e-populacao-dos-municipios-por-microrregiao-e-macrorregiao-de-saudePDF.pdf>. Acesso em 31 de abril de 2018.

SIBEON, R.. **Contemporary sociology and policy analysis – the new sociology of public policy.** Eastham: Tudor Business Publishing Ltd., 1997.

SIOPS. Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde. **Demonstrativo da Despesa com Saúde, conforme o Anexo XVI do Relatório Resumido de Execução Orçamentária/RREO**. Disponível em <http://siops.datasus.gov.br/consleirespfiscal.php>. Acesso em: 8 de maio de 2018.

SOARES, M.M. **Teoria do sistema federal: heterogeneidades territoriais, democracia e instituições políticas**. Belo Horizonte, Departamento de Ciências Políticas da Universidade Federal de Minas Geras. (Dissertação de Mestrado), 1997.

SOUZA, Celina. Brazil: **The Prospects of a Center-Constraining Federation in a Fragmented Polity**. In *Publius: The Journal of Federalism*, v.32, n. 2, p. 23-48, Spring 2002.

SOUZA, Celina. **Federalismo: Teorias e Conceitos Revisitados**. BIB, São Paulo, n° 65, I o semestre de 2008.

STEPAN, A. **Para uma nova análise comparativa do federalismo e democracia: deferações que restringem e ampliam o poder do DEMOS**, DADOS, 42 (2). Rio de Janeiro: IUPERJ, 1999.

STOKER, Gerry. **Governance as theory: Five Propositions**; *International Social Science Journal*, pg. 17-28, n. 155/1998; UNESCO.

VERGARA, S. C. **Projetos e Relatórios de Pesquisa em Administração**. São Paulo: Atlas, 1997.

VERGARA, S. C. **Métodos de Pesquisa em Administração**. São Paulo: Ed. Atlas, 2005.

VOLDEN, C. **Origin, Operation, and Significance: the federalism of William H. Riker**. *Publius: The Journal of Federalism* 34:4 (Fall 2004).

WEISS, R. S. **Learning from stranger: the art and method of qualitative interview studies**. New York, The Free Press. 1994.

YIN, R K. **Case study research, design and methods**, 3rd ed, Thousand Oaks, Calif, Sage Publications, 2003.

APÊNDICE 1 – Roteiro para as entrevistas

Grupos de perguntas separadas por categorias de análises

a) Categoria ‘Coordenação Federativa’

- ✓ Como ocorrem as relações entre os entes, entres governos locais, entre os governos locais e o governo central e entre os governos locais e o governo estadual?
- ✓ Como ocorre o processo de interação do governo local com outros entes locais? São estabelecidas parcerias, contratos e etc? Existe algum incentivo à uma ação mais cooperativa entre os entes locais?
- ✓ O governo local possui influencia na definição das políticas nacionais e estaduais de saúde? Como ?
- ✓ O governo estadual tem ajudado a secretaria em sua relação com os demais municípios? Como?
- ✓ Quais são os atores que possuem o comando na formulação e elaboração da Política de Saúde Nacional? E na implementação? E na definição das prioridades específicas do município?
- ✓ Os programas coordenados pelo governo central fazem parte da proposta do governo local?
- ✓ O governo local possui autonomia política, administrativa, normativa e financeira para elaborar e implementar a sua política de saúde?
- ✓ E autonomia política, administrativa, normativa e financeira do município para atender as demandas locais específicas?
- ✓ A população cobra de quem a prestação de serviço na saúde?
- ✓ O prefeito tem poder de gerir suas próprias políticas de saúde? Por que da adesão do governo local aos programas nacionais de saúde?
- ✓ Como são realizadas as negociações entre o governo federal, estadual e o local? Como o governo local participa das CIT e da CIB?
- ✓ A prefeitura participa de toda decisão importante sobre a política nacional de saúde?

b) Categoria ‘Estrutura de Governança’

- ✓ Como está organizada a política de saúde no governo local?
- ✓ Qual é o perfil dos recursos humanos da secretaria municipal de saúde?
- ✓ Como se dá o processo de tomada de decisão relacionada à política local de saúde (unilateral, policêntrica)?
- ✓ A tomada de decisão relacionada à política local de saúde é distribuída entre quais atores?
- ✓ A estrutura da política local de saúde envolve atores de mercado? Por quê? Como?
- ✓ Ocorre participação da população na política local de saúde? Quais atores são envolvidos na política local de saúde?
- ✓ Como são estabelecidas as relações com outros atores da sociedade no que diz respeito à política local de saúde?
- ✓ Quem coordenada, integra e regula as ações da política local de saúde desenvolvidas no âmbito local? A Prefeitura tem uma posição de

liderança nos processos? E a Superintendência Regional de Saúde, como ela se insere neste contexto?

- ✓ A Terceirização de produtos e serviços ocorre na política local de saúde? Como?
- ✓ Ocorre algum envolvimento dos cidadãos no desenvolvimento da política local de saúde? Quais são os instrumentos de participação dos cidadãos? Em qual etapa ocorre a participação? As normas da coordenação federativa reforçam a dimensão participativa?
- ✓ Como a secretaria-prefeitura age para manter a sociedade informada sobre suas ações?
- ✓ Descreva e avalie o relacionamento e a participação da secretaria com as instituições participativas?
- ✓ Como é o papel do poder legislativo no desenvolvimento da política de saúde local?

c) Categoria 'Atores'

- ✓ Quais são os atores governamentais que atuam na formulação e implementação da política local? Eles possuem poder de decisão? Quais as suas responsabilidades?
- ✓ Quais são os atores não governamentais que atuam na formulação e Implementação da Política? Eles possuem poder de decisão? Possuem capacidade de decisão do que querem ofertar e receber? Quais as suas responsabilidades?
- ✓ Que tipo de função os atores exercem (estimular, inovação, influenciar ideais, negociar tensões, direcionar o governo, viabilizar a implementação de políticas, defender seus interesses, tornar o processo mais inclusivo, tornar o governo mais responsivo e gerar *accountability*) (Hendrix)
- ✓ Como os cidadãos participam e controlam a política de saúde? Quais são os instrumentos que a sociedade possui para identificar o atendimento das demandas locais específicas?
- ✓ Como a secretaria tem lidado com as formas de controle social existentes?
- ✓ Apresente os maiores entraves ao bom relacionamento da secretaria com a sociedade.
- ✓ Quais são os canais que os cidadãos podem fiscalizar a política municipal de saúde?
- ✓ A participação social já está institucionalizada na gestão pública local?
- ✓ Quais são os canais de comunicação institucional pela prefeitura para manter a sociedade informada e motivada a participar da gestão pública local?
- ✓ A sociedade civil se mostra capacitada para participar dos processos políticos e administrativos?
- ✓ A sociedade civil de Viçosa é bem organizada e ativa?
- ✓ O governo adota deliberações públicas – decisões tomadas no conselho? Como é este processo?
- ✓ Como é o processo de prestação de contas para a sociedade das ações governamentais?

- ✓ O que a secretaria municipal de saúde tem feito para implementar a Lei de Acesso a informação?

d) Categoria 'Processo'

- ✓ Descreva o papel da secretaria de saúde municipal.
- ✓ Qual é o modelo de gestão que a secretaria de saúde local propõe?
- ✓ Como ocorre o processo de gestão da política local de saúde?
- ✓ Como ocorre a identificação dos problemas, a formulação de soluções, a execução das ações e a entrega de resultados?
- ✓ Quais são os principais desafios da política local de saúde?
- ✓ Aponte os principais avanços e as maiores dificuldades da política de saúde local.
- ✓ Quem exerce a coordenação local da política de saúde?
- ✓ Como ocorre essa coordenação?
- ✓ Existe integração entre os diversos setores ou programas da política?
- ✓ Como se dá o relacionamento da secretaria municipal de saúde com as demais secretarias do governo local?
- ✓ Há um regime de colaboração instituído? Formal ou informal? Quais são os seus principais resultados?
- ✓ Quais são os instrumentos de controle, avaliação, monitoramento e prestação de contas no processo de desenvolvimento da política local de saúde?
- ✓ Descreva e analise o uso das Tecnologias de Informação e Comunicação (TICs).
- ✓ Descreva as possibilidades de utilização das TICs dentro e fora da secretaria.
- ✓ É possível identificar os responsáveis por cada etapa da implementação?
- ✓ No nível local há controle exercido pela sociedade sobre as instituições públicas?
- ✓ Descreva as formas de avaliação utilizadas para a secretaria, para os programas e projetos instituídos.
- ✓ Existem mecanismos de controle disponíveis para a sociedade? Como ela atua?
- ✓ Como ocorre o processo de interação do governo local com os outros entes da federação?
- ✓ Como o governo local desenvolve essa interação?
- ✓ Dentro do âmbito governamental são estabelecidas relações de apoio técnico e de parcerias entre as secretarias?
- ✓ Como ocorre o processo de planejamento local da política de saúde?
- ✓ Descreva e analise os instrumentos de planejamento utilizados – planos de ações articuladas, plano de metas, planejamento governamental e etc.
- ✓ Como são compostos os recursos destinados a política local de saúde?
- ✓ Como ocorre o processo de decisão sobre a participação do município em um determinado programa da política nacional de saúde?
- ✓ E os recursos próprios do município aplicados na área da saúde? Como são compostos e destinados?

- ✓ Quais são os mecanismos utilizados pelo governo local para a sustentação política das relacionadas à política de saúde que são tomadas?
- ✓ É mantido um canal aberto de comunicação com a sociedade? E com a câmara de vereadores?
- ✓ Com a coordenação se nota confrontos políticos? Exemplos
- ✓ Como se lida com os conflitos políticos que porventura emergem?

e) Categoria 'Demandas locais'

- ✓ Existem mecanismos institucionais de identificação das demandas locais? Quais são? Como funcionam?
- ✓ Como ocorre o processo de resposta às demandas locais?
- ✓ Quais são os critérios utilizados na definição do atendimento dessas demandas?
- ✓ Qual a capacidade do governo local de identificar e solucionar as demandas?
- ✓ Como é o papel do poder legislativo no atendimento das demandas específicas do município no que diz respeito à política local de saúde?

APÊNDICE 2 - Mapa de Operacionalização da Pesquisa

Para o entendimento da operacionalização da pesquisa, necessário se faz mencionar as dimensões e as categorias de análises que foram utilizadas para a compreensão de como ocorre a incorporação das demandas municipais na governança da política municipal de saúde de Viçosa-MG, no contexto da coordenação federativa, dessa forma, tem-se como dimensões: 'Coordenação Federativa', 'Governança Pública' e 'Demandas Municipais'. A partir da dimensão 'Coordenação Federativa', foram identificadas quatro categorias, sendo: comando, autonomia, cooperação e responsabilidade. Para a dimensão 'Governança Pública', identificou-se as categorias estrutura e processo, e a categoria Processo se desdobrou em subcategorias que auxiliaram a compreensão. A dimensão 'Demandas Municipais' não foi analisada por meio de categorias.

Para cada categoria e subcategorias de análise, foram apresentados os seus significados, a partir das concepções da Teoria do Federalismo Cooperativo e da Teoria da Governança Pública, e os respectivos instrumentos de coleta de dados. Além disso, foram apontados os sujeitos de pesquisa selecionados utilizando da técnica de "bola de neve" e os demais meios para obtenção de dados.

O mapa de operacionalização serviu de base para a realização das entrevistas, para a análise dos documentos e para a realização da técnica observação não participante.

1) Dimensão 'Coordenação Federativa'

Significado: Se refere às formas de integração, compartilhamento e decisão conjunta que devem estar presentes na federação.

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	SIGNIFICADO	AUTOR	COLETA DE DADOS	FONTE DE DADOS
Cooperação		Em contextos federativos é preciso considerar a interdependência e a articulação entre os entes, uma vez que esses precisam estabelecer relações de apoio entre eles.	Elazar	<p>Entrevista: Pergunta: Como ocorrem as relações entre os entes? Entre o governo local e o governo central? Entre o governo local e o governo estadual? Como ocorre o processo de interação do governo local com os outros entes locais? A relação é de cooperação? Como o governo local desenvolve essa interação com os outros entes da federação? Existe algum incentivo à uma ação mais cooperativa entre os entes? Dentro do âmbito governamental são estabelecidas relações de parcerias e de apoio técnico? O governo estadual tem ajudado a secretaria em sua relação com os demais municípios? O governo local possui influência na definição das políticas nacionais e estaduais de saúde? Como? Descreva a trajetória de colaboração entre o governo federal e o município. Documento: Verificar nas atas a existência de relatos sobre as relações de cooperação, parceria e apoio técnico entre os entes e nas resoluções a existência de incentivos à ação cooperativa.</p>	<p>E = Prefeito, Secretário de Saúde, Superintendente da Regional de Saúde de Ponte Nova.</p> <p>D = Atas, contratos e resoluções.</p>
Comando		Refere-se à capacidade do governo em assumir a direção efetiva do processo de políticas públicas, como definir e ordenar prioridades	Diniz	<p>Entrevista: Pergunta: Quais são os atores que possuem o comando na formulação da Política? E na implementação? E na definição das prioridades específicas? Os programas coordenados pelo governo central fazem parte da proposta do governo municipal? Documento: Verificar nas atas de reuniões como ocorre a tomada de decisão sobre as</p>	<p>E= Prefeito, Secretário de Saúde, Chefes e Coordenadores da secretaria, representantes do conselho municipal de saúde e dos prestadores de serviço.</p> <p>D= Atas e Resoluções</p>

				diretrizes. Verificar nas portarias e resoluções como são determinadas as ações.	
Autonomia		Capacidade de autogoverno que os entes subnacionais possuem.	Elazar	<p>Entrevista: Pergunta: o governo municipal possui autonomia política, administrativa, normativa e financeira para implementar a política de saúde? E autonomia política, administrativa, normativa e financeira para atender as demandas municipais específicas? O prefeito tem poder de gerir suas próprias políticas? Qual a autonomia do governo municipal para introduzir mudanças na forma de governar a política pública de saúde? Por que da adesão do governo municipal aos programas nacionais?</p> <p>Documentos: Verificar nas atas e resoluções à capacidade de autogoverno que o governo municipal possui.</p>	<p>E = Prefeito, Secretário de Saúde, Superintendente da Regional de Saúde de Ponte Nova, Representante do COSEMS, Funcionários da Secretaria.</p> <p>D = Atas e resoluções</p>
Responsabilidade		Responsabilidade do ente federativo de implementação de política pública e de atendimento das demandas dos cidadãos.	Arretche	<p>Entrevista: Pergunta: Quais são as responsabilidades do governo municipal perante a política de saúde? Existe algum instrumento que atribua responsabilidade de implementação da política pelo governo municipal? Existe um instrumento que atribua responsabilidade ao governo municipal pelo atendimento das demandas municipais específicas? A população cobra de quem a prestação de serviço?</p>	<p>E = Prefeito, Secretário de Saúde, Superintendente da Regional de Saúde de Ponte Nova, funcionários da secretária, Representantes do Conselho, Representantes da Sociedade Civil Organizada.</p> <p>D = Atas e resoluções.</p>

	Negociação	As relações de interação entre os entes são baseadas em negociações para que o poder seja compartilhado entre eles.	Elazar	<p>Entrevista: Pergunta: Como são realizadas as negociações entre o governo federal, estadual e o municipal? Como o governo municipal participa das CIT e da CIB? A prefeitura participa de toda decisão importante sobre a política de saúde?</p> <p>Documentos: verificar nas atas de reuniões a existência de relatos de como ocorre a negociação e nas resoluções verificar quais são as possibilidades de negociação.</p>	<p>E= Governo (Prefeito, Secretário de Saúde e de Planejamento, funcionários da secretaria)</p> <p>D= Atas e Resoluções</p>
--	-------------------	---	--------	--	---

2) Dimensão 'Governança Pública'

Significado: Governança Pública é um arranjo estrutural com processo interativo, que envolve diversos atores, que influenciam os resultados das políticas públicas. Stoker (1998) e Bovaird (2003).

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	SIGNIFICADO	AUTOR	COLETA DE DADOS	FONTE DE DADOS
Estrutura: arranjos estruturais resultados de uma evolução das formas de resolução dos problemas de governança de determinada			Pierre e Peter (2000)	<p>Entrevista: Pergunta: Como é o desenho institucional – organograma da secretaria de saúde do município? Destaque o papel de cada estrutura. Como é a estrutura de cada coordenadoria ou diretoria? Como é a infra-estrutura da secretaria e das unidades-diretorias? Como está organizada a política de saúde no governo local? Como é o Recurso Humano da secretaria municipal de saúde? Ocorre hierarquização?</p>	<p>E = Prefeito, Secretário de Saúde, Chefes e Coordenadores, funcionários da secretária, conselheiros municipais de saúde, prestadores de serviço.</p>

<p>política pública (Pierre e Peters, 2006)</p>				<p>Quem exerce o poder hierárquico? Como se dá o processo de tomada de decisões (unilateral, policêntrica)? A estrutura da política local de saúde envolve o mercado?</p> <p>Ocorre descentralização da política local de saúde? Quais atores são envolvidos na política local de saúde? Ocorre cessão de poder para os atores não-governamentais? Como são firmadas as parcerias? Quem coordena, integra e regula, no local, as ações descentralizadas? A Prefeitura tem uma posição de liderança nos processos e redes participativas?</p> <p>Ocorre algum envolvimento dos cidadãos no desenvolvimento da política local de saúde? Quais são os mecanismos utilizados para envolver a o cidadão e a sociedade civil nos processos de governança? Quais são as ações do governo local para inserir o cidadão ou a sociedade civil nos processos políticos e administrativos? Em qual etapa ocorre a participação? Como a secretaria-prefeitura age para manter a sociedade informada sobre suas ações? Descreva e avalie o relacionamento da secretaria com as instituições participativas locais. Descreva e avalie a participação da secretaria nas instituições participativas locais. As normas da coordenação federativa reforçam a dimensão participativa?</p> <p>A Terceirização de produtos e serviços ocorre na política local de saúde?</p> <p>Documentos: Verificar nas atas de reunião e no organograma a hierarquia existente na política e se o mercado é envolvido. Verificar nas atas e contratos de parcerias a</p>	<p>D = Atas e organogramas.</p>
---	--	--	--	---	--

				rede envolvida na política municipal de saúde e como ocorre o envolvimento. Verificar a existência e as condições dos contratos de terceirização dos produtos e serviços de saúde.	
<p>Processo: conjunto de mecanismos e procedimentos, que trata das interações entre os atores e de quais resultados essa interação alcança. (Pierre e Peter, 2000)</p>	<p>Coordenação municipal</p>	<p>Capacidade do governo municipal de submeter a lógica dos interesses em jogo a um sistema integrado capaz de ajustar as diferentes visões. Está associada a integração entre as áreas de governo, sendo possível verificar o objetivo de desenvolver políticas públicas de forma coerente e consistente</p>	<p>Pierre e Peter (2000)</p>	<p>Entrevista:</p> <p>Pergunta: Quem são os atores não governamentais que atuam na formulação e Implementação da Política? Quem são os atores que mais influenciam na produção da política do município (mercado, sociedade)? Eles possuem poder de decisão? Possuem capacidade de decisão do que querem ofertar e receber? Quais as suas responsabilidades? Que tipo de função os atores exercem (estimular inovação, influenciar ideais, negociar tensões, direcionar o governo, viabilizar a implementação de políticas, defender seus interesses, tornar o processo mais inclusivo, tornar o governo mais responsivo e gerar <i>accountability</i>) (Hendriks)? Gostaria de destacar alguma inovação que a secretaria tenha adotado na relação com os atores não governamentais?</p> <p>Documentos: Verificar as atas de reuniões para identificar os atores não-governamentais que participam da política e como participam.</p> <p>Documentos: verificar atas para identificar</p>	<p>E = Prefeito, Secretário de Saúde, Chefes, Coordenadores e funcionários da Secretária, conselheiros municipais de saúde, presidente da comissão de saúde do poder legislativo municipal.</p> <p>D = Atas</p> <p>E = Secretário de Saúde, funcionários da Secretária, Representantes de Partidos, Representantes do Conselho, Representante de grupos de interesses.</p>

				como ocorre o controle por parte dos atores não – governamentais.	D = Atas
			Diniz	<p>Entrevista:</p> <p>Pergunta: Descreva o papel da secretaria de saúde municipal. Quem exerce a coordenação municipal da política de saúde? Como ocorre essa coordenação? Qual tem sido o papel do coordenador-secretario nos processos de implementação e formulação da política municipal de saúde. Existe integração entre os diversos setores ou programas da política? Como se dá o relacionamento da secretaria municipal de saúde com as demais secretarias do governo municipal? Há um regime de colaboração instituído? Formal ou informal? Quais são os seus principais resultados?</p> <p>Quais são os mecanismos utilizadas pelo governo local para a sustentação política das decisões que são tomadas? É mantido um canal aberto de comunicação com a sociedade? E com o sistema representativo? Com a coordenação se nota confrontos políticos?</p> <p>Documentos: verificar nas atas de reuniões quem assume a coordenação municipal da</p>	<p>E = Secretário de Saúde, funcionários da Secretária.</p> <p>D = Atas</p>

				política e como ocorre.	
	Planejamento municipal	Etapa do processo de desenvolvimento da política pública que determina as ações a serem desenvolvidas, determinando prioridades e diretrizes	Fleury	<p>Entrevista:</p> <p>Pergunta: como ocorre o processo de planejamento municipal da política de saúde?</p> <p>Como ocorre o processo de planejamento municipal da política de saúde? Descreva e analise os instrumentos de planejamento utilizados – planos de ações articuladas, plano de metas, planejamento governamental e etc.</p> <p>Descreva a inserção da participação social no planejamento.</p> <p>As instituições terceirizadas atuam no planejamento, como?</p> <p>Como ocorre a formação dos recursos destinados a política municipal de saúde? Como ocorre o processo de decisão em relação a aderência em um determinado programa?</p> <p>E os recursos próprios?</p> <p>Como são formados e destinados?</p> <p>Documentos: verificar as atas e os documentos de planejamento, como orçamento, lei de diretrizes, planos plurianuais para identificar como ocorre o planejamento municipal da política</p>	<p>E = Prefeito, Secretário de Saúde, funcionários da secretária, Secretário de planejamento</p> <p>D = Atas e documentos de planejamento.</p>

	Execução	Forma utilizada pelo governo municipal para executar a política de saúde.	Diniz	<p>Entrevista:</p> <p>Pergunta:</p> <p>Como o governo municipal executa a política de saúde? Quais atores participam do processo de execução da saúde no município? Qual a Capacidade administrativa e financeira do governo municipal de mobilização e utilização dos recursos necessários para a execução</p> <p>Quais são os principais desafios da política municipal de saúde? Aponte os principais avanços e as maiores dificuldades da política de saúde municipal.</p> <p>Documentos: verificar as atas, manuais e fluxogramas como ocorre o processo de execução da política de saúde.</p> <p>Verificar nos Relatórios locais Parciais e Finais dos Programas e Projetos a identificação e solução de problemas, a execução das ações e a entrega de resultados.</p>	<p>E = Secretário de Saúde, funcionários da Secretária.</p> <p>D = Atas, manuais e fluxogramas.</p>

	Accountability	<p>Controle, avaliação, monitoramento, prestação de contas e responsabilização sobre a implementação da política de saúde</p>	Rhodes	<p>Entrevista:</p> <p>Pergunta: Quais são os instrumentos de controle, avaliação, monitoramento e prestação de contas na implementação da política municipal de saúde? É possível identificar os responsáveis por cada etapa da implementação? No nível municipal há um rigoroso controle exercido pela sociedade sobre as instituições públicas.</p> <p>Quais são os instrumentos de controle, avaliação, monitoramento e prestação de contas no processo de desenvolvimento da política municipal de saúde? É possível identificar os responsáveis por cada etapa do implementação? No nível municipal há um controle exercido pela sociedade sobre as instituições públicas. Descreva as formas de avaliação utilizadas para a secretaria, para os programas e projetos instituídos.</p> <p>Documentos: verificar atas e relatórios de programas e projetos para identificar como ocorre a <i>accountability</i> da política municipal de saúde.</p>	<p>E = Prefeito, Secretário de Saúde, funcionários da secretaria,, representantes do Conselho de Saúde.</p> <p>D = Relatórios</p>
--	-----------------------	---	--------	--	---

3) Dimensão 'Demandas Municipais'

Significado: A dimensão 'Demandas Municipais' trata do desenvolvimento de mecanismos institucionais que permitam a identificação das demandas específicas da sociedade municipal; e a capacidade do governo municipal de oferecer respostas concretas a essas demandas.

Dimensão	CAT	Sub	Significado	Autor	Dados	Entrevistados
Demandas Municipais			Desenvolvimento de mecanismos institucionais que permitam a identificação das demandas específicas da sociedade local e a capacidade de oferecer respostas concretas às demandas específicas da sociedade local.	Fleury	<p>Entrevista:</p> <p>Pergunta: Existem mecanismos institucionais de identificação das demandas municipais específicas? Quais são? Como funcionam?</p> <p>Como a secretaria municipal de saúde toma conhecimento das demandas da sociedade?</p> <p>Como ocorre a identificação dos problemas, a formulação de soluções, a execução das ações e a entrega de resultados?</p> <p>Qual a capacidade do governo municipal de identificar e solucionar os problemas?</p> <p>Qual a capacidade do governo municipal na execução das ações e</p>	<p>E = Secretário de Saúde, Chefes, Coordenadores e Funcionários da Secretaria, Conselheiros Municipais de Saúde.</p>

					<p>na entrega de resultados?</p> <p>Como ocorre o processo de resposta as demandas específicas? Quais são os critérios utilizadas na definição do atendimento dessas demandas? O projeto político do governo municipal consiste na aplicação de políticas municipais de um certo ideal de sociedade.</p>	
--	--	--	--	--	--	--