



Regionalização do SUS: uma análise da estratégia de integração intermunicipal¹

SUS's Regionalization: analyse of the strategy of intermunicipal integration

*Assis Mafort Ouverney*²

Resumo

O presente trabalho tem como objetivo analisar a estratégia de regionalização das bases de serviços do SUS – Serviço Único de Saúde – contida na Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS – no que se refere a sua capacidade de construção de mecanismos e processos de interdependência municipal. A análise utilizou como referencial teórico um conjunto selecionado de pressupostos reunidos a partir dos estudos sobre a estruturação e gestão de redes no âmbito da literatura internacional de administração pública nos anos 90. Tais pressupostos fundamentaram o desenvolvimento de uma estrutura analítica que ressalta os elementos característicos de um padrão de interdependência em rede e o distingue de outras formações inter-organizacionais. A partir dessa estrutura analítica, procedeu-se ao exame das diretrizes estratégicas da NOAS quanto a seu potencial de produzir estímulos à construção de um padrão de interdependência em rede capaz de manifestar suas potencialidades como forma de coordenação das políticas de saúde no interior do SUS. Conclui-se que, embora a estratégia da NOAS demonstre impulsionar um potencial de composição de organização de trabalho coletivo intermunicipal típico de um padrão de interdependência em rede, suas diretrizes também contêm elementos explícitos que podem gerar constantes conflitos de governança, implicando a possibilidade de inviabilizar a efetivação desse potencial.

Palavras-chaves: SUS, regionalização, redes, NOAS.

Abstract

This research aimed at analyzing the regionalization strategy to the National Health System – Sistema Único de Saúde (SUS) – introduced by the Operational Law of Health Attention – Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) –, in its capacity to construct mechanisms and processes of municipal interdependency. The analyses employed a theoretical base built on a selected set of principles extracted from studies of network published at the international literature of public administration in the 90's. These principles were utilized to construct an analytical structure that highlights the characteristic elements of the network interdependency model, and differentiate it from another interorganizational structures. Based in this analytical structure, it was examined the potential of the NOAS strategic guidelines to generate stimuli to construct a network interdependency structure enough to manifest its potential of policy coordination inside the SUS. Its possible to conclude that, although the NOAS strategy may generate an intermunicipal capacity of collective work that characterizes a network interdependency model, its guidelines have explicit elements that can create intergovernmental conflicts leading to block the materialization of this potential.

Key words: SUS, regionalization, networks, NOAS.

¹ Recebido em outubro e aprovado em novembro de 2005.

² Mestre em Administração Pública pela Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas – EBAPE da Fundação Getúlio Vargas do Rio de Janeiro – FGV/RJ. E-mail: assismafort@fgvmail.br; assismafort@gmail.com



Introdução

O processo de constituição das estruturas do SUS – Sistema Único de Saúde, mediante a descentralização dos núcleos de elaboração e implementação das políticas de saúde, o compartilhamento das instâncias decisórias com a Sociedade Civil e a necessidade de contratação pelo Estado de insumos e serviços de saúde fora de seus domínios, fundamentou os pilares da nova forma de composição da Política Nacional de Saúde por meio de processos de coordenação inter-organizacional (OUVERNEY, 2005).

Esses processos envolvem a composição de diretrizes estaduais e nacionais de políticas por meio de mecanismos ascendentes (conferências de saúde), a construção de sistemas de transferência de recursos financeiros intergovernamentais, a coordenação compartilhada de funções sistêmicas como a gestão de programas setoriais, o estabelecimento de instâncias de mediação e construção de consenso intergovernamental entre os gestores (comissões intergestores), assim como diversos outros que definem e caracterizam a dinâmica organizacional do SUS (FLEURY, 2001a).

Essa característica de composição inter-organizacional impõe um desafio constante que consiste na promoção da integração entre os diversos atores do sistema mediante a articulação de recursos e bases organizacionais e decisórias de forma a fornecer racionalidade às diretrizes e políticas.

Três fatores ampliam a dimensão estratégica desse desafio. Em primeiro lugar, essa estratégia de descentralização das funções de organização, gestão e financiamento como fundamento de construção do SUS, que ganhou ênfase somente na segunda metade da década de 90, privilegiou o papel dos municípios como ator fundamental na construção das políticas de saúde com poucos estímulos à articulação horizontal no interior do sistema (BRASIL, 2001).

Depois, o processo de descentralização político-administrativo que marcou a construção do SUS configurou um quadro de gestão em que foram transferidas responsabilidades de assegurar direitos universais de acesso à saúde aos cidadãos a um conjunto de municípios com graus diferentes de domínio de recursos, gerando uma realidade assimétrica de capacidade financeira, de oferta de serviços e de competências de gestão e organização (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Finalmente, como parte integrante desse processo, houve a intensificação dos investimentos direcionados à redefinição do modelo assistencial predominante no SUS, tornando a universalização da cobertura relativa à atenção primária a principal estratégia da política nacional de saúde no período (MARQUES e MENDES, 2002). Esse aspecto revela e direciona ao SUS uma demanda maior pela busca por serviços de maior complexidade, o que conduz necessariamente à busca pela ênfase em políticas voltadas para o fortalecimento do princípio da integralidade.

Esses fatores redimensionam e intensificam o desafio da integração entre os diversos atores presentes no interior do SUS (HARTZ e CONTANDRIOPOULOS, 2004), tornando a estratégia de descentralização insuficiente na garantia de seus princípios fundamentais de universalidade, integralidade e equidade (VIANNA *et al*, 2002; LEVICOVTZ, LIMA e MACHADO, 2001).

Logo, a regionalização da saúde no interior do SUS, instituída por meio da Norma Operacional Assistência à Saúde – NOAS, surgiu como estratégia necessária e complementar à descentralização, buscando promover a articulação intermunicipal como elemento central nesse processo. No entanto, embora tenha sido editada em 2001, a NOAS encontra dificuldades de efetivar-se e produzir os resultados esperados em termos de sua capacidade de integração intermunicipal.

Na medida em que há ainda poucas discussões sobre o porquê desse impasse (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005), este artigo objetiva contribuir nesse sentido analisando a estratégia da NOAS de promoção da integração no que se refere a sua capacidade de construção de mecanismos e processos de interdependência municipal.

Para tal, a Seção 2 apresenta uma síntese da estratégia de regionalização da NOAS com os principais mecanismos e instrumentos que a compõem. Logo em seguida, na Seção 3, desenvolve-se uma estrutura analítica como arcabouço construído especificamente para analisar o padrão de interdependência municipal estabelecido pela estratégia de regionalização da NOAS. Essa estrutura foi construída a partir de uma ampla e sistemática leitura da literatura internacional de administração pública da década de 90 e atual sobre gestão de redes de políticas. E, finalmente, na Seção 4, são apresentados os resultados das análises, assim como as implicações para a dinâmica gerencial da regionalização.

A estratégia de regionalização da saúde instituída pela NOAS

A estratégia de regionalização instituída pela NOAS assume, como elemento fundamental para obtenção dos princípios de equidade e integralidade, a ampliação do grau de integração entre as bases municipais de serviços de saúde. Esse processo de construção da integralidade e da equidade somente se torna possível mediante a construção de estratégias de promoção da interdependência municipal. A NOAS busca impulsionar esse processo por meio de dois grandes eixos – os processos de territorialização e de planejamento da atenção à saúde –, que contêm os elementos essenciais para se compreender qual o padrão de interdependência municipal fomentado pela estratégia de regionalização. Assim, o padrão de interdependência impulsionado pela NOAS será estruturado por fluxos de relações motivados essencialmente pelos processos de territorialização e planejamento da atenção, ou seja, no decorrer do processo de implementação da norma, as relações desencadeadas adquirem certo padrão de estabilidade, configurando um formato de interdependência específico.

O processo de territorialização consiste na delimitação das unidades fundamentais de referenciamento, que são as regiões/ microrregiões de saúde e os módulos assistenciais, a partir das quais serão estruturadas as funções relativas ao conjunto da atenção à saúde, envolvendo a organização e gestão do sistema, a alocação de recursos e a articulação das bases de provisão de serviços por meio de fluxos intermunicipais de referência.

Esse processo é de extrema relevância teórica, uma vez que define quais são as bases de atores, organizações e recursos que formam a rede como unidade de análise, ou seja, delimita o *cluster* que terá suas relações de interdependência aprofundadas. A territorialização envolve três estratégias principais de aprofundamento das interdependências municipais, que consistem no estabelecimento da região de saúde como unidade mínima de organização da atenção à saúde, na lógica de estruturação assistencial e na definição de um conjunto de processos gerenciais de suporte à regionalização.

Portanto, o estabelecimento das regiões/ microrregiões de saúde como unidade referencial

mínima de territorialização representa a definição dessas como locus privilegiado para a articulação dos atores, organizações e recursos mediante fluxos intermunicipais de referenciamento de serviços, informações e relações produtivas no interior do SUS no nível regional. Ou seja, trata-se de uma estratégia de aprofundamento da interdependência entre os municípios que a compõem, uma vez que tal delimitação toma como ponto de partida um conjunto de critérios que demonstram a existência de fluxos relacionais de interdependência que se manifestam por meio de várias dimensões da estrutura social (econômica, política, cultural, de atenção à saúde, epidemiológica, entre outros) subjacentes ao conjunto de municípios componentes de uma região de saúde.

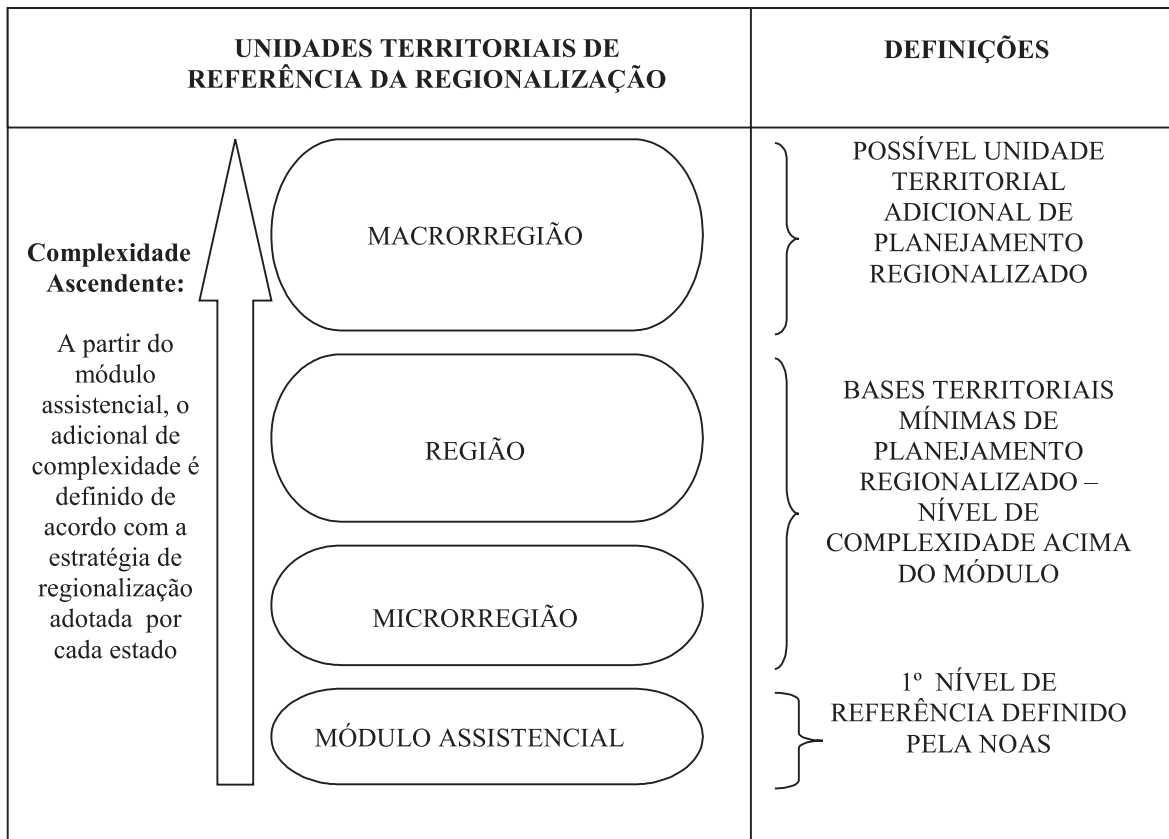
A estruturação assistencial das regiões/ microrregiões envolve, por sua vez, três subestratégias que visam proporcionar maior capacidade de integralidade. A primeira refere-se à homogeneização do acesso a média complexidade pela instituição de “módulos assistenciais” como unidades assistenciais mínimas de subdivisão das regiões/ microrregiões, que consistem num agregado 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 para ofertar com suficiência um conjunto mínimo de procedimentos de média complexidade para sua população e para a população de outros municípios a ele adscritos. Esses módulos representam o primeiro nível de referência para o acesso à média complexidade.

A segunda subestratégia consiste na identificação de bases de serviços especializados no interior dos módulos assistenciais que possam ser tomadas como centros de referência. Esses são chamados de “municípios-pólo” e consistem em atores essenciais na ampliação do potencial de integralidade do sistema interno às regiões/ microrregiões.

A terceira subestratégia de ampliação da capacidade de integralidade na provisão de serviços reside na obrigatoriedade de composição ascendente de complexidade por unidade territorial agregada. A microrregião ou região consiste na unidade mínima para qualificação da assistência de acordo com o estabelecido pela NOAS, no entanto, é possível que sejam estabelecidos vários níveis de organização assistencial na divisão do território do estado. Assim, cada nível de assistência estabelecido acima do “módulo

assistencial” deve conter serviços especializados além dos previstos neste. A Figura 1 representa essa estratégia e resume a lógica de estruturação assistencial da NOAS.

Figura 1. Estruturação assistencial estabelecida pela estratégia da NOAS



Fonte: Elaboração própria com base na NOAS (BRASIL, 2002).

Finalmente, o desenvolvimento de **processos gerenciais** de consolidação da estratégia de regionalização da atenção à saúde, envolvendo diversas diretrizes para a organização e transformação da distribuição espacial das bases de serviços e das referências intermunicipais, aprofunda a interdependência entre os municípios na medida em que compõe um conjunto de atividades que terão de ser desempenhadas por atores e organizações na consolidação da região/ microrregião como unidade de referência para a organização do SUS. Tais processos envolvem, entre diversos outros, o estabelecimento e monitoramento de mecanismos e fluxos intermunicipais de referência e contra-referência, a realização de estudos

e análises constantes para projeção do futuro desenho da configuração da atenção à saúde, a composição, organização e operacionalização da Programação Pactuada e Integrada, a redistribuição geográfica de recursos tecnológicos e humanos, a alocação de investimentos em infra-estrutura visando tornar a região/ microrregião sistemas de saúde resolutivos e funcionais, etc.

O processo de **planejamento** consiste no segundo eixo de composição da regionalização, o qual, associado à territorialização, possibilita, na percepção da NOAS, construir sistemas funcionais de saúde orientados por prioridades e capazes de garantir o acesso universal, equitativo e integral por meio do emprego eficiente de



recursos. Na medida em que a regionalização da saúde configura um projeto de transformação da atual distribuição espacial das bases de serviços, o planejamento consiste no processo por meio do qual essa mudança pode ser materializada. Ou seja, uma vez que a atual distribuição assimétrica das bases de serviços torna o processo de territorialização insuficiente na materialização dos princípios de universalidade, equidade e integralidade, o planejamento consiste no processo capaz de conferir um caráter dinâmico à estratégia de regionalização da saúde.

Portanto, o planejamento torna-se uma função que intensifica o fluxo de relações entre os atores que compõem o sistema, na medida em que a visão da regionalização, como um processo dinâmico e transformador, exige a ação conjunta constante em torno do intercâmbio de informações e recursos, da construção de estratégias e da reafirmação de compromissos, entre outros. O processo de planejamento, tal qual concebido pela NOAS, envolve três aspectos principais no estabelecimento da regionalização, que são a concepção, a implantação e o monitoramento do **Plano Diretor de Regionalização – PDR**, o desenvolvimento de uma estratégia de obtenção de **racionalidade sistêmica** e o estabelecimento de um **pacto de compromisso**.

O PDR constitui o instrumento por meio do qual é pensada, definida, elaborada, implantada, monitorada e avaliada toda estratégia de regionalização em cada estado. Uma vez que a definição da configuração territorial é construída com base nas diretrizes e estratégias definidas no PDR, este adquire um *status* estratégico no interior do processo de regionalização, uma vez que para ele convergem informações e análises que irão orientar a ação dos atores no interior do sistema, visando a um futuro quadro almejado de organização da assistência. A NOAS define que todo esse processo de construção do PDR envolve o trabalho conjunto e o intercâmbio técnico e político direto entre os municípios e a esfera estadual, sendo esta a responsável maior que concentra e conduz todas as atividades.

O desenvolvimento de uma estratégia de **racionalidade sistêmica** subjacente ao planejamento emerge como resultado da concepção da regionalização como um processo que visa “conformar sistemas funcionais de saúde” e “otimizar os recursos disponíveis” de acordo com as “prioridades de intervenção”, conformando, assim, claramente uma estratégia orientada pela eficiência microeconômica. A obtenção

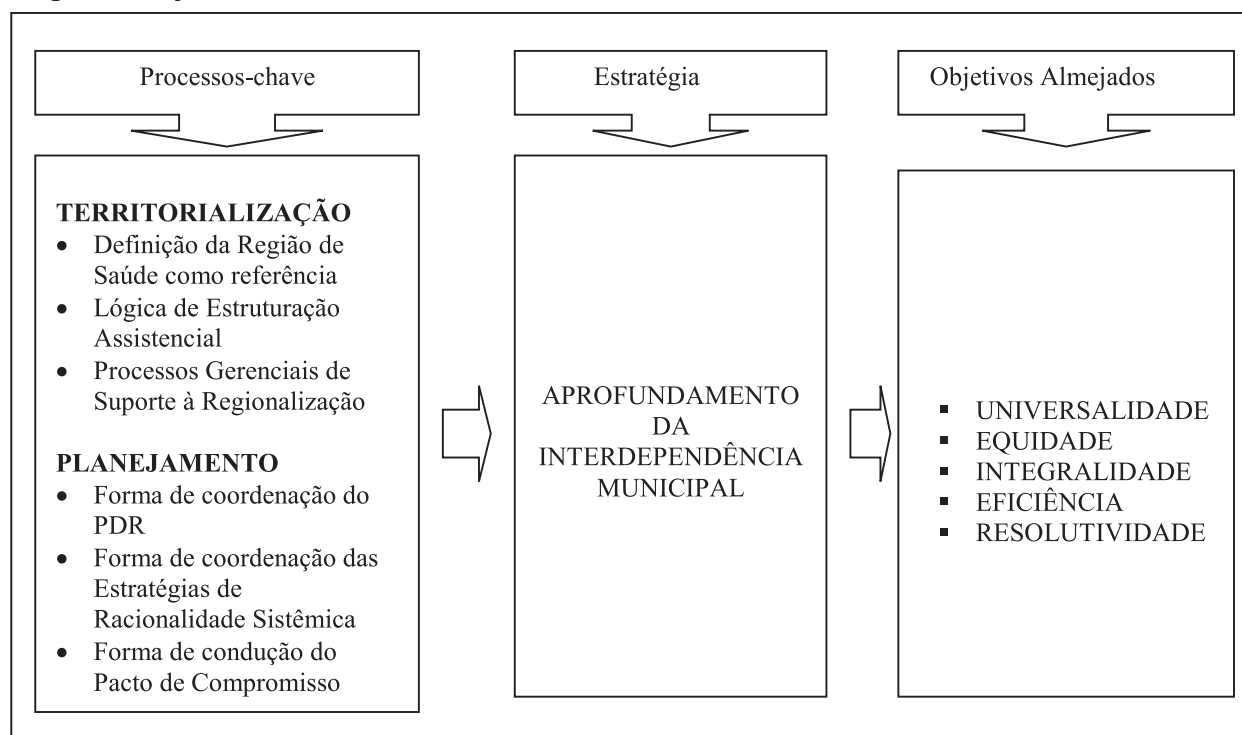
de **racionalidade sistêmica** envolve os processos de desenvolvimento do Plano Diretor de Investimentos, as atividades que sustentam o zoneamento territorial que resulta nas regiões/ microrregiões de saúde (distribuição espacial da oferta entre municípios, análises epidemiológicas, demográficas, sanitárias, etc.), a programação da assistência via PPI – Programação Pactuada e Integrada – e as atividades de controle, regulação e avaliação. Uma vez que essas atividades e processos estão relacionados ao PDR, a NOAS, replicando a forma de condução do processo de planejamento via convergência estadual do PDR, instituiu a preponderância da esfera estadual como base organizacional de desenvolvimento da estratégia de obtenção de **racionalidade sistêmica**.

Finalmente, o estabelecimento de um **pacto de compromisso** envolve a construção de instrumentos e processos de pactação que possam garantir que a configuração desenvolvida mediante a territorialização das bases municipais de provisão de serviços e expressa no planejamento no PDR tenha efetividade e possa materializar os princípios de universalidade, equidade e integralidade. Esse pacto de compromisso envolve o estabelecimento jurídico de um **Termo de Compromisso de Garantia de Acesso** entre o gestor estadual e os gestores municipais dos municípios-sede e pólo visando assegurar que estes forneçam o acesso aos serviços de média complexidade aos municípios a eles adscritos, de acordo com a configuração inscrita no PDR. Esse termo contém ainda uma série de compromissos mútuos que condicionam a transferência do financiamento federal relativo às referências intermunicipais para os município-sede e pólo. Como o gestor estadual conduz todo o processo de planejamento da regionalização, torna-se o ator mais capacitado para monitorar sua efetivação. Da mesma forma, as etapas de maior relevância da regionalização convergem para processos de pactação no interior da esfera estadual de gestão do SUS, mais especificamente no âmbito da Comissão Intergestores Bipartite – CIB, ratificando a inserção privilegiada do gestor estadual no processo de regionalização da saúde.

A Figura 2 resume a estratégia de regionalização da NOAS apresentando os principais fundamentos regulatórios, acima descritos, que impulsionam o aprofundamento de um determinado padrão de interdependência entre os municípios.



Figura 2. Lógica detalhada de regionalização da NOAS



Fonte: Elaboração própria com base na NOAS (BRASIL, 2002).

Sendo assim, o conceito de região de saúde definido na NOAS consiste no espaço interorganizacional cuja dinâmica social (política, econômica, cultural, epidemiológica, de atenção à saúde etc.) delimita uma estrutura de interdependência que a diferencia das demais e a torna uma base de desenvolvimento de uma estrutura de integração da atenção à saúde e da promoção da interdependência municipal por meio dos processos de territorialização e planejamento, ou seja, a busca pelo aprofundamento da interdependência ocorre majoritariamente no interior da região de saúde, e esta delimita o campo de construção regional do SUS.

Referencial teórico: definindo o padrão de interdependência em rede

Os movimentos de reforma do Estado durante as duas últimas décadas redimensionaram as bases de organização das políticas públicas por meio de processos de descentralização, estímulo ao compartilhamento decisório e à diversificação das fontes de financiamento

e dos formatos de provisão de bens públicos, originando, assim, uma ampla variedade de arranjos compostos por atores governamentais, privados e não-governamentais (FLEURY, 2001b). Essa composição multiestrutural de organização de políticas públicas apresenta como um de seus desafios principais a promoção de mecanismos e estratégias de integração e articulação capazes de fornecer racionalidade e eficiência a tais arranjos (PROVAN e MILWARD, 1995).

Como resultado das respostas a esse desafio, emergiu na literatura internacional de administração pública (BOGASON e TOONEY, 1998) um conjunto de estudos comendo uma nova abordagem de gestão de políticas públicas caracterizada pela idéia de que a integração dos atores presentes nesses arranjos multiestruturais torna-se mais eficaz e eficiente quando promovida por meio de um padrão de interdependência em rede.

Assim, a estruturação de redes como suporte organizacional às políticas públicas tem se apresentado no contexto dos *Welfare States*, desde o início da década



de 90, como um novo paradigma de organização da ação do Estado frente às constatadas imperfeições do modelo burocrático (FLEURY, 2002; AGRANOFF e McGUIRE, 2001), buscando desenvolver estratégias e instrumentos de promoção e sustentação de interdependências no interior de sistemas de proteção social em diversos países.

Uma rede consiste num fenômeno organizacional que, além dos aspectos fundamentais como composição por atores autônomos, interdependência e padrões estáveis de relacionamento, **desenvolve uma institucionalidade voltada especificamente para o aprofundamento da interdependência existente** (BÖRZEL, 1998). Essa institucionalidade compõe-se em torno do planejamento deliberado da divisão do trabalho e da articulação estratégica voltada para a manipulação do ambiente em que opera a rede, ou seja, a rede desenvolve-se pelo trabalho coletivo especificamente planejado (KLIJN, 2002).

Assim, somente quando há convergência institucional para o aprofundamento articulado e planejado da interdependência existente entre os atores, pode-se afirmar que se desenvolve uma estrutura em rede:

“ Networks are structures of interdependence involving multiple organizations or parts thereof, where one unit is not merely the formal subordinate of the others in some larger hierarchical arrangement. Networks exhibit some structural stability but extend beyond formally established linkages and policy-legitimated ties. The notion of networks excludes mere formal hierarchies and perfect markets, but includes a very wide range of structures in between. The institutional glue congealing networked ties may include authority bonds, exchange relations, and coalitions based on common interest, all within a single multiunit structure” (O'TOOLE, 1997, p. 45).

A formação da rede ocorre quando a dinâmica das relações de intercâmbio adquire maior consistência e fornece certo grau de institucionalização às interações, resultando na formalização das relações. À medida que se desenvolve a percepção de que o aprofundamento da interdependência consiste no fator decisivo para a obtenção dos objetivos desejados, inicia-se um processo de coordenação deliberado e planejado no sentido de dividir e organizar coletivamente o trabalho:

“ Network structures occur when working separately – even while maintaining links with each other – is not

enough. Individuals representing themselves, public, not-for-profit, and private organizations realize that working independently is not enough to solve a particular problem or issue. A network structure forms when these people realize they (and the organizations they represent) are only one small piece of the total picture. It is a recognition that only by coming together to actively work on accomplishing a broad, common mission will goals be accomplished. [...] Network structures may include, but reach beyond, linkages, coordination, or task force action. Unlike networks, in which people are only loosely linked to each other, in a network structure people must actively work together to accomplish what they recognize as a problem or issue of mutual concern” (KEAST et al, 2004, p. 364).

Dessa forma, os elementos essenciais à caracterização da existência de uma **estrutura em rede** consistem no estabelecimento de ações estrategicamente planejadas, uma missão comum, a fixação de compromissos relativos a metas acordadas coletivamente e o intercâmbio constante e duradouro de recursos. A formação constante da rede reflete tanto o fato de que a dinâmica das relações constrói a estrutura e esta redimensiona as bases de interação iniciais, quanto a percepção de que há espaços ou instâncias para a ação das estratégias específicas de gestão cujo objetivo consiste fundamentalmente em mediar o conflito constante entre interesses particulares e os propósitos maiores construídos coletivamente (VAN BUEREN, KLIJN e KOPPENJAN, 2003).

Como resultado da emergência de uma base de institucionalidade, a natureza da relação existente entre os atores e organizações componentes da rede transforma-se, adquirindo uma dimensão caracterizada por padrões de interdependência diferentes dos predominantes anteriormente. O padrão de interdependência anterior ao processo de institucionalização da rede envolvia a construção apenas de relações de **cooperação interorganizacional** entre os atores envolvidos, mas o novo padrão de relações de interdependência em rede envolve, principalmente, a formação de relações de **coordenação interorganizacional**, entendendo **esta** tal qual definida por Rogers e Whetten (1982, p. 12):

“[...] We define Interorganizational Coordination as the process whereby two or more organizations create and/or use existing decision rules that have been established to deal collectively with their shared task environment. This



definition is useful because it: (1) emphasizes that decision rules can be established by a third party or created by participants; (2) underlines the importance of shared task environment; (3) focuses on the role of collectivity and its attainment of a unique level of goals; and (4) stresses joint decision making and action”.

Logo, a institucionalização envolve a emergência de um padrão de interdependência em que os atores desenvolvem ações coletivamente planejadas e deliberadamente orientadas para a ênfase nos objetivos comuns. A estrutura institucionalizada busca integrar forças políticas de forma a permitir que a relação com o ambiente da rede se desenvolva, reorientando a distribuição e a utilização de recursos. Esse processo envolve não só a formalização compartilhada de relações internas de intercâmbio e o desenvolvimento de regras específicas para gerir tais relações, como a definição de parâmetros também estabelecidos em arenas externas à rede.

Sendo assim, é possível argumentar que uma **estrutura em rede** possui um determinado padrão associativo como condição *sine qua non* para a devida integração dos atores envolvidos, padrão que se diferencia tanto de **formações interorganizacionais de baixa institucionalidade** em que os vínculos associativos não atingem o nível de coesão suficiente (MANDELL e STEELMAN, 2003), quanto de organizações de caráter hierárquico, ou de **elevada institucionalidade**, em que predominam relações de subordinação vertical numa estrutura centralizada de domínio de recursos (AGRANOFF e McGUIRE, 2001; BATE, 2000).

Para compor e definir melhor esse padrão de interdependência em rede e diferenciá-lo dos dois outros padrões acima referidos, foram selecionados, a partir da leitura sistemática da literatura internacional de administração pública, dez elementos de análise que possibilitam configurar uma tipologia com maior precisão conceitual, para em seguida proceder ao exame da capacidade de promoção de interdependência contida nas diretrizes da NOAS. Os elementos foram selecionados tomando como base a ênfase a eles conferida nos trabalhos analisados:

1) Foco gerencial – conjunto de atividades que detém a prioridade na coordenação interorganizational (PROVAN e MILWARD, 1995; KEAST *et al.*, 2004; AGRANOFF e MACGUIRE, 1999);

2) Atores envolvidos e amplitude de inserção – nível de poder dos atores envolvidos das organizações que compõem a formação interorganizational e amplitude de inserção dessas organizações na composição do arranjo (VAN BUEREN, KLIJN e KOPPENJAN, 2003; KLIJN, KOPPENJAN e TEERMER, 1995; AGRANOFF e MACGUIRE, 1999; DAUGBJERG, 1997; MANDELL e STEELMAN, 2003; FLEURY, 2002);

3) Nível de formalização – grau de formalização subjacente a processo de institucionalização dos vínculos (KLIJN, 2001 e 1996; KEAST *et al.*, 2004; MANDELL e STEELMAN, 2003; KOPPENJAN e KLIJN, 2004);

4) Recursos envolvidos – quantidade de recursos direcionados para as atividades coletivas e sua forma de gestão (McGUIRE, 2002; MANDELL e STEELMAN, 2003; ROGERS e WHETTEN, 1982);

5) Foco de poder – configuração dos arranjos decisórios e da distribuição do poder (KOPPENJAN e KLIJN, 2004; ALEXANDER, LEE e BAZZOLI, 2003; FLEURY, 2002; McGUIRE, 2002; MILWARD e PROVAN, 1998);

6) Foco de controle – forma de monitoramento do trabalho coletivo e de promoção de *accountability* dos recursos empregados (AGRANOFF e McGUIRE, 1999 e 2001; O'TOOLE, 1997; ACAR e ROBERTSON, 2004; FLEURY, 2002);

7) Objetivos enfatizados – foco de objetivos dos atores envolvidos na formação interorganizational (MANDEL, 2001 e 1999a e 1999b; FLEURY, 2002; BÖRZEL, 1998; MARSH, 1997; KLIJN, 1996; AGRANOFF e MACGUIRE, 2001; MANDELL e STEELMAN, 2003);

8) Instâncias estratégicas de coordenação interorganizational – forma de atuação de unidades organizacionais (instâncias) especificamente voltadas para articular e integrar recursos de forma eficiente e flexível, além de conduzir mecanismos de suporte decisório (análise de estudos, informações, relatórios, etc.) (KEAST *et al.*, 2004; AGRANOFF e McGUIRE, 1999; PROVAN e MILWARD, 1995 e 1998; KOPPENJAN e KLIJN, 2004);

9) **Espaços internos de pactação** – forma de atuação de unidades de suporte político direcionadas a compor estratégias de compartilhamento decisório, promover consensos e projetos hegemônicos, além de prevenir bloqueios e impasses (KOPPENJAN e KLIJN, 2004; VAN BUEREN, KLIJN e KOPPENJAN, 2003; FLEURY, 2002; KLIJN, KOPPENJAN e TERMEER, 1995);

10) **Canais Externos de Articulação** – forma de atuação de intâncias cujo objetivo consiste em gerir relações com atores e organizações externas ao arranjo interorganizacional, e inseri-lo nos processos de definição de parâmetros da política pública em questão nos níveis

regional e nacional (KEAST *et al.*, 2004; APRIL, 2003; MANDELL, 1999; KOPPENJAN e KLIJN, 2004);

A partir dos elementos acima selecionados, procedeu-se à construção de estrutura analítica que possibilita a caracterização mais precisa do conceito de interdependência em rede. Cada um dos elementos diferencia-se de acordo com o padrão associativo envolvido, formando três tipos ideais para que possibilitem a análise em perspectiva comparada dos níveis de interdependência subjacente a cada um dos padrões associativos, tal como disposto no Quadro 1, que apresenta a síntese do modelo analítico proposto.

Quadro 1. Elementos institucionais de definição de um padrão de interdependência em rede

Dimensões de análise	Baixa institucionalidade	Interdependência em rede	Institucionalidade elevada
Foco gerencial	Atividades particulares (organizacionais)	Atividades complementares	Supremacia do caráter coletivo das atividades
Atores envolvidos e amplitude de inserção	Nível operacional e tático; inserção limitada	Nível operacional, tático e estratégico; ampla inserção de atores	Níveis tático e estratégico; inserção seletiva
Nível de formalização	Poucas regras	Construção coletiva de regras gerais e interativa de regras operacionais	Alta formalidade
Recursos envolvidos	Poucos recursos comprometidos; gestão dispersa dos recursos	Nível médio de recursos comprometidos; desenvolvimento de estratégias de mecanismo de gestão compartilhada dos recursos	Domínio elevado de recursos por um ator específico ou poucos atores
Foco de poder	Dispersos e exercido de forma direta; tende a enfatizar as possibilidades de cada ator de acordo com as assimetrias de domínio de recursos	Construção de formas e estratégias de compartilhamento decisório; foco de poder descentralizado e compartilhado	Poder centralizado
Foco de controle	Foco fiscalizador disperso em diversos processos de intercâmbio	Foco complementar de sistemas articulados; caráter estratégico de suporte à dinâmica gerencial	Centralização de informações e mecanismo de racionalidade sistêmica, típica de hierarquias; ênfase na dimensão fiscalizadora do controle

Quadro 1. Elementos institucionais de definição de um padrão de interdependência em rede

Objetivos enfatizados	Foco principal nas metas singulares de cada organização; realização de objetivos isolados e sem coordenação	Construção de um compromisso em torno de objetivos maiores e a partir dos objetivos particulares de cada ator ou organização	Ênfase exagerada nos aspectos coletivos podendo centralizar atividades e processos, em detrimento dos objetivos particulares
Instâncias estratégicas de coordenação inter-organizacional	Ausentes ou pouco desenvolvidas; articulação insipiente da base de recursos; ausência de estratégia de racionalidade sistêmica	Inseridas no <i>cluster</i> da rede; definição flexível e compartilhada de estratégias, mecanismos e parâmetros de articulação da base de recursos	Estruturadas estabelecidas fora e acima da rede; definição externa e mais rígida de estratégias, mecanismos e parâmetros de articulação da base de recursos
Espaços internos de pactação	Ausentes ou pouco desenvolvidos; predomínio de incerteza estratégica	Inseridas no <i>cluster</i> da rede; processo de aprendizagem estratégica; definição e redefinição constante e compartilhada de objetivos; formação e redefinição de projetos hegemônicos	Estabelecidas fora do <i>cluster</i> da rede; coordenação política centralizada; definição externa de objetivos, estratégias e projetos de política pública
Canais externos de articulação	Apenas informalmente desenvolvidos (articulação informal); predomínio de incerteza institucional	Processos de definição compartilhada dos parâmetros mínimos relativos ao formato institucional da rede; homologação das estratégias e consensos construídos ao nível da rede	Determinação externa dos principais parâmetros, estratégias e mecanismos de coordenação da rede

Fonte: elaboração própria.

Na medida em que estão presentes as características que compõem um padrão de interdependência em rede, tal como apresentadas no Quadro 1, torna-se possível desenvolver um potencial de organização do trabalho coletivo sem comprometer a sustentabilidade política, uma vez que, em espaços interorganizacionais compostos por entes autônomos, a governança constrói-se em processos constantes de pactação e ajustes simultâneos de percepções e interesses, sem a presença de uma autoridade central que determina as estratégias e conduz o trabalho coletivo.

De forma contrária, quando determinada formação interorganizacional manifesta características que a aproxima de um dos outros dois tipos ideais, reduz-se seu potencial de promoção e sustentação de interdependência.

No primeiro caso, em formações interorganizacionais que apresentam traços típicos de

um padrão de interdependência caracterizado por baixa institucionalidade, o potencial de composição de trabalho coletivo apresenta-se de forma insuficiente diante da complexidade dos problemas de política pública, sendo baixa a capacidade de mobilização de recursos, além de reduzido o potencial de composição de objetivos coletivos.

Sendo assim, na medida em que tais formações interorganizacionais se compõem a partir de uma pequena amplitude de inserção de atores e organizações, e somente desenvolvem atividades específicas e de caráter limitado temporalmente, a estabilidade das relações de intercâmbio de recursos é baixa. De forma resumida, como resultado do desenvolvimento de uma institucionalidade coletiva baixa, a intensidade dos vínculos interorganizacionais e a extensão dos esforços de política pública são

insuficientes para impulsionar uma ação eficaz e eficiente sobre problemas de política pública.

No outro extremo estão as formações interorganizacionais que apresentam características que as aproximam do tipo ideal classificado como de elevada institucionalidade. Nesses casos, os obstáculos não residem em sua formação coletiva incipiente e em seu baixo potencial de trabalho coletivo, mas sim em sua capacidade de promover sustentabilidade política, uma vez que a centralização decisória e da condução dos principais instrumentos e estratégias de organização do trabalho coletivo em espaços interorganizacionais formados por atores e organizações com autonomia implica constantes conflitos de governança (VAN BUEREN, KLIJN e KOPPENJAN, 2003).

A natureza da governança em rede envolve a composição constante de hegemonia devido ao caráter horizontal das relações de intercâmbio de recursos, sem que se verifiquem relações de autoridade entre os atores e organizações envolvidos (AGRANOFF e McGUIRE, 1999). Assim, a composição e a dinâmica dos instrumentos e das estratégias de organização do trabalho coletivo são orientadas por processos de compartilhamento de poder em etapas decisórias coletivamente constituídas, em que um único ator ou organização não possui a preponderância política (KLIJN e KOPPENJAN, 2000).

Dessa maneira, formações interorganizacionais que manifestam características de elevada institucionalidade tendem a reduzir a estabilidade de seus vínculos constitutivos pela intensificação dos conflitos entre os atores e organizações que se situam em posições centralizadas e as demais. Isso porque a autonomia decisória dessas últimas impossibilita a composição dirigida de estratégias e a condução centralizada de instrumentos e processos de trabalho coletivo, gerando constantes conflitos e a redução da sustentabilidade política da formação interorganizacional.

Resultado das análises, implicações gerenciais e sugestões normativas de aperfeiçoamento para a estratégia de regionalização

Síntese dos resultados

Assim, as análises buscaram identificar se as diretrizes estratégicas da NOAS produzem estímulos para a construção de um padrão de interdependência

em rede capaz de manifestar as potencialidades destas como forma de coordenação interorganizacional no aperfeiçoamento gerencial do SUS, ou seja, se tais diretrizes contêm elementos que impulsionam a composição de bases consistentes e sustentáveis de organização do trabalho coletivo, de acordo com o modelo analítico proposto.

A análise demonstrou que os mecanismos e diretrizes que compõem a estratégia de regionalização da NOAS, sintetizada na Estratégia de Regionalização da saúde, impulsionam um padrão de interdependência entre os municípios caracterizado por:

- 1) Foco gerencial em atividades complementares, principalmente no que se refere à média complexidade;
- 2) Envolvimento dos atores dos níveis operacional, tático e estratégico, com inserção seletiva desses atores (ênfase nos gestores municipais em detrimento da Sociedade Civil);
- 3) Construção coletiva de regras gerais que orientam o trabalho coletivo e a composição da governança, assim como de normas que interferem na dinâmica operacional do trabalho coletivo (utilização e emprego de fatores de produção), caracterizando também alta formalidade;
- 4) Estabelecimento de estratégias de gestão coletiva de recursos e de compartilhamento decisório, com o domínio elevado de recursos de recursos por um único ator, caracterizando certo grau de centralização de poder;
- 5) Concepção das funções de controle, regulação e avaliação como parte de uma estratégia de suporte ao processo de planejamento, caracterizada pela centralização das informações e mecanismos de obtenção de racionalidade sistêmica;
- 6) Presença de instrumentos e mecanismos que impulsionam a construção de objetivos comuns relacionados à dimensão assistencial da atenção à saúde, e ausência destes direcionados à exploração do potencial de trabalho coletivo referente à prevenção e promoção;
- 7) Estabelecimento de bases organizacionais definidas de organização do trabalho coletivo e da composição de uma estratégia de racionalidade sistêmica, com a inserção das instâncias de estratégia de forma externa às regiões de saúde;
- 8) Definição de espaços de pactação para construção da governança, possibilitando que ocorra um processo de aprendizagem estratégica entre os atores e organizações



envolvidos, sendo estes espaços estabelecidos fora do *cluster* das regiões de saúde, caracterizando um processo de coordenação política centralizada na esfera estadual; Composição compartilhada dos parâmetros relativos ao formato institucional do sistema, e interferência dos canais externos de articulação no escopo das estratégias e mecanismos construídos para gerenciar as atividades de coordenação interorganizacional ao nível do *cluster* das regiões de saúde.

Esses são os principais elementos que definem o padrão de interdependência estabelecido pelas diretrizes da NOAS entre os atores e organizações envolvidos no processo de regionalização da saúde no interior do SUS. Esse padrão de interdependência manifesta, para a maioria dos elementos que compõem o modelo analítico proposto, um mix entre características de interdependência em rede e de elevada institucionalidade. Somente para o elemento *objetivos enfatizados* o padrão de interdependência impulsionado pelas diretrizes da NOAS combina características de rede com formações interorganizacionais de baixa institucionalidade.

Esse padrão de interdependência manifesta ao mesmo tempo característica de formações interorganizacionais em rede e elementos desfavoráveis nesse sentido, tanto por não estabelecer instrumentos e mecanismos de ação coletiva na prevenção e na promoção da saúde, impulsionando formatos de baixa institucionalidade, quanto por compor um formato de coordenação do processo-chave de planejamento, caracterizado pela preponderância do gestor estadual, o que conduz a formatos de elevada institucionalidade.

Tal padrão de interdependência, segundo a literatura sobre redes, possui limitações em termos da capacidade de integração dos atores e organizações na promoção do trabalho coletivo e da governança no inteiro do SUS. Assim, uma vez que as análises realizadas possibilitaram a definição das características que delineiam o padrão de interdependência impulsionado pelas diretrizes da NOAS, torna-se possível examinar quais são as implicações para a dinâmica gerencial do processo de regionalização.

Implicações para a dinâmica gerencial da regionalização

É possível perceber, portanto, que as diretrizes da NOAS estimulam, para a maioria dos elementos

analisados, uma dinâmica de interdependência municipal fundamentalmente caracterizada tanto por elementos de um padrão de interdependência em rede quanto por um padrão de elevada institucionalidade. As principais conseqüências para a dinâmica gerencial do processo de regionalização, de acordo com o modelo analítico proposto, consistem no fato de que as diretrizes da NOAS tanto buscam formar bases (instrumentos e estratégias gerenciais) consistentes de organização do trabalho coletivo, quanto geram elementos para a emergência de conflitos e crises de governança no interior do SUS, principalmente entre as esferas estadual e municipal.

As bases para a formação de um potencial de trabalho coletivo estão explicitamente estabelecidas nas diretrizes que fundamentam os processos-chave de territorialização e de planejamento. Esses processos-chave são compostos por instrumentos e estratégias que visam efetivamente à intensificação deliberada e planejada das relações intermunicipais de intercâmbio de recursos, assim como a integração e a articulação das bases de provisão de serviços.

Assim, a delimitação de referências territoriais (módulos assistenciais e microrregiões, regiões e macrorregiões de saúde) para a composição de políticas, programas e sistemas organizacionais, a definição de uma lógica ascendente de complexidade de serviços para a composição dessas referências e a obrigatoriedade de estruturação das políticas e planos a partir das mesmas referências são diretrizes que integram a estratégia de territorialização das bases de organização da saúde da NOAS e possuem um potencial de integração e articulação intermunicipal sem precedentes no processo de construção do SUS no que se refere a estratégias gerenciais.

Da mesma forma, os instrumentos e mecanismos delineados para fornecer suporte ao processo de planejamento da regionalização da saúde compõem um conjunto de elementos com potencial de integração e articulação intermunicipal de atores e organizações superior aos instrumentos e mecanismos até então presentes na arquitetura institucional do SUS, com exceção da PPI.

Dessa maneira, a instituição de instrumentos fundamentais de planejamento, como o Plano Diretor de Regionalização, o Plano Diretor de Investimentos, a Programação Pactuada e Integrada para áreas e

políticas específicas, mecanismos diversos de promoção da racionalidade sistêmica (análises de capacidade instalada, de distribuição espacial dessa capacidade, projeções de realocação otimizada de recursos e investimentos, processos e mecanismos de controle e regulação de fluxos intermunicipais) entre outros, fornecem bases de organização do trabalho coletivo bem mais amplas do que as proporcionadas pelos instrumentos e estratégias disponíveis até então no interior do SUS.

As análises conduzidas mostram que o conjunto dos elementos que conforma a estratégia de regionalização contida na NOAS introduz no espaço intermunicipal do SUS um potencial de organização do trabalho coletivo capaz de gerar relações de interdependência em rede, o que significa que existem, nesta estratégia, diretrizes com capacidade de ampliar o grau de integralidade e equidade das políticas de saúde. A única exceção consiste na pouca ênfase para a formação de objetivos coletivos além das metas assistenciais individuais (linha 7 do Quadro 1 – *objetivos enfatizados*), uma vez que a estratégia da NOAS não inclui instrumentos e mecanismos direcionados a compor ações, atividades e programas coletivos de prevenção e promoção da saúde. Ou seja, as diretrizes da NOAS enfatizam exclusivamente os aspectos assistenciais e individualizados da atenção à saúde. Nesse sentido, a NOAS desconsidera todo um potencial de trabalho coletivo que pode ser obtido por meio da realização de ações, atividades e programas intermunicipais de atenção primária.

Dessa forma, as análises sugerem que as diretrizes da NOAS impulsionam a composição de atividades complementares entre os municípios, a inserção de diversos níveis gerenciais, a construção coletiva de regras gerais de orientação do trabalho coletivo, o compartilhamento de recursos e sua gestão coletiva, o compartilhamento decisório sobre políticas e programas, a complementaridade entre sistemas de controle com foco de suporte estratégico às decisões, além do estabelecimento de instância estratégica de coordenação interorganizacional (a Secretaria Estadual de Saúde – SES) e de espaço de pactuação (Comissão Intergestora Bipartite). Segundo o modelo analítico proposto, a presença desses elementos configura a existência de um considerável potencial de composição de organização de trabalho coletivo.

Entretanto, como também afirmado no referencial teórico, a efetivação desse potencial de trabalho coletivo exige que se construam estratégias de governança adequadas capazes de fornecer sustentabilidade às relações de interdependência e intercâmbio de recursos. Como afirmado em Referencial Teórico, a presença de elementos de centralização decisória em formações inter-organizacionais em rede implica a redução do potencial de promoção da sustentabilidade política, uma vez que a condução dos principais instrumentos, mecanismos e estratégias de organização do trabalho coletivo, a partir de atores e organizações com autonomia, implica constantes conflitos de governança.

Sendo assim, embora a estratégia da NOAS demonstre impulsionar, no interior do SUS, um potencial de composição de organização de trabalho coletivo intermunicipal, suas diretrizes também contêm elementos explícitos que podem gerar constantes conflitos de governança, o que implica a possibilidade de inviabilizar a efetivação desse potencial de trabalho coletivo.

Esses elementos explícitos estão presentes em toda a estratégia de planejamento instituída pela NOAS. Como pode ser verificado na Síntese dos Resultados, o exame das características que compõem o padrão de interdependência impulsionado pela NOAS demonstra também, quase que em sua totalidade, a presença de elevada institucionalidade, o que significa a existência de diretrizes que induzem à condução centralizada de instrumentos e mecanismos de organização do trabalho coletivo. A análise realizada verificou, a cada elemento examinado do modelo analítico, uma tendência à preponderância do gestor estadual na condução da estratégia de regionalização. Essa preponderância, segundo os estudos sobre redes, contrasta com a autonomia decisória dos municípios, implicando, assim, a geração de conflitos de governança.

Uma vez que a regionalização é concebida como um processo dinâmico, cujo sucesso depende da ação conjunta de diversos atores, principalmente os municípios, convergindo em torno de um projeto consistente de rearticulação eficiente das bases de provisão de serviços de saúde, seria de se esperar que esses fossem os atores que efetivamente tivessem a preponderância decisória. Isso porque, se os municípios que compõem uma região/ microrregião de saúde, que consiste no lócus privilegiado pela NOAS para o aprofundamento da interdependência que sustenta a



estratégia de regionalização, são os atores que compõem o *cluster* do qual emerge a dinâmica interorganizacional que apresenta o maior potencial de trabalho coletivo, acima referido, o sucesso das estratégias de rearticulação das bases de serviço depende da legitimação constante desses municípios.

Dessa forma, os municípios, embora estejam inseridos nas arenas decisórias e participem da elaboração e deliberação das estratégias de integração e articulação das bases intermunicipais de serviços de saúde, não possuem a autonomia sobre a condução do processo de organização do trabalho coletivo, apesar de serem os atores essenciais na sua efetivação. A preponderância estadual, tanto na definição das estratégias quanto na condução dos instrumentos e mecanismos de organização do trabalho coletivo intermunicipal, ao limitar a autonomia dos municípios pode implicar a redução do grau de legitimidade das estratégias por parte dos municípios, o que seria fatal para o sucesso da regionalização, pois esses são os atores fundamentais em sua materialização.

Assim, a análise dos elementos de caracterização do padrão de interdependência fomentado pelas diretrizes da NOAS fornece as evidências que contribuem para a redução da capacidade de governança da estratégia de regionalização. Quando da análise dos atores envolvidos e da amplitude de inserção, verificou-se que a estratégia da NOAS, embora busque a inclusão tanto dos atores dos níveis operacional e tático quanto estratégico dos municípios envolvidos, não institui mecanismos ou estratégias de inserção dos atores da Sociedade Civil dos municípios, uma vez que os conselhos municipais não participam de forma direta nas decisões dos principais planos e diretrizes (PDR, PDI etc.). Isso porque tais decisões são tomados no interior da CIB, envolvendo somente negociações entre gestores. Esse aspecto reduz a capacidade de governança do SUS por diminuir a legitimidade das decisões e excluir atores que são fundamentais na construção democrática do SUS, provocando conflitos entre as esferas na definição de diretrizes.

Da mesma forma, a análise do nível de formalização demonstrou que os referenciais que orientam o trabalho coletivo entre a esfera estadual e os municípios, principalmente no interior de uma região de saúde, regulam também aspectos da dinâmica operacional regular dos municípios, uma vez que a coordenação

centralizada na SES implica na padronização de processos, instrumentos e mecanismos utilizados no interior de todo o estado. Assim, a regulação e a padronização do trabalho coletivo reduzem a flexibilidade operacional, uma vez que cada região de saúde possui sua dinâmica própria de intercâmbio de recursos e serviços. Ao interferir e regular a dinâmica intermunicipal de trabalho, a estratégia da NOAS pode provocar constantes conflitos durante a execução de políticas e programas, assim como constantes defasagens nos parâmetros de alocação de recursos e realização de investimentos.

Esta centralização do processo de condução dos principais instrumentos e mecanismos de coordenação é impulsionada pela estratégia de domínio concentrado de recursos (capacidade produtiva, recursos financeiros, capacidade técnica e autoridade legal), que estabelece a preponderância do gestor estadual no controle e na definição dos critérios de alocação e verificação de eficácia e eficiência de utilização. Este aspecto da estratégia da NOAS coloca amplo potencial de direcionamento da dinâmica da regionalização, podendo configurar restrição de autonomia dos municípios, o que, segundo os estudos sobre redes, consiste em fonte constante de conflito e redução de potencial de trabalho coletivo.

Como consequência, apesar das diretrizes da NOAS revelarem uma concepção de controle como função assessoria ao planejamento, o que consiste num fator de ampliação da eficiência de trabalho coletivo, também estabelecem a preponderância do gestor estadual em detrimento da autonomia operacional dos municípios, uma vez que as funções de controle, avaliação e regulação estão subordinadas ao processo de planejamento. Dado que os municípios são os atores que efetivamente constroem (operacionalmente) a estratégia de regionalização, a manutenção de sua autonomia é essencial para o sucesso dessa estratégia. Sendo assim, da mesma forma, tal contradição pode ser fonte constante de conflito e redução do potencial coletivo de trabalho.

Quanto ao estabelecimento de bases organizacionais de suporte ao processo de regionalização, que consistem em elementos fundamentais para a solidificação do trabalho coletivo intermunicipal, as diretrizes da NOAS impulsionam uma dinâmica organizacional que não favorece a construção de bases sólidas de governança,

principalmente tendo em vista o formato institucional do SUS, uma vez que tanto a instância de estratégia (SES) quanto o espaço de pactação (CIB) estão estabelecidos de forma externa à dinâmica das microrregiões/regiões de saúde.

Em relação à instância de estratégia, sua capacidade de promover racionalidade sistêmica, garantir flexibilidade operacional e ampliar a eficiência na alocação de recursos é maior quando esta se encontra inserida diretamente na dinâmica de fluxos de intercâmbio. Uma vez que a SES, como instância de estratégia da regionalização, se encontra distanciada da dinâmica do trabalho intermunicipal, sua capacidade para as funções acima mencionadas é reduzida significativamente, o que pode provocar conflitos de estratégia em virtude das possíveis divergências em termos de informações relativas a parâmetros de política de saúde e o funcionamento de programas, entre outros.

No que refere ao espaço de pactação, da mesma forma, sua instituição de forma autônoma, sem a preponderância de um ator específico no processo decisório, amplia seu potencial de compor estratégias democráticas e plurais, de desenvolver compartilhamento decisório, de compor consensos e de prevenir bloqueios e impasses. Sendo assim, o estabelecimento da Comissão Intergestores Bipartite (CIB), como espaço único de pactação para todas as regiões/ microrregiões de saúde de um estado privilegia a atuação do gestor estadual na composição de estratégias e na tomada de decisões, reduzindo, assim, o poder de decisão dos municípios na determinação das próprias estratégias e contribuindo para reduzir a sustentabilidade política da estratégia de regionalização.

Como afirmado em Referencial Teórico, a sustentabilidade política em formações interorganizacionais é construída por meio de um processo de aprendizagem estratégica que envolve constantes articulações e ajustes de interesse de forma a compatibilizar as demandas dos diversos atores envolvidos, sem a imposição ou preponderância de posições unilaterais. Assim, a construção da governança em formações interorganizacionais pressupõe o exercício de autonomia como fundamento de legitimidade das decisões, autonomia que não é plenamente exercida diante da preponderância do gestor estadual na estratégia desenhada na NOAS. Logo, o estabelecimento da preponderância decisória do gestor estadual no processo

de aprendizagem estratégica subjacente à construção da regionalização abre espaço para a instituição de posicionamentos unilaterais, o que consiste em fonte consistente de divergências e conflitos de governança.

Sendo assim, de forma conclusiva, embora as diretrizes da NOAS tenham estabelecido instrumentos e mecanismos com potencial de promoção do trabalho coletivo intermunicipal para o aperfeiçoamento da *performance* do SUS, o formato de construção da governança e da coordenação desses instrumentos e mecanismos instituído pela mesma norma, que promove a preponderância do gestor estadual em detrimento da organização autônoma dos municípios diretamente envolvidos, contém elementos que favorecem claramente o surgimento de conflitos decisórios e a redução da eficiência e da flexibilidade operacional no intercâmbio de recursos entre os municípios.

Referências bibliográficas

- ACAR, M.; ROBERTSON, P. J. **Accountability challenges in networks and partnerships: evidence from educational partnerships in the United States.** *International Review of Administrative Sciences*, v. 70, n. 2, p. 331-344, 2004.
- AGRANOFF, R.; MCGUIRE, M. Managing in network settings. *Policy Studies Review*, v. 16, n. 1, p. 18-42, 1999.
- _____. Big questions in public network management research. *Journal of Public Administration Research and Theory*, v. 11, n. 3, p. 295-326, 2001.
- ALEXANDER, J. A.; LEE, S. D; BAZZOLI, G. J. Governance forms in health systems and health networks. *Health Care Management Review*, v. 28, n. 3, p. 228-242, 2003.
- APRIL, L. Creating inter-governmental networks in countries in democratic transition: the case of the Municipal Association of the Republic of Macedonia. *International Journal of Public Administration*, v. 26, n. 6, p. 693-711, 2003.
- BATE, P. Changing the culture of a hospital: from hierarchy to networked community. *Public Administration*, v. 78, n. 3, p. 485-512, 2000.
- BOGASON, P.; TOONEN, T. A. J. Introduction: networks in public administration. *Public Administration*, v. 76, n. 2, p. 205-227, 1998.
- BÖRZEL, T. A. Organizing Babylon – On the Different different Conceptions conceptions of Policy policy networks. *Public Administration*, v. 76, n. 2, p. 253-273, 1998.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. GABINETE DO MINISTRO. *Norma operacional da assistência à saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- _____. *Norma operacional da assistência à saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

- DAUGBJERG, C. "Similar problems, different policies: policy network and environmental policy in Danish and Swedish Agriculture". In: MARSH, D. (ed.). *Comparing policy networks*. Buckingham: Open University Press, 1997.
- FLEURY, S. "Universal, dual or plural? Health care models and issues in Latin America". In: MOLINA, C. G.; ARCO, J. N. (org.). *Health services in Latin America and Asia*. Washington D.C., 2001a.
- _____. Reforma del Estado. *Revista de Administração Pública*, v. 35, n. 5, p. 7-48, 2001b.
- _____. El desafío da gestión de las redes de políticas. *Revista Instituciones y Desarrollo*, v. 17, 2002.
- HARTZ, Z. M. A.; CONTANDRIOPOULOS, A. P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um "sistema sem muros". *Cadernos de Saúde Pública*, v. 20, suplemento, p. 331-336, 2004.
- KEAST, R. *et al.* Network structures: working differently and changing expectations. *Public Administration Review*, v. 64, n. 3, p. 363-372, 2004.
- KLIJN, E. H. Analyzing and managing policy processes in complex networks: a theoretical examination of the concept policy network and its problems. *Administration & Society*, v. 28, n. 1, p. 90-120, 1996.
- KLIJN, E. H.. Treating networks seriously: practical and research-based agendas in public administration. *Public Administration Review*, v. 57, n. 1, p. 45-53, 1997.
- KLIJN, E. H. Rules as institutional context for decision making in networks. *Administration & Society*, v. 33, n. 2, p. 133-162, 2001.
- KLIJN, E. H. Governing networks in the Hollow State: contracting out, process management or a combination of the two? *Public Management Review*, v. 4, n. 2, p. 149-166, 2002.
- KLIJN, E. H.; KOPPENJAN, J.; TERMEER, K. Managing networks in the public sector: a theoretical study of management strategies in policy networks. *Public Administration*, v. 7, n. 4, p. 437-454, 1995.
- KOPPENJAN, J.; KLIJN, E. H. *Managing uncertainties in networks. A network approach to problem solving and decision making*. London: Routledge, 2004.
- LEVICOVTZ, E.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, 2001.
- MANDELL, M. P. Community collaborations: working through network structures. *Policy Studies Review*, v. 16, n. 1, p. 42-65, 1999a. MANDELL, M. P. The impact of collaborative efforts: changing the face of public policy through networks and network structures. *Policy Studies Review*, v. 16, n. 1, p. 4-18, 1999b.
- MANDELL, M. P. (ed.). *Getting results through collaboration: network and network structures for public policy and management*. Westport: Quorum Books, 2001.
- MANDELL, M. P.; STEELMAN, T. A. Understanding what can be accomplished through interorganizational innovations. *Public Management Review*, v. 5, n. 2, p. 197-225, 2003.
- 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? *Cadernos de Saúde Pública*, v. 18, suplemento, p. 193-171, 2002.
- MARSH, D. (ed.). *Comparing policy networks*. Buckingham: Open University Press, 1997.
- McGUIRE, M. Managing networks: propositions on what managers do and why they do it. *Public Administration Review*, v. 62, n. 5, p. 599-610, 2002.
- MILWARD, H. B.; PROVAN, K. G. Principles for controlling agents: political economy of network structure. *Journal of Public Administration Research and Theory*, v. 8, n. 2, p. 203-221, 1998.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. Determinantes e condicionantes do processo saúde e doença. In: *Saúde Brasil 2004 – Uma análise da situação de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde/ Secretaria de Vigilância em Saúde, 2004.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. DEPARTAMENTO DE APOIO À DESCENTRALIZAÇÃO. *Regionalização*, 2005. Texto encaminhado ao Fórum EUROLAC. Disponível em: <<http://drt2001.saude.gov.br/dad/CgalP/regionalizacao>>. Acesso em: 11 fev. 2005.
- O'TOOLE, L. J. O. Treating networks seriously: practical and research-based agendas in public administration. *Public Administration Review*, v. 57, n. 1, p. 45-53, 1997.
- OUPERNEY, A. M. Em busca dos princípios do SUS: uma análise da estratégia de regionalização da saúde no Brasil à luz da literatura internacional de administração pública sobre redes. 2005. Dissertação (Mestrado) – EBAPE/FGV, Rio de Janeiro, 2005.
- PROVAN, K. G.; MILWARD, H. B. A preliminary theory of interorganizational network effectiveness: a comparative study of four community mental health systems. *Administrative Science Quarterly*, v. 40, n. 1, p. 1-34, 1995.
- ROGERS, D. L.; WHETTEN, D. A. *Interorganizational coordination: theory, research, and implementation*. Ames, Iowa: Iowa State University Press, 1982.
- VAN BUEREN, E. M.; KLIJN, E. H.; KOPPENJAN, J. F. M. Dealing with wicked problems in networks: analyzing an environmental debate from a network perspective. *Journal of Public Administration Research & Theory*, v. 13, n.2, p. 193-213, 2003.
- VIANNA, A. *et al.* Mudanças significativas no processo de descentralização do sistema de saúde no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 18, suplemento, p. 139-151, 2002.