



CONASS DEBATE
Governança Regional das
Redes de Atenção à Saúde

Brasília, 2016 – 1ª Edição

CONASS DEBATE
Governança Regional das
Redes de Atenção à Saúde

6



CONASS

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE

© 2016 – 1ª Edição

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE – CONASS

É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citadas a fonte e a autoria.

Tiragem: 500 exemplares.

CONASS Debate 6ª Edição
Brasília, novembro de 2016.
ISBN 978-85-8071-039-7

Esta publicação é fruto de parceria entre a Organização Pan-Americana da Saúde e o CONASS,
com o apoio do Ministério da Saúde.



**Organização
Pan-Americana
da Saúde**



ESCRITÓRIO REGIONAL PARA AS

**Organização
Mundial da Saúde**
Américas

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde.

CONASS Debate – Governança Regional das Redes de Atenção à Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília : CONASS, 2016.

118 p. – (CONASS Debate, 6)

ISBN 978-85-8071-039-7

Sistema de Saúde I. CONASS Debate – Governança Regional das Redes de Atenção à Saúde

NLM WA 525

SECRETÁRIOS DE ESTADO DA SAÚDE 2016

AC	Gemil Júnior	PB	Roberta Abath
AL	Rozangela Wyszomirska	PE	José Iran Costa Júnior
AM	Pedro Elias de Souza	PI	Francisco Costa
AP	Renilda Costa	PR	Michele Caputo Neto
BA	Fábio Vilas Boas	RJ	Luiz Antônio de Souza Teixeira Junior
CE	Henrique Jorge Javi de Sousa	RN	George Antunes de Oliveira
DF	Humberto Fonseca	RO	Williames Pimentel
ES	Ricardo de Oliveira	RR	Cesar Ferreira Penna de Faria
GO	Leonardo Vilela	RS	João Gabbardo dos Reis
MA	Carlos Eduardo de Oliveira Lula	SC	João Paulo Kleinubing
MG	Luiz Sávio de Souza Cruz	SE	Maria da Conceição Mendonça Costa
MS	Nelson Barbosa Tavares	SP	David Uip
MT	João Batista Pereira da Silva	TO	Marcos Esner Musafir
PA	Vítor Manuel Jesus Mateus		

DIRETORIA DO CONASS 2016/2017

Presidente

João Gabbardo dos Reis (RS)

Vice-Presidentes

Região Centro-Oeste

Leonardo Vilela (GO)

Região Nordeste

Fábio Vilas Boas (BA)

Região Norte

Vítor Manuel Jesus Mateus (PA)

Região Sudeste

Ricardo de Oliveira (ES)

Região Sul

Michele Caputo Neto (PR)

EQUIPE TÉCNICA DO CONASS

SECRETÁRIO EXECUTIVO

Jurandi Frutuoso

ASSESSORIA JURÍDICA

Alethele de Oliveira Santos

ASSESSORIA DE COMUNICAÇÃO SOCIAL

Adriane Cruz

Marcus Carvalho

Tatiana Rosa

COORDENAÇÃO TÉCNICA

René José Moreira dos Santos

COORDENAÇÃO DE DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL

Ricardo de Freitas Scotti

ASSESSORIA TÉCNICA

Alessandra Schneider

Ana Paula Soter

Eliana Maria Ribeiro Dourado

Fernando Cupertino

Haroldo Jorge de Carvalho Pontes

Lourdes Lemos Almeida

Maria José Evangelista

Maria Zélia Soares Lins

Nereu Henrique Mansano

Tereza Cristina Lins Amaral

Viviane Rocha de Luiz

ORGANIZAÇÃO DO LIVRO

Coordenação do livro

Lourdes Lemos Almeida

Revisão Técnica

Lourdes Lemos Almeida

René José Moreira dos Santos

Revisão Ortográfica

Seis Letras Cada Um

Projeto Gráfico

Daniel Macedo

Diagramação

Marcus Carvalho

Sumário

APRESENTAÇÃO	08
INTRODUÇÃO	10
GOVERNANÇA COLABORATIVA ROSILEIA MILAGRES, SAMUEL A. G. DA SILVA E OTÁVIO REZENDE	14
A GOVERNANÇA REGIONAL DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE EUGÊNIO VILAÇA MENDES	49
A GOVERNANÇA DA REDE MÃE PARANAENSE MÁRCIA CECÍLIA HUÇULAK	94

Apresentação

O Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS vem desenvolvendo desde 2012 uma linha de atuação intitulada CONASS Debate, que fomenta a discussão de temas importantes para o setor, na intenção de vocalizar para a sociedade as posições técnicas e políticas das Secretarias de Saúde dos Estados e do DF, produzir e difundir conhecimento, além de disseminar informações, inovar e incentivar a troca de experiências e de boas práticas.

Este livro aborda, nos três capítulos que o compõem, o tema governança, a partir de diferentes análises, sem a pretensão de encerrar a discussão sobre o tema, mas de contribuir trazendo elementos para o debate.

O primeiro capítulo apresenta uma análise da Governança que é realizada em um ambiente de redes, com seus componentes que reúnem elementos políticos, jurídicos, socioeconômicos, níveis de interdependência, compartilhamento de riscos e processos, e propõe um possível modelo analítico sobre Governança Colaborativa, considerando os aspectos contratual, processual e relacional para a obtenção do resultado esperado de evolução da rede e aplicação prática em redes já estabelecidas. É o resultado de ampla pesquisa bibliográfica, para a qual o CONASS contou com o apoio da Fundação Dom Cabral, realizada com foco na compreensão dos principais conceitos de governança, seus componentes, e na evolução do tema como área de estudo, conforme a metodologia descrita no seu anexo.

O segundo capítulo discorre sobre Governança Regional das Redes de Atenção à Saúde, tema bastante atual na agenda dos gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) que procuram uma gestão eficiente, organizando o modelo de atenção nas regiões de saúde para assegurar ao usuário a continuidade do cuidado em saúde. Apresenta o tema tratado em termos de modelos, de sua institucionalidade, de seus sistemas gerenciais e de seu sistema de financiamento.

O terceiro capítulo apresenta a experiência do Laboratório de Inovação em Governança da Rede Mãe Paranaense, uma parceria do CONASS com a Secretaria Estadual de Saúde do Paraná (SES/PR), em curso na Macrorregião Noroeste onde se agrupam cinco regiões de saúde do estado (11^a – Campo Mourão; 12^a – Umuarama; 13^a – Cianorte; 14^a – Paranavaí; e 15^a – Maringá). A Rede Mãe Paranaense foi organizada em razão da necessidade de melhorar o acesso e a qualidade da atenção à saúde prestada ao cidadão e enfrentar o fenômeno das condições crônicas que representam mais de 76% da carga de doença no Paraná e tem produzido resultados importantes a partir da implantação de ideias inovadoras como a organização do Comitê Executivo Macrorregional da Rede, mudança de conceitos e processos de trabalho nas equipes de saúde.

Os temas desenvolvidos nos três capítulos serviram de base para as apresentações nas mesas da 7ª edição do CONASS Debate, evento realizado em Brasília no dia 23 de novembro de 2016, reunindo os secretários estaduais de saúde, equipes técnicas dos estados e autoridades do Ministério da Saúde.

Dessa forma, apresentamos esta edição reafirmando nosso intuito de contribuir para a ampliação desse debate, ao trazer elementos que se articulam e cooperam para o trabalho urgente de implantação e funcionamento das Redes de Atenção à Saúde em todas as regiões do país.

João Gabbardo dos Reis

Presidente do CONASS

INTRODUÇÃO

LOURDES LEMOS ALMEIDA

Mestre em Saúde Coletiva, Gerente do Núcleo de Gestão e Planejamento do Conselho Nacional de Secretarias Estaduais de Saúde

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

As tensões do federalismo contemporâneo, situadas basicamente entre a exigência da atuação uniformizada e harmônica de todos os entes federados e o pluralismo federal, são resolvidas em boa parte por meio da colaboração e atuação conjunta das diversas instâncias federais. A cooperação se faz necessária para que as crescentes necessidades de homogeneização não desemboquem na centralização. A virtude da cooperação é a de buscar resultados unitários e uniformizadores sem esvaziar os poderes e competências dos entes federados em relação à União, mas ressaltando a sua complementaridade (HESSE, 1991; ROVIRA, 1986).

A definição constitucional das competências comuns dos entes federados aponta para as decisões partilhadas e para o planejamento/financiamento comuns das políticas públicas, ou seja, aponta para a conjugação de esforços na prestação dos serviços públicos. As decisões partilhadas dependem da cooperação que possibilita a gestão conjunta de interesses e serviços (ALMEIDA, 2013).

Os arranjos cooperativos estão particularmente vocacionados à prossecução dos dissensos razoáveis (GARRIDO, 1996) ou das soluções discursivamente validadas e à transposição das assimetrias regionais (HABERMAS, 2003).

Portanto, a composição do Estado Federativo brasileiro aumenta a importância da institucionalização das relações intergovernamentais. Nesse contexto, em que a autonomia é permanentemente negociada, o processo de consolidação de referenciais institucionais, que balizem as relações intergovernamentais, torna-se particularmente relevante porque permite estabilizar essas relações.

O estudo das relações intergovernamentais tem despertado o interesse de vários autores que as definem como “uma tentativa de superação das análises tradicionais acerca dos sistemas unitários e federais” (AGRANOFF, 1962) e “um importante contingente de atividade ou interações que têm lugar entre unidades de governo de todo o tipo e nível dentro do sistema federal” (ANDERSON, 1962).

Conforme Wright (1997), as relações de autoridade estabelecidas entre as esferas de governo podem ser definidas em três tipos clássicos: a) autoridade coordenada, com grande autonomia e independência entre as esferas de governo, mas com uma necessidade de coordenação conjunta; b) autoridade igual (ou superposta), com equivalências na distribuição do poder institucional e uma relação de negociação entre as esferas de governo; c) autoridade dominante (ou inclusa), com assi-

metrias na distribuição do poder institucional e com uma clara relação hierárquica entre as esferas de governo (WRIGHT, 1997).

A Constituição Federal, nos seus artigos 196 a 200, estabelece os princípios, diretrizes e competências do SUS, mas não aborda especificamente o papel de cada esfera de governo no SUS. Um maior detalhamento da competência e das atribuições da direção do SUS em cada esfera – nacional, estadual e municipal –, é apresentado na Lei nº 8.080, de 19/9/1990, que estabelece, no artigo 15, as atribuições comuns das três esferas de governo de forma bastante genérica, além de abranger vários campos de atuação. Nos artigos 16 a 19, são definidas as competências de cada gestor do SUS, ou seja, a União, os estados, o Distrito Federal e os municípios (BRASIL, 1988).

Além disso, no art. 198, a Constituição Federal estabelece que as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: descentralização; atendimento integral; e participação da comunidade. O art. 7º da Lei nº 8.080/1990, que trata dos princípios do SUS, refere-se à descentralização, mas também remete à regionalização, à conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos dos três entes na prestação dos serviços à população (BRASIL, 1990).

O Decreto nº 7.508/2011 menciona a região de saúde como espaço que tem a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde; será referência para as transferências entre os entes; a Rede de Atenção à Saúde, onde se inicia e se completa a integralidade da assistência será organizada na região de saúde (BRASIL, 2011).

No contexto da regionalização, as relações intergovernamentais devem ser analisadas como um dos componentes de uma nova prática na gestão, denominada governança, considerada um fenômeno mais amplo que governo ou que governabilidade, pois, além das instituições públicas, ela é constituída também por mecanismos informais que não são governamentais, o que permite que outros atores, como a sociedade e as organizações envolvidas, participem desse processo em que interesses, embora muitas vezes divergentes, podem ser organizados e direcionados segundo objetivos comuns, negociados, de modo a assegurar o direito ao acesso universal à saúde.

Nesse processo, há forte interdependência federativa – nos procedimentos de formulação e implementação de políticas, na organização e gestão de redes de atenção à saúde –, sendo que as estratégias e os instrumentos de coordenação intergovernamental assumem papel de destaque na regionalização (CAMPOS, 2006; FLEURY e OUVREY, 2007; VIANA e LIMA, 2011; SANTOS e ANDRADE, 2011 *apud* LIMA et al., 2015). As relações de autoridade estabelecidas entre as esferas de governo são de autoridade igual – ou superposta –, com equivalências na distribuição do poder institucional e uma relação de negociação entre as esferas de governo.

A dinâmica política desse processo de regionalização está profundamente vinculada às relações intergovernamentais e interfederativas de três esferas de poder autônomas e requer a busca do equilíbrio entre elas, pois, nos processos decisórios compartilhados, necessitam lidar com elementos

como solidariedade, cooperação, conflito e competição para efetivar a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), em um contexto democrático, em uma realidade plural e marcada por desigualdades regionais importantes.

Os acordos de cooperação, que produzem o bem público mediante a ação conjunta de vários atores, devem expressar ganhos de escala, redução dos riscos e dos custos envolvidos no desenvolvimento de novos conhecimentos e tecnologias.

Nesse modelo, deve ser enfatizada interdependência entre os atores envolvidos em termos de recursos e capacidades e que, apesar disso, mantêm sua autonomia, ou seja, não estão, a princípio, submetidos às mesmas estruturas características das hierarquias. As relações caracterizam-se por sua horizontalidade, o que não implica dizer que os atores sejam iguais em termos de autoridade e/ou alocação de recursos. Entretanto, dada a sua interdependência, possuem a consciência de que os resultados só serão alcançados em parceria (TORFING, 2005).

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

A prática da governança no SUS precisa ser fortalecida, nessa lógica de inclusão de todos os atores que estão atuando nas regiões de saúde, território que é referência para a organização das ações e dos serviços de saúde e para a transferência de recursos entre os entes federativos, como decorrência das normas do SUS.

Considerando a complexidade dessas relações, deve ser analisada a possibilidade de sua regulamentação ou a promulgação de normas que as protejam, reduzindo o seu caráter casuístico, amparando-as em regras claras e diminuindo a incerteza e a instabilidade presentes (ALMEIDA, 2013).

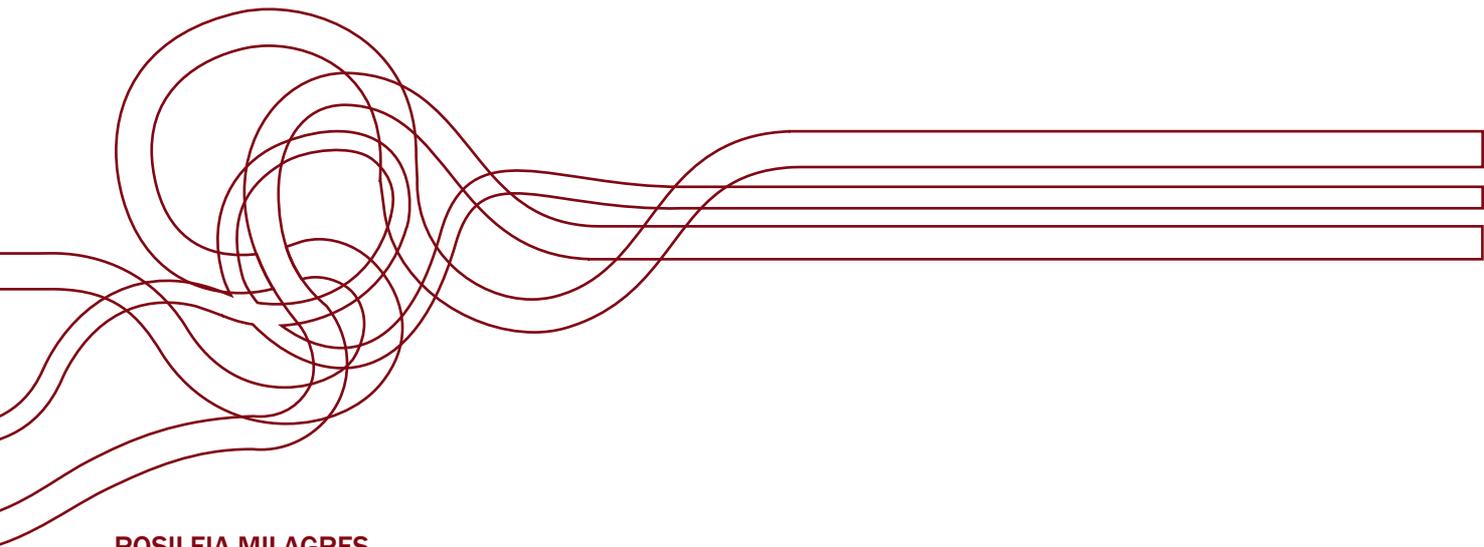
Finalmente, na intenção de contribuir para a ampliação da discussão sobre o tema, este livro reúne o resultado de estudos realizados sobre a evolução do tema Governança ao longo dos anos, na intenção de colaborar para uma compreensão dos conceitos essenciais, dos pressupostos teóricos sobre governança no âmbito do SUS, bem como apresenta experiência exitosa que está sendo desenvolvida em uma região de saúde e que dá sustentação a esse debate.

Referências

- AGRANOFF, R. Marco para el analisis comparado de las relaciones intergubernamentales. In: MERINO HUERTA, M. (Org.). **Cambio político y gobernabilidad**. México: CONACYT, 1992.
- ALMEIDA, L. L. O significado de governança para os gestores estaduais do Sistema Único de Saúde. Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília. 2013. Disponível em: <<http://repositorio.unb.br/handle/10482/13564>>.
- ANDERSON W. **Intergovernmental relations in review**. Minneapolis: University of Minnesota Press, 1960.
- BRASIL. Presidência da República. **Decreto nº 7.508**, de 28/06/2011. Dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.
- _____. Presidência da República. **Lei nº 8.080**, de 29/09/1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.
- _____. Presidência da República. **Constituição da República Federativa do Brasil de 5 de outubro de 1988**.
- GARRIDO, E. El Consorcio como instrumento de cooperación administrativa. **Revista Española de Administración Local e Autonómica**, p.270, 1996.
- HABERMAS, J.; HÄBERLE, P. Sobre a legitimação pelos direitos humanos. In: MERLE, J.; MOREIRA, L. (Org.). **Direito e legitimidade**. São Paulo: Landy, 2003.
- HESSE, K. **A força normativa da constituição**. Porto Alegre: Sérgio Fabris, 1991.
- LIMA, L. D.; ALBUQUERQUE, M. V.; SCATENA, J. H. G. Quem governa e como se governam as regiões e redes de atenção à saúde no Brasil? Contribuições para o estudo da governança regional na saúde. **Novos Caminhos**, n. 8. Disponível em: <www.regiaoeredes.com.br>.
- ROVIRA, A. **Federalismo y cooperación en la RFA**. Madri: Centro de Estudios Constitucionales, 1986.
- TORFING, J. Governance network theory: towards a second generation. **European Political Science**, v. 4, p. 305-315, 2005.
- WRIGHT, D. S. **Para entender las relaciones intergubernamentales**. Mexico: Fundo de Cultura Económica, 1997.

1

GOVERNANÇA COLABORATIVA



ROSILEIA MILAGRES

Pesquisadora e professora da Fundação Dom Cabral nas áreas de Estratégia, Redes Interorganizacionais e Governança Colaborativa da Fundação Dom Cabral. Doutora em Economia pelo Instituto de Economia da Universidade Federal do Rio de Janeiro e Mestre em Economia pela Universidade Federal de Minas Gerais.

SAMUEL A. G. DA SILVA

Mestre em Administração pela Universidade Federal de Minas Gerais. Bolsista de pesquisa FAPEMIG do Centro de Referência em Governança Social Integrada da Fundação Dom Cabral. Prestador de Serviços Técnico por Produto na OPAS (Organização Pan-Americana da Saúde) / CONASS (Conselho Nacional de Secretários de Saúde).

OTÁVIO REZENDE

Pesquisador e professor do Centro Universitário Una, Centro Universitário de Belo Horizonte – UNI-BH e IEC/PUC Minas nas áreas de Negócios Internacionais, Estratégia Empresarial e Redes Interorganizacionais. Professor Convidado da Fundação Dom Cabral. Prestador de Serviços Técnico por Produto na OPAS (Organização Pan-Americana da Saúde) / CONASS (Conselho Nacional de Secretários de Saúde). Doutor em Administração pela Universidade Federal de Minas Gerais.

A opção por estratégias colaborativas é uma realidade no mundo contemporâneo. Restam poucas dúvidas que elas se apresentam como respostas a muitos, entre os diversos, desafios enfrentados pelas organizações. Particularmente, em relação ao Estado, assistimos a um crescente movimento que envolve a criação de uma administração pública diferente, inserida em um mundo conectado, complexo, marcado por contornos difusos entre setores distintos, com múltiplas formas e estilos de representação. Neste ambiente, valores como eficiência e efetividade continuam pautando as relações, mas são percebidos por lentes variadas e levam em conta aspectos como democracia,

cidadania, participação, respeito às especificidades e singularidades das diversas comunidades que compõem a sociedade moderna (DENHARDT; DENHARDT, 2015).

O Estado continua sendo percebido como o responsável pela geração de valores e bens públicos, mas os cidadãos, as organizações, com e sem fins lucrativos, as universidades e outras instituições são vistos como atores fundamentais e copartícipes na geração de soluções. Às agências governamentais cabe tanto o papel de organizadoras, quanto o de catalisadoras e colaboradoras, que por vezes conduzem, em outras se alinham, aliam, ou até mesmo ficam de fora de acordos colaborativos, no gerenciamento do valor público (BRYSON; CROSBY; BLOMBERG, 2014).

A importância desse debate é central. Entender como os agentes se organizam para produzir de maneira colaborativa, não apenas bens, mas também valores públicos, é o início do processo de construção de respostas para os problemas vividos pelas sociedades contemporâneas. A orquestração de soluções para os desastres naturais, para o empobrecimento da população, para o cuidado e promoção da saúde, para a promoção de educação, para o combate à corrupção da sociedade e seus representantes desafiam a competência de cada um dos atores envolvidos nos problemas a serem resolvidos.

Parece haver entendimento de que somente a partir da geração de consensos em torno da compreensão dos problemas e do formato de suas soluções, que as saídas serão encontradas. Mas, nem sempre foi assim. Em uma perspectiva histórica, a opção do Estado por intensificar sua participação em parcerias colaborativas é recente. Desde os tempos feudais, o papel do Estado caminha e se transforma com o desenvolvimento da sociedade. No Estado patrimonialista o príncipe e sua corte eram os donos do poder e se apropriavam do excedente econômico, que era considerado propriedade privada e sustentado por meio do poder patriarcal do príncipe. Com o desenvolvimento do capitalismo comercial, o poder central do rei foi fortalecido, abrindo espaço para a constituição do Estado absolutista. Sua centralidade foi o que garantiu à burguesia a apropriação do excedente do trabalho e a acumulação do capital. Questionado por movimentos como as revoluções inglesa e francesa, deu lugar ao Estado liberal. Caracterizado pela liberdade de comércio, esse Estado transfere seu papel de regulador ao mercado, mantendo funções clássicas, como a de polícia, de arrecadação e de diplomacia. Entretanto, a crise dos anos 1930 revelou a incapacidade do mercado em orquestrar as economias. Constituiu-se, naquela ocasião, o capitalismo monopolista de Estado, abrindo espaço para sua atuação como regulador. A partir de então, o Estado, em associação com os proprietários do capital e a tecnoburocracia, ampliou suas funções econômicas, sociais e de regulação. Substituiu o mercado, definiu preços, salários e taxas de lucro, estabeleceu prioridades para os investimentos, dirigiu o consumo e a produção, por meio de empresas estatais. Como resultado das pressões sociais e sindicais, se assumiu como Estado do bem-estar social, atuando nas áreas de educação, saúde, lazer, entre outras. No entanto, seu agigantamento abriu margem para sua reforma nos anos 1980.

Anteriormente percebido como o motor da economia, passou a ser visto como entrave ao seu crescimento, ao expulsar o setor privado de atividades produtivas, gerar condições para o desemprego e para o aumento da taxa de inflação. Ademais, o avanço das tecnologias da informação e comunicação, a acentuação da internacionalização dos mercados financeiros e a queda dos custos de transporte integraram as economias e expuseram as organizações a ambientes mais competitivos, em que a busca pela eficiência se tornou condição de sobrevivência. Abriu-se, desse modo, espaço para as reformas neoliberais que questionavam o papel Estado, atribuindo à excessiva regulamentação e tributação o impedimento do livre funcionamento do mercado. Exigiu-se a saída do Estado da economia, ficando suas funções restritas ao exercício de atividades típicas de governo. Pregavam a desregulamentação, entendendo que o mercado era capaz de regular a produção e a distribuição; criticavam o planejamento estatal que limitava as liberdades individuais. A crise instalada manifestou-se também pela insatisfação da sociedade em relação à administração pública burocratizada. Emergiu a administração pública gerencial, que teve início nos governos Thatcher e Reagan. Nesse contexto, destacou-se o *New Public Management*, que se caracterizou pela profissionalização na gestão, pela criação de medidas de desempenho, pela busca de resultados e redução de custos. Pregavam a reinvenção do governo e buscavam transferir para o âmbito público as práticas do setor privado na gestão de seus negócios (BRESSER-PEREIRA, 1998; DENHARDT; DENHARDT, 2000; GOLDSMITH; KETTL, 2009).

Visões alternativas ao *New Public Management*, entretanto, questionaram a ênfase do Estado gerencial na “boa administração”. Advogavam que essa leitura não compreendia as contradições e os conflitos sociais, o que resultava em um Estado distante dos problemas da sociedade, que não enfrentava a complexidade e os desafios da dinâmica sociopolítica. Esse Estado despolitizado se caracteriza por restringir as decisões estratégicas apenas aos administradores das organizações públicas e privadas. O resultado, segundo essa leitura, é a “deslegitimação” do poder dos representantes políticos e dos cidadãos no processo de formulação e execução de políticas públicas. Como alternativa a essa perspectiva, propõe-se novo modelo baseado no reconhecimento da fragmentação do poder e no entendimento de que a formulação e a implementação de políticas deveriam incorporar o resultado de interações ocorridas entre a pluralidade de atores com distintos interesses, metas e estratégias (PAES DE PAULA, 2005). Acredita-se que a formulação e a execução de políticas públicas são resultantes de processos “governativos” não mais exclusivos aos governos, mas produto da negociação entre uma gama de atores da sociedade. Para lidar com tal realidade, recomenda-se arranjos não hierárquicos capazes de promover a interação entre atores públicos, semipúblicos e privados. Entra em cena outra forma de governança, aquela que se organiza em redes, pautadas pela colaboração entre agentes diversos (SØRENSEN; TORFING, 2007; KLIJN, 2008).

A formação desses arranjos justifica-se pelo reconhecimento de que cada uma das organizações envolvidas não possui as competências necessárias para sozinha responder às necessidades

dos consumidores e cidadãos que compõem a sociedade contemporânea (SØRENSEN; TORFING, 2007). No entanto, a opção do Estado por trabalhar em rede não pode ser vista como uma forma exclusiva ou que substitui todas as outras maneiras de atuar. Ao contrário, é preciso considerar que ela está mais afeita a determinadas áreas de atuação, assim como a determinados contextos políticos. Áreas ligadas à defesa e aos impostos, por exemplo, podem não se adequar a esse tipo de governança, assim como países com baixa tradição na prática democrática (TORFING, 2012). De maneira geral, a atuação do Estado em rede pode ser entendida como um fenômeno resultante de um movimento histórico-político-social, em que os governos reconhecem a necessidade de atuar em conjunto com o setor privado e a sociedade na solução de problemas públicos.

É nesse contexto que temos assistido ao crescente debate sobre como governar essa articulação entre governos, cidadãos, entidades da sociedade civil, empresas e outras organizações com ou sem fins lucrativos (KLIJN; SKELCHER, 2007). E é este o objetivo deste capítulo: discutir e entender quais são os elementos que devem ser considerados na estrutura de governança das redes colaborativas. Entretanto, antes é preciso entender alguns conceitos centrais, apresentados e debatidos a seguir.

As Redes Colaborativas

Redes colaborativas (redes) configuram um arranjo estável, formado por atores que possuem recursos complementares e, conseqüentemente, dependem uns dos outros para o alcance de objetivos convergentes. Entretanto, apesar desta interdependência, permanecem funcionalmente autônomos (THOMSON; PERRY, 2006; SØRENSEN; TORFING, 2009). Podem ser compostas por instituições pertencentes ao Estado, por empresas, por organizações sem fins lucrativos e por outras organizações da sociedade civil (SØRENSEN; TORFING, 2009; PROVAN; LEMAIRE, 2012). E mesmo que a afiliação à rede seja formalizada, estabelecendo quem está “dentro” e quem está “fora”, nem sempre seus limites são evidentes (PROVAN; LEMAIRE, 2012).

Elas interagem por meio de negociações recorrentes, marcadas por conflitos de interesses, partem de uma definição ampla de problemas, visões, ideias, planos e regulamentações, e são relevantes para amplas camadas da população. O contexto em que operam é constituído por regras, normas, conhecimento partilhado e entendimento coletivo da ambiência que as envolve. E são esses elementos que permitem a elaboração de políticas e a produção de valor/bem público (SØRENSEN; TORFING, 2009; PROVAN; LEMAIRE, 2012).

Sob a classificação de redes encontram-se diferentes formas de arranjo, com diversos tipos de contratos, objetivos, composição entre vários atores e múltiplas formas de coordenação dos envolvidos. Podem ser, ainda, de curto ou longo prazo, envolver um único setor ou serem intersetoriais,

estarem preocupados com formulação de políticas ou sua implementação, entre outros (SØRENSEN; TORFING, 2007). Uma característica, entretanto, marca esse tipo de arranjo: o fato de almejam o alcance de objetivo(s) convergentes(s) e serem pautados pela lente da colaboração. Envolve, em geral, pelo menos duas organizações independentes e, geralmente, nomeia-se este tipo de arranjo por redes quando o número de parceiros ultrapassa duas organizações.

A rede, por princípio, não está submetida às mesmas estruturas características das organizações tradicionais. Muitas delas se caracterizam por relações horizontais, o que não implica dizer que os atores sejam iguais em termos de autoridade e/ou capacidade de alocação de recursos. Por exemplo, embora o poder público possa impor decisões aos parceiros, esses últimos possuem recursos, que agem como contrapeso – por exemplo informação, conhecimento específico, capital, suporte político, interação com os cidadãos. Nessa arena de disputas, repleta de conflitos recorrentes, destaca-se a natureza colaborativa dos esforços dos parceiros e o uso de ferramentas que propiciem o engajamento dos envolvidos. Embora os objetivos sejam convergentes, cada organização possui seus próprios interesses e procura espaço para alcançá-los. Essa interação, conseqüentemente, acontece em um ambiente carregado por negociações, pela necessidade de construção de confiança, pela abertura para o aprendizado e pela busca de entendimento comum. Tais aspectos não autorizam afirmar, no entanto, que as escolhas ou deliberações sejam fruto de decisões unânimes, – uma vez que acontecem em contextos que conformam diferentes perspectivas e visões de mundo – mas que buscam o consenso (TORFING, 2005).

Uma das resultantes desse conjunto de características é a necessidade de se estabelecer um estilo diferente de governança, específico para ambientes colaborativos.

Governança Colaborativa

É o conjunto de instrumentos que permitem a coordenação dos atores envolvidos em redes. É também o resultado de um processo de barganha entre as organizações participantes da rede e de seus respectivos gestores, cada um considerando os benefícios da cooperação no alcance dos objetivos coletivos e individuais. Incluem um conjunto de processos de tomada de decisão e controle que viabiliza a execução de políticas. Tem a ver com o exercício de poder e autoridade, mas, principalmente, com o exercício da influência e da negociação. Define regras, normas, processos, rotinas e outros procedimentos que estabeleçam os limites de autonomia, a divisão de responsabilidades, o estabelecimento de bases para o compartilhamento de recursos e de resultados, entre outros aspectos relativos ao funcionamento da rede. Usa diferentes tipos de instituições com o intuito de garantir a coordenação e a execução das atividades compartilhadas pelos parceiros (ROTH, A. L. *et al.*, 2012).

Este conjunto de regras, procedimentos, normas – formais ou informais – são constituídos ao longo do tempo, por meio de um processo de aprendizado incremental, que altera a percepção dos atores em relação “ao problema”, suas identidades e a própria estrutura de governança. Ou seja, trata-se de uma estrutura em mutação, que pode variar de acordo com o contexto que a cerca e com a alteração da percepção dos agentes que dela fazem parte. Por outro lado, essa estrutura de governança também influencia a ação de seus componentes.

Diante da complexidade das relações estabelecidas entre os atores, a governança colaborativa exige o estabelecimento de novos processos que mediem as relações entre as pessoas e as organizações, o que pressupõe mudanças no comportamento dos agentes. Isto é, eles possivelmente agiriam de forma diferente se estivessem atuando de maneira isolada em suas organizações. Além disso, demanda o uso de tecnologia da informação e comunicação que permita organizar a informação que circula entre os atores e instituições. A disponibilidade e troca de informação, vale ressaltar, é percebida como elemento central para o bom andamento da rede. Requer, ainda, modelos de gestão de desempenho para acompanhamento das atividades individuais e coletivas que impactarão o resultado pretendido. Para isso, há necessidade de envolver capital humano que, além de trazer recursos para a rede, tenha habilidade de negociação, coordenação e facilitação de processos (PARKER, 2007).

Diferentemente das formas tradicionais de governança, a governança colaborativa convive com processos de tomada de decisão que não são necessariamente hierarquizados, mas que visam promover a interação e o empoderamento dos envolvidos. Nesse sentido, podem ser mais efetivos, pois esse maior envolvimento garante não apenas comprometimento, mas também soluções desenhadas de forma mais adequada aos problemas a serem enfrentados. Na perspectiva do Estado, sua ação não é marcada necessariamente por mudanças no conteúdo de suas políticas, e sim pela modificação na sua forma de atuação.

Em resumo, é preciso fazer distinção entre a demanda pela atuação do Estado em rede, a participação do Estado e de outros tipos de organizações em arranjos que buscam a solução de questões coletivas (redes) e o trabalho de coordenação da rede constituída (governança colaborativa).

Nas próximas seções, apresentaremos as dimensões que compõem e influenciam a governança colaborativa. Esse resultado é fruto de um estudo que teve por intuito entender como o tema “governança colaborativa” vem sendo discutido ao longo dos anos. Sua operacionalização contou com a busca dos descritores “*collaboration*”, “*network*” e “*governance*”, em revistas da área de administração pública e estudos organizacionais, entre 2000 e 2014 na base de dados EBSCO. Foram encontrados inicialmente 2.874 artigos. Desses, apenas 81 se adequaram aos objetivos desse capítulo, quais sejam: entender os elementos a serem considerados no entendimento da governança colaborativa. A seguir são apresentados os resultados da sistematização, acrescidos de outras referências consideradas essenciais para a compreensão do tema e no Anexo a este capítulo está a metodologia do estudo realizado.

Os Elementos da Governança Colaborativa

ANTECEDENTES

A decisão ou não por formar redes é influenciada pelo contexto em que elas emergem, que é composto por um conjunto de elementos políticos, jurídicos, socioeconômicos, ambientais (EMERSON *et. al.*, 2012) regulatório e tecnológico. Esse ambiente conforma o entorno e, com isso, podem levar os agentes a estabelecerem novos arranjos colaborativos, como também influenciar aqueles já estabelecidos. Ou seja, o contexto não é representado apenas como um conjunto de condições de partida, mas sim como uma dimensão em constante movimento, que influencia a dinâmica e o desempenho da colaboração na emergência, e em qualquer momento durante sua existência, ao abrir novas possibilidades ou desafios imprevistos. Essa influência se estende ao tipo de parceiro, à estrutura escolhida para o relacionamento e à governança colaborativa a ser estabelecida.

A constituição de uma rede depende também da percepção quanto aos níveis de interdependência e de complementaridade de recursos entre os futuros parceiros. Isto é, aceitar a impossibilidade de se alcançar os objetivos esperados de forma isolada é condição necessária, assim como a identificação de quem possui os recursos indispensáveis. Soma-se a esses fatores as expectativas quanto aos incentivos, tanto no que se refere aos resultados pretendidos, quanto em relação à sua divisão. Quanto maior o número de motivadores presentes, e quanto mais eles forem reconhecidos pelos participantes, maior será a probabilidade de que uma rede seja iniciada (EMERSON *et. al.*, 2012; THOMSON; PERRY, 2006).

Ademais, deve-se levar em conta o compartilhamento de riscos provenientes de diferentes fontes, como aqueles resultantes da interdependência (CUMMINGS; HOLMBERG, 2012) e do vínculo estabelecido entre as reputações dos parceiros e aqueles advindos de outras incertezas em relação ao futuro.

Na análise dos antecedentes, um entre os elementos que podem mitigar riscos e incertezas é a história prévia entre os prováveis membros, o nível de conflitos preexistentes, (BRYSON; CROSBY; STONE, 2006; THOMSON; PERRY, 2006; EMERSON *et. al.*, 2012) e a experiência em trabalhar em arranjos colaborativos (LARSON, 1992). Acrescenta-se ainda o grau de aceitação, entendimento e legitimidade que esse tipo de estratégia possui entre os possíveis parceiros (HEALEY, 2004; GONZALEZ e HEALY, 2005).

Quando o arranjo ainda é uma intenção, é que se inicia a análise, o cortejo e o contato preliminar entre os parceiros. Nesse momento, a possibilidade de parceria é avaliada, podendo resultar em uma identificação mútua entre atores (SAZ-CARRANZA; VERNIS, 2006). Contudo, cabe ressaltar que a seleção dos parceiros é um fator que influencia não só a estruturação da rede, mas também sua

dinâmica e desempenho (BIERLY; GALLAGHER, 2007). Por esse motivo, esse processo é uma etapa de extrema relevância e deve envolver o alinhamento dos objetivos estratégicos e a identificação de alguns fatores críticos para o sucesso, como a capacidade de executar as tarefas que contribuem para o alcance dos objetivos desejados (HOLMBERG; CUMMINGS, 2009).

Contudo, estar alinhado nem sempre é suficiente para se escolher um parceiro. É preciso que exista confiança (BIERLY; GALLAGHER, 2007), seja essa influenciada pelas relações anteriores (confiança pessoal) e/ou pela reputação (confiança econômica/baseada na competência reconhecida) dos envolvidos (SAZ-CARANZA; VERNIS, 2006). Em linhas gerais, é preciso que os parceiros confiem uns nos outros o suficiente para que estejam preparados para assumir o risco de iniciar a colaboração (HUXHAM, 2003).

Por fim, destaca-se a importância de uma liderança que seja capaz de orquestrar os elementos presentes na fase antecedente em direção à formação da rede colaborativa. Esse líder pode ser um membro de uma das partes; mas, apesar disso, deve assumir papel imparcial tanto quanto à solução, quanto às preferências particulares. Deve também assumir os custos de transação inerentes aos esforços iniciais de estabelecimento da colaboração e ser capaz de intermediar as negociações (EMERSON *et. al.*, 2012).

No Quadro 1 apresentamos os elementos antecedentes com os respectivos autores que os discutem.

Quadro 1 – Antecedentes

ELEMENTO	COMPONENTES	AUTORES
Antecedentes	Elementos Políticos, Jurídicos, Socioeconômicos, Ambientais, Regulatórios e Tecnológicos	EMERSON <i>et. al.</i> , 2012.
	Níveis de Interdependência e de Complementaridade de Recursos	THOMSON; PERRY, 2006; EMERSON <i>et. al.</i> , 2012.
	Compartilhamento de Riscos	CUMMINGS; HOLMBERG, 2012.
	História Prévia entre os Membros, o Nível de Confiança e Conflitos Preexistentes	BRYSON; CROSBY; STONE, 2006; THOMSON; PERRY, 2006; EMERSON <i>et. al.</i> , 2012
	Experiência em Trabalhar em redes colaborativas	LARSON, 1992.
	Grau de Aceitação/Legitimidade	HEALEY, 2004; GONZALEZ; HEALEY, 2005.
	Seleção de Parceiros	HUXHAM, 2003; SAZ-CARRANZA; VERNIS, 2006; BIERLY; GALLAGHER, 2007; HOLMBERG; CUMMIN-GS, 2009.

FONTE: ELABORADO PELOS AUTORES

A combinação de todos esses elementos influencia a emergência da rede. Caso o resultado da conjunção desses fatores leve à sua constituição, torna-se necessária a estruturação das interações

entre os atores, para que se garanta o seu funcionamento. Assim, estabelecer uma estrutura de governança é condição indispensável para o alcance dos resultados pretendidos. Esse processo inclui sua estrutura, contrato, processos e outros elementos intangíveis.

Na próxima seção, apresentaremos os elementos referentes a esses aspectos, denominando o conjunto de Governança Colaborativa.

GOVERNANÇA COLABORATIVA – ESTRUTURA E CONTRATOS

As redes são arranjos que envolvem múltiplos parceiros com diferentes propósitos, tamanhos, visões de mundo, e possuem dinâmica peculiar influenciada por mudanças no contexto, na alteração dos objetivos estabelecidos e na possibilidade de entrada e saída de membros. O estabelecimento da governança colaborativa, conseqüentemente, é fruto da necessidade de interação entre atores interdependentes (AGGARWAL; SIGGELKOW; SINGH, 2011), que demanda a concepção de um conjunto de mecanismos/instrumentos de coordenação e controle (HUXHAM, 2003).

No que se refere à sua estrutura formal, a governança colaborativa é composta por contratos e pela definição de sua estrutura de coordenação.

Os contratos são vistos como facilitadores do processo de coordenação, já que sinalizam aos parceiros o que é esperado deles, conformam expectativas, facilitam as decisões e previnem disputas (REUER; ARINO, 2007). Podem apresentar também mecanismos de controle, visando, com isso, coibir comportamentos oportunistas dos parceiros. Visam mitigar riscos e evitar mal-entendidos, promovendo, assim, a colaboração (MALHOTRA; LUMINEAU, 2011). Podem abranger aspectos relativos à divisão do trabalho (AGRANOFF, 2006), definição de responsabilidades, funções, objetivos, fronteiras da rede (PARK, 2001; THONSON; PERRY, 2006), mecanismos de aferição de resultados e diversos outros tipos de regras que sejam entendidos como pertinentes. Luo (2005) considera os contratos como importante guardião dos elementos que promovem a percepção de justiça auferida pelos parceiros ao longo da colaboração. Essa percepção, segundo ele, é proveniente do estabelecimento de orientações que conformam a estrutura, a forma de gestão, o compartilhamento de recursos, a execução dos planos e as decisões.

De maneira geral, a literatura, principalmente aquela vinculada à teoria organizacional, investiga o papel dos contratos e sua relação com a confiança. Discutem os tipos de confiança baseados em aspectos econômicos ou pessoais, e como se comportam ante os papéis dos contratos, para coordenação ou controle, assim como as conseqüências dessas relações para o desempenho da rede (maiores detalhes, ver DAS; TENG, 2001; KRISHNA; MARTIN; NOORDERHAVEN, 2006; FAEMS *et. al.*, 2008; GULATI; NICKERSON, 2008; PURANAM; VANNESTE, 2009; CONNELLY; MALHOTRA; LUMINEAU, 2011; MILLER; DEVERS, 2012). Para alguns, na presença de confiança entre os parceiros, o contrato perde relevância, pois a primeira atua como mecanismo de controle em substituição ao segundo (GULATI, 1995; PURANAN; VANNESTE, 2009; GULATI; NICKERSON, 2008). Outros afirmam que são

complementares, isto é, a existência de cláusulas contratuais especificando objetivos e indicadores, por exemplo, abre caminho para a confiança. Ao apresentar um modelo sobre o ciclo de evolução e aprendizado vivido pelos parceiros em colaboração, Doz (1996) discutiu esta relação complementar.

A existência de contratos, entretanto, pode ser vista com cautela por aqueles que advogam que as redes são estruturas horizontais, uma vez que a presença de regras pode refletir uma estrutura hierarquizada. Apesar disso, a governança como um mecanismo de coordenação e monitoramento das atividades é essencial para a sobrevivência das redes (BRYSON; CROSBY; STONE, 2006).

É nesse sentido que Provan e Kenis (2005) apresentam três possibilidades de estruturas de coordenação: (1) estruturas de autogoverno, em que a tomada de decisão ocorre por meio de reuniões periódicas dos membros ou por interações informais frequentes; (2) uma organização líder, que concentra a tomada de decisões e as atividades de coordenação; e (3) a organização administrativa da rede, uma agência independente, formada para supervisionar as questões e temas relativos à rede. Contingências, tais como tamanho da rede e os graus de confiança entre os seus membros, influenciam a decisão sobre a forma mais apropriada.

No Quadro 2 apresentamos os elementos estruturais e contratos com os respectivos autores que os discutem.

Quadro 2 – Governança Colaborativa – Estrutura e Contratos

GOVERNANÇA COLABORATIVA – ESTRUTURA E CONTRATOS	
Contratos	DOZ, 1995; GULATI, 1995; DAS; TENG, 2001; PARK, 2001; HUXHAM, 2003; LUO, 2005; AGRANOFF, 2006; BRYSON; CROSBY; STONE, 2006; KRISHNA; MARTIN; NOORDERHAVEN, 2006; THONSON; PERRY, 2006; REUER; ARINO, 2007; FAEMS <i>et. al.</i> , 2008; GULATI; NICKERSON, 2008; PURANAM; VANNESTE, 2009; MALHOTRA; LUMINEAU, 2011; AGGARWAL; SIGGELKOW; SINGH, 2011; MILLER; DEVERS, 2012.
Estrutura	PROVAN; KENIS, 2005.

FONTE: ELABORADO PELOS AUTORES

No entanto, o estabelecimento de contratos e da estrutura em si não garantem a colaboração. A eles devem ser somados diferentes processos, que são construídos ao longo das interações diárias entre os envolvidos e por meio de recorrentes ciclos de renegociação. Sofrem ainda a influência dos relacionamentos pessoais, dos contratos psicológicos, compreensões e compromissos informais que vão se formando ao longo da evolução da rede (THONSON; PERRY, 2006).

Na próxima seção abordaremos esses processos de maneira detalhada.

PROCESSOS

Os processos são mecanismos desenvolvidos para a operação diária das redes colaborativas. São compostos por diferentes instrumentos, como as rotinas, por exemplo, que surgem de maneira

emergente ou deliberada, são formais ou informais, rígidos ou flexíveis, permanentes ou transitórios. Podem advir dos acordos estabelecidos em contratos ou da necessidade dos envolvidos em operar de maneira integrada. Alguns defendem a tese de que eles atuam como mediadores entre o contrato e o desempenho (NIELSEN, 2010). Outros (DOZ, 1996; LARSON, 1992; RING; VAN DE VEN, 1994) afirmam que à medida que a confiança e familiaridade entre os atores se aprofundam, estes mecanismos vão sendo aprimorados e assumem grande importância no funcionamento das redes colaborativas.

A literatura especializada aponta para diferentes tipos de processos que variam, inclusive, em face dos objetivos estabelecidos para o arranjo colaborativo. Aqui destacamos os seguintes processos: administração/coordenação da rede; liderança; construção de legitimidade/mutualidade; construção de confiança; controle e aferição de resultados.

PROCESSO - ADMINISTRAÇÃO

Somada à capacidade social de construir relacionamentos, a administração da rede envolve a definição de papéis e responsabilidades, as fronteiras (quem entra e quem sai), metas e objetivos alcançáveis e canais de comunicação e disseminação de informações. Em alguns casos, há a necessidade do estabelecimento de uma esfera central, que combine coordenação e elementos hierárquicos. Sua função é manter os parceiros atentos para a determinação conjunta de regras que conduzam aos resultados esperados (THONSON; PERRY, 2006).

A capacidade administrativa de uma rede envolve diversos elementos; aqui listamos coordenação, comunicação, gerenciamento de conhecimento, gestão de conflito e tomada de decisão.

A coordenação promove a ação conjunta eficiente e se apoia no consenso estratégico e no envolvimento de todos. Para tanto, é necessário haver entendimento comum quanto aos padrões de comportamento adotados, levando à estabilidade e previsibilidade. É necessário, também, desenvolver relacionamentos que facilitem a união e o senso de compromisso, bem como utilizar estruturas como protocolos, modelos e acordos que organizem o processo de negociação (KUMAR, 2014).

Já comunicação reduz a assimetria de informação entre os parceiros e, com isso, contribui para a confiança. Por fim, a ligação social é entendida como o relacionamento recíproco e confiante e pode se constituir em um canal informal de conhecimento sobre o parceiro (SCHEREINER; KALE; CORSTEN, 2009).

O gerenciamento do conhecimento tácito e explícito também é uma importante atividade administrativa nas redes (AGRANOFF, 2006). Esses devem ser aplicados a problemas complexos (*wicked problems*^a), promovendo a interação e a construção de novas bases de conhecimento (WEBER; KHA-

a VER WEBER E KHADEMIAN (2008). SEGUNDO OS AUTORES ELAS SÃO ENTENDIDAS COMO PROBLEMAS DESESTRUTURADOS, PARA OS QUAIS EXISTE POUCO CONSENSO SOBRE SUAS ESPECIFICIDADES, CAUSAS E SOLUÇÕES. SÃO FORMADOS POR UM SUBCONJUNTO DE PROBLEMAS INTERCONECTADOS E QUE SE SOBREPÕEM. ENVOLVEM MÚLTIPLOS STAKEHOLDERS E SUAS DIFERENTES PERSPECTIVAS E VALORES, POR EXEMPLO. SÃO COMPLEXOS E FRAGMENTADOS ENVOLVENDO ASPECTOS POLÍTICOS E SOCIAIS. DEMANDAM ESFORÇOS BASEADOS EM UMA AMPLA GAMA DE CONHECIMENTOS.

DEMIAN, 2008). Para tanto, é preciso desenvolver a capacidade de transferir, receber e integrar o conhecimento. No serviço público, em que múltiplas racionalidades se inter-relacionam, o uso de tecnologias da informação e comunicação (TIC) são essenciais, tanto para compreender como para formular e gerenciar o processo de entrega e de renovação de serviços públicos (OSBORNE; STROKOSCH, 2013; BRYSON; CROSBY; STONE, 2006).

A administração/coordenação da colaboração envolve também a gestão de conflito. Esses emergem a partir dos diferentes objetivos e expectativas que os parceiros trazem para a colaboração, dos diversos pontos de vista sobre estratégias e táticas, e de tentativas de proteger ou ampliar o controle de um parceiro sobre o trabalho a ser realizado ou sobre os resultados (BRYSON; CROSBY; STONE, 2006).

Acrescenta-se ainda a tomada de decisão, baseada em processos deliberativos voltados mais para o alcance de acordos do que para decisões (EMERSON *et al.*, 2012), já que se pressupõe que a autoridade na rede é compartilhada (AGRANOFF, 2006) e as relações são horizontais (PROVAN; KENIS, 2005). Esse aspecto aponta para outro processo da governança colaborativa, a liderança.

PROCESSO – LIDERANÇA

A liderança é o processo de influenciar outros para entender e concordar sobre o que precisa ser feito, de maneira eficiente e de modo a facilitar esforços individuais e coletivos em prol do alcance dos objetivos desejados (McGUIRE; SILVIA, 2009). Está presente antes da formação da rede e assume diferentes papéis ao longo da governança colaborativa, alguns essenciais desde o início, outros mais críticos durante momentos de deliberação ou conflito e outros na condução diária do dia a dia da rede (EMERSON *et al.*, 2012). Desse modo, é um elemento transversal que envolve interações complexas entre a ação política e as estruturas sociais emergentes, o que tem reflexos diretos na constituição da rede, no seu desenvolvimento, crescimento, maturidade e, se for o caso, declínio.

No início do relacionamento, algum grau de desconfiança pode estar presente entre os parceiros, e os líderes devem identificar os potenciais participantes e influenciar os procedimentos e valores que a rede adotará (AGRANOFF; MCGUIRE, 2001). Por esse motivo, é papel da liderança aglutinar os parceiros antes que a confiança esteja totalmente presente, mesmo sem que tenham alcançado acordos em direção a um objetivo comum. Nessa etapa, os mecanismos de formação da rede começam geralmente a partir de relações formais. Por sua vez, a confiança, frágil em um momento inicial, torna-se resiliente e fortalece as relações informais (SAZ-CARANZA; VERNIS, 2006). De maneira geral, como nessa etapa, os fluxos de informação são elevados e os recursos fluem com menor intensidade, o papel da liderança é preponderante para a constituição da rede.

Uma vez estruturada a rede, grande desafio da liderança é construir conexões entre os grupos formais ou organizações no intuito de promover a colaboração entre eles a serviço de uma única visão e propósito. Nesse sentido, o desempenho eficaz da rede se encontra na capacidade do líder em

construir uma identidade compartilhada entre os parceiros. Por isso, deve: 1) enfatizar como a colaboração é essencial para alcançar os resultados que são valorizados pelo grupo; 2) evidenciar como o todo é significativamente maior do que o resultado das partes e depende das capacidades que cada um oferece (HOGG; KNIPPENBERG; RAST, 2012).

Em ambientes de colaboração, a liderança é quase sempre atribuída ao *Boundary Spanner*/ coordenador de integração na rede (SHEPHERD; MEEHAN, 2012), também denominado construtor de capacidade colaborativa (WEBER; KHADEMIAN, 2008). A ele são atribuídas as seguintes funções: facilitar a comunicação entre os diferentes níveis; organizar reuniões e fóruns; familiarizar-se com as políticas e os procedimentos das agências e dos prestadores de serviços e com os programas interagência; coordenar o fluxo de informação entre as instituições e os prestadores de serviços e identificar pessoas-chave na sua instituição e em outras. Por possuir uma posição estabelecida de poder e legitimidade, pode propor uma abordagem participativa, se consubstanciar em um centro de informações cruciais e ajudar na construção e manutenção de relacionamentos dentro e entre as agências envolvidas (SHEPHERD; MEEHAN, 2012).

No setor público, essa figura é central, pois determina quem participa, o formato da participação e, conseqüentemente, a qualidade dos relacionamentos na rede. Portanto, deve ser capaz de gerir/construir relacionamento entre as organizações participantes e desenvolver/sustentar relações interpessoais efetivas entre parceiros (THOMSON e PERRY, 2006), ou seja, são responsáveis não só por produzir resultados, mas também pela forma como esses são alcançados. Por isso, devem facilitar a criação, o desenvolvimento e as mudanças de processos que promovam a realização de ações que levem aos resultados pretendidos, muitas vezes voltados mais para os relacionamentos informais em detrimento dos formais (FELDMAN; KHADEMIAN, 2002; WHELAN, 2011).

Geralmente, nas redes públicas, especialmente as que envolvem a solução de problemas complexos, o “construtor de capacidade colaborativa” é aquele que resolve os problemas por meio da autoridade legal, pelo reconhecimento das suas expertises, pela reputação como “mediador honesto” ou pela combinação dos três elementos anteriores. Esse pressuposto é baseado no argumento de que um gestor ou líder eficiente é aquele capaz de inspirar as organizações e seus membros por meio de um conjunto de valores que guia a prática e os comportamentos. Esse ator toma suas decisões com base em um modelo mental/conjunto de compromissos que facilita seus esforços para garantir que o conhecimento na rede possa ser enviado, recebido e integrado entre as partes, com foco na construção de ambientes que promova a colaboração, que auxiliará na definição de soluções para problemas complexos (WEBER; KHADEMIAN, 2008). De maneira geral, o “construtor de capacidade colaborativa” tem a responsabilidade de convencer uma vasta gama de atores, que têm seus interesses afetados pela atividade da rede, a se comprometerem com a colaboração e esperarem ganhos mútuos. Ao mesmo tempo, demonstram boa vontade em utilizar a autoridade e recursos à sua disposição para promover, reforçar e proteger os acordos feitos de modo colaborativo.

Contudo, há que se recordar que as redes não são organizações, no sentido estrito do termo, por isso não estão submetidas a burocracia convencional, o que faz que os líderes tenham de trabalhar essencialmente no fortalecimento dos relacionamentos, buscando agregar esforços no sentido de reunir recursos em torno dos objetivos convergentes dos atores, ou seja, autoridade ou liderança em redes é quase sempre uma característica emergente. Isso significa dizer que ela não é legitimada apenas por meio de títulos formais ou posição na hierarquia organizacional. Ao contrário disso, é conferida pelos *stakeholders* àqueles com acesso a recursos críticos ou que possuem habilidade de captá-los e aplicá-los em prol da solução de problemas complexos (WEBER; KHADEMIAN, 2008).

Outra característica da liderança em ambientes de colaboração é ser, geralmente, transitória e poder ser exercida tanto por um indivíduo, uma organização ou por ambos. Isso quer dizer que diferentes parceiros lideram e gerenciam a rede ao assumirem diferentes papéis por meio de uma liderança compartilhada, geralmente baseada em suas habilidades e capacidades. Além disso, eles precisam de energia para superar as resistências em sua organização, bem como nas organizações dos outros participantes (WEBER; KHADEMIAN, 2008).

A efetivação desse processo, por sua vez, só é possível se a colaboração é entendida como um movimento legítimo e benéfico para todas as partes. Portanto, o compromisso constante com o processo colaborativo deve ser comum a todos e cabe ao líder propagar esta ideia.

PROCESSO CONSTRUÇÃO DE LEGITIMIDADE / MUTUALIDADE

A colaboração pressupõe interdependência entre as partes, que concordam em abdicar de uma parcela dos seus interesses em benefício do coletivo. Quanto maior for o consenso construído, tendo por base as necessidades de cada um, maior será a probabilidade da colaboração entre eles (THOMSON; PERRY, 2006; EMERSON; NABATCHI; BALOGH, 2012). No geral, os atores demonstram o interesse em interagir de forma colaborativa apenas quando se percebe a mesma disposição nos parceiros. Portanto, a reciprocidade é entendida como um elemento chave para a colaboração, sendo a reputação dos envolvidos seu recurso inicial. Nesse sentido, na medida que os parceiros interagem de forma colaborativa e constroem uma reputação de terem um comportamento confiável ao longo do tempo, eles evoluem da reciprocidade inicial para a institucionalização de contratos psicológicos (THOMSON; PERRY, 2006), que servirão de base para o desenvolvimento do capital social.

Este, entendido como a construção conjunta de sentido sobre a colaboração, será mais facilmente estabelecido quando os atores produzirem discursivamente uma identidade coletiva por meio de conversas que estabeleçam laços de ligação entre eles (HARDY; LAWRENCE; GRANT, 2003). Abre-se caminho, para o estabelecimento da cultura da rede, definida como um conjunto de crenças compartilhadas, valores e atitudes entre os membros. Ela oferece suporte às redes; pois, por meio de seu compartilhamento, os membros estariam mais propensos a manter foco nos objetivos

comuns (KENIS; PROVAN, 2006). Contudo, será pouco provável que a identidade seja estabelecida sem reciprocidade e confiança, uma vez que essas incidem na construção de capital social (GRUNDINSCHI *et al.*, 2013).

PROCESSO CONSTRUÇÃO DE CONFIANÇA

A construção de confiança é percebida como central, enquanto preço e autoridade são os mecanismos de controle aplicáveis aos mercados e hierarquias; o equivalente para redes é a confiança (TENBENSEL, 2005). Sua relevância se deve ao fato de que ela facilita a governança e abre espaço para que os parceiros trabalhem de maneira colaborativa (KALE; SING, 2009; EMERSON; NABATCHI; BALOGH, 2012), reduz potenciais conflitos (GULATI; NICKERSON, 2008), facilita a troca de informações e influencia positivamente os resultados (MOHR; SPEAKMAN, 1994).

Contudo, por ser um conceito polissêmico, compreender o que é confiança é objetivo de vários estudos científicos. Há quem a entenda por meio de duas abordagens: um componente estrutural, que se refere a um tipo de expectativa de que o parceiro não vai agir de forma oportunista, mesmo quando tiver a oportunidade de fazê-lo (ZAHEER; McEVILY; PERRONE, 1998; KRISHNA; MARTIN; NOORDERHAVEN, 2006); e um componente comportamental, que se refere ao grau de confiança e integridade de seu parceiro (ZAHEER; McEVILY; PERRONE, 1998). Essa situação se confirma quando os parceiros: (1) proveem segurança por meio da realização de suas promessas, (2) agem de forma justa ao lidar uns com os outros; e (3) demonstram benevolência quando surgem contingências imprevistas (KRISHNA; MARTIN; NOORDERHAVEN, 2006). Funcionando, ao mesmo tempo, como 'lubrificante' e 'cola', ela facilita o trabalho e mantém a colaboração.

É vista também como um estado psicológico que compreende a suspensão intencional e comportamental de vulnerabilidade, fruto da incerteza sobre o comportamento alheio, por parte de quem confia com base nas expectativas positivas que se tem no confiado. Já a desconfiança é a rejeição intencional e comportamental de vulnerabilidade por parte de quem confia, fundamentada em expectativas negativas, com base em comportamentos anteriores, em relação ao confiado (OOMSELS; BOUCKAERT, 2014). Nesse conceito está implícita, portanto, uma visão de que o estabelecimento das relações, bem como sua continuidade no futuro, é fundamentado na reputação construída e no desempenho anterior (HUXHAM, 2003; PORRAS; CLEGG; CRAWFORD, 2004). Entende-se, portanto, que a confiança se desenvolve por meio de um processo cíclico de negociação, interação, comprometimento e execução das promessas entre as organizações. Fundamenta-se, portanto, no comportamento interpessoal, na competência interorganizacional, no desempenho esperado, nos vínculos comuns e no senso de benevolência.

Geralmente, a rede se inicia com diferentes graus de confiança, mas a sua construção/desenvolvimento é uma exigência permanente para uma colaboração bem-sucedida. Sua operacionalização se dá pelo compartilhamento de informações e conhecimento, demonstração de competência, acom-

panhamento dos processos (BRYSON; CROSBY; STONE, 2006) e o reconhecimento mútuo do alcance de “pequenos ganhos” por meio da colaboração (HUXHAM; VANGEN, 2005).

Outra forma de estimular o aumento dos níveis de confiança entre os membros da rede é por meio da demonstração de que a opinião de todas as organizações, em particular os participantes de pequeno porte, será ouvida e considerada, ou seja, é importante para a realização do trabalho em conjunto. É tarefa essencial da rede fazer que os membros se sintam seguros de que seu ponto de vista será considerado. Também é importante deixar claro para os membros que as decisões tomadas na rede nunca vão ter um efeito negativo sobre a sua organização em particular (PORRAS; CLEGG; CRAWFORD, 2004).

A confiança também é um elemento que molda a forma ideal da estrutura das redes, ou seja, aquelas que possuem alto grau de confiança podem ter menos controle formal; enquanto as que têm confiança limitada possivelmente demandam um projeto de rede centralizada, devido ao maior risco de conflito (PROVAN; KENIS, 2008). Como visto, o nível de confiança incide também nos contratos, embora não seja vista como um mecanismo de governança alternativa a esses, mas sim como condição que determina como eles são aplicados (FAEMS *et al.*, 2008). Essa complementariedade é ainda mais evidente quando é impossível especificar todas as contingências previamente (KRISHNA; MARTIN; NOORDERHAVEN, 2006; PURANAM; VANNESTE, 2009). Além disso, a confiança agrega aos acordos no sentido de criar cláusulas que não são aplicáveis apenas mediante a intervenção de um tribunal, mas também por meio de relacionamentos (PURANAM; VANNESTE, 2009), o que não quer dizer, necessariamente, que alto grau de confiança combinado com contratos brandos afete positivamente o desempenho da rede (CONNELLY; MILLER; DEVERS, 2012). Em alguns casos, altos níveis de confiança levam à baixa percepção de risco, o que pode afetar negativamente os resultados da colaboração (DAS; TENG, 2001). Essa discussão levanta a necessidade de se avaliarem os elementos e questões que envolvem o desempenho das redes.

PROCESSO DE PRESTAÇÃO DE CONTAS E AFERIÇÃO DE RESULTADOS

A literatura não discute a importância desse processo; ao contrário, parte do entendimento que redes eficazes são aquelas com capacidade de entregar solução para os problemas que as originaram, de melhorar o desempenho das políticas públicas e de manter a *accountability* para a ação pública (WEBER; KHADEMIAN, 2008). As colaborações tendem a obter maior sucesso quando possuem um sistema de prestação de contas capaz de rastrear insumos, processos e resultados; quando trabalham com variados métodos para coletar/interpretar dados; e utilizam um sistema de gerenciamento de resultados que contemple a intensidade do relacionamento entre os políticos e técnicos da rede (BRYSON; CROSBY; STONE, 2006).

Entretanto, embora haja consenso sobre a necessidade de se acompanharem e medirem os resultados, há muitas discussões sobre: 1) quais são os indicadores a serem utilizados; 2) o que deve ser

considerado na aferição do desempenho e para quem; e 3) quando os indicadores devem ser estabelecidos – no início ou ao longo do trabalho em rede – e se eles devem variar com a evolução da rede.

Especificamente em relação aos indicadores, discute-se, por exemplo, a diferença entre *outputs*/produtos (planos, projetos, entendimentos conjuntos, valores, visões de futuro, coordenação de processos colaborativos etc) e *outcomes*/resultados (efeitos dos produtos sobre as condições ambientais e sociais). Para alguns o desempenho da rede deve levar ambos em consideração (KOONTZ; THOMAS, 2006), assim como, aferir o desenvolvimento de relações e processos e seu impacto nos resultados (MANDELL; KEAST, 2008).

Entretanto, estabelecer indicadores não é uma tarefa trivial. Os *outputs*, são formados por elementos intangíveis, e, para medir os produtos, é necessário levar em conta as fronteiras da rede. Isso porque nem sempre ela é a única responsável pela produção final, que pode envolver outras organizações ou agências governamentais, dificultando a aferição dos custos totais (SORENSEN; TORFING, 2009). Há que se considerar também a tensão entre eficácia – medida de qualidade do produto – e eficiência – medida de quantidade do produto –, e as distintas percepções dos atores que compõem a rede, acerca desses dois conceitos (WHELAN, 2011; PROVAN; MILWARD, 2001; MANDELL; KEAST, 2008).

No caso das redes de saúde, por exemplo, alguns advogam que a eficácia reside na sua capacidade de fornecer um conjunto amplo e adequado de serviços que possam ser combinados de forma flexível para atender a uma gama de necessidades entre clientes, e para o mesmo cliente, ao longo do tempo. Assim, a coordenação completa e eficiente só é alcançada por meio de três requisitos: acessibilidade; compatibilidade (ajuste entre necessidade e serviço); e abrangência (quando todos os recursos e serviços estão de fato presentes no sistema) (LINDENCRONA; EKBLAD; AXELSSON, 2009). Outros consideram que a eficácia tem a ver com a obtenção de resultados positivos nos serviços prestados pelas redes (PROVAN; KENIS, 2008) ou o grau em que ela atende às necessidades coletivas dos participantes (McGUIRE; SILVIA, 2009).

Em relação aos envolvidos, deve-se estabelecer indicadores que contemplem a rede como um todo, as organizações individuais e os demais *stakeholders*. Para tanto, a rede deve ser internamente eficaz, ou seja, deve gerar maior recompensa para todos os atores e, no nível da rede, o trabalho deve ser equitativo ou justo. A rede também deve ser eficaz externamente, ao prover bem-estar a todas as partes interessadas e por ela afetadas. Este último é especialmente relevante para redes públicas (SAZ-CARRANZA; VERNIS, 2006).

Outro dilema é o *timing* para o estabelecimento dos objetivos e indicadores. Uns afirmam que metas e objetivos formulados *ex ante* são muitas vezes medidas inalcançáveis e podem se tornar obsoletos, por exemplo. Isso porque os participantes vão modificando suas percepções e objetivos de forma interativa e ao longo do tempo. Por outro lado, seu estabelecimento *a priori* permite monitorar os atores, coletar, processar e avaliar informações, corrigir erros, criar incentivos, direcionar esforços e estratégias (KLIJN; KOPPENJAN, 2000; KOPPENJAN, 2008).

Há ainda que se observar o ciclo de vida da rede, diferentes fases implicam diferentes indicadores. Assim, os que devem ser considerados na formação são diferentes daqueles praticados quando a rede já está estabelecida (MANDELL; KEAST, 2008; KUMAR, 2014). Isso porque, se os arranjos colaborativos são dinâmicos e evoluem com o aprendizado, os indicadores de resultados também o são.

Por fim, deve-se fugir da vinculação direta entre tempo de existência e bom desempenho, pois uma rede pode ter longa duração e não alcançar os objetivos para os quais foi criada. Consequentemente, a longevidade não pode ser, de forma isolada, uma medida de desempenho da rede, ainda que a sobrevivência seja necessária para o alcance dos objetivos (RAHMAN; KORN, 2014).

No Quadro 3 apresentamos os elementos processos com os respectivos autores que os discutem.

Quadro 3 – Governança Colaborativa – Processos

GOVERNANÇA COLABORATIVA – PROCESSOS	
Administração	PROVAN; KENIS, 2005; AGRANOFF, 2006; BRYSON; CROSBY; STONE, 2006; THONSON; PERRY, 2006; WEBER; KHADEMIAN, 2008; SCHEREINER; KALE; CORSTEN, 2009; EMERSON <i>et al.</i> , 2012; OSBORNE; STROKOSCH, 2013; KUMAR, 2014.
Liderança	AGRANOFF; McGuire, 2001; FELDMAN; KHADEMIAN, 2002; SAZ-CARANZA; VERNIS, 2006; THOMSON; PERRY, 2006; WEBER; KHADEMIAN, 2008; McGUIRE; SILVIA, 2009; WHELAN, 2011; HOGG; KNIPPENBERG; RAST, 2012; SHEPHERD; MEEHAN, 2012.
Mutualidade / Construção de Legitimidade	HARDY; LAWRENCE; GRANT, 2003; KENIS; PROVAN, 2006; THOMSON; PERRY, 2006; EMERSON; NABAT-CHI; BALOGH, 2012; GRUNDINSCHI <i>et al.</i> , 2013.
Construção de confiança	MOHR; SPEAKMAN, 1994; ZAHEER; McEVILY; PERRONE, 1998; DAS; TENG, 2001; HUXHAM, 2003; PORRAS; CLEGG; CRAWFORD, 2004; HUXHAM; VANGEM, 2005; TENBENSEL, 2005; KRISHNA; MARTIN; NOORDERHAVEN, 2006; FAEMS <i>et al.</i> , 2008; GULATI; NICKERSON, 2008; PROVAN; KENIS, 2008; KALE; SING, 2009; PURANAM; VANNESTE, 2009; CONNELLY; MILLER; DEVERS, 2012; EMERSON; NABATCHI; BALOGH, 2012; OOMSLS; BOUCKAERT, 2014.
Controle e Aferição de Resultados	KLIJN; KOPPENJAN, 2000; PROVAN; MILWARD, 2001; SODA; USAI; ZAHEER, 2004; KOKA <i>et al.</i> , 2006; SAZ-CARRANZA; VERNIS, 2006; CALLAHAN, 2007; BRYSON; CROSBY; STONE, 2006; KOONTZ; THOMAS, 2006; KOPPENJAN, 2008; LUNNAN; HAUGLAND, 2008; MANDELL; KEAST, 2008; PROVAN; KENIS, 2008; WEBER; KHADEMIAN, 2008; LINDENCRONA; EKBLAD; AXELSSON, 2009; McGUIRE; SILVIA, 2009; NESS, 2009; SORENSEN; TORFING, 2009; AGGARWAL; SIGGELKOW; SINGH, 2011; WHELAN, 2011; KUMAR, 2014; RAHMAN; KORN, 2014.

FONTE: ELABORADO PELOS AUTORES

A construção de um modelo

A governança colaborativa é elemento-chave nas redes colaborativas: sem o seu estabelecimento os parceiros não conseguiriam alcançar os resultados pretendidos. Portanto, tendo por base

sua relevância, buscou-se entender seu funcionamento e, para tanto, as respostas à seguintes perguntas foram investigadas: Quais são as variáveis que compõem a governança colaborativa? Como elas interagem? Por que elas são relevantes? O resultado desse percurso se configura em um modelo analítico que foi construído considerando as contribuições da literatura investigada, mas também a partir de proposições e entendimentos próprios. Portanto, não se trata de um resumo do que foi visto na literatura, nem tem a pretensão de consolidar e agregar as diferentes visões apresentadas pelos autores pesquisados. Ao invés disso, visa trazer uma contribuição própria para o entendimento da governança colaborativa. Tal esforço se justifica pelo avanço do estabelecimento de arranjos colaborativos em vários setores, mas particularmente no setor público, que cada vez mais se vê envolvido com essa prática.

Entretanto, a construção de um modelo é sempre reducionista, pois, embora facilite a compreensão do fenômeno, não dá conta de trabalhar / elaborar todas as variações possíveis vividas pela realidade. Se por um lado se privilegia a facilidade de compreensão, o modelo pode se tornar simplista e, se por outro lado, se tenta aproximá-lo da complexidade da realidade, ele se torna inoperável e ininteligível. Consequentemente, sua construção reflete uma leitura possível, particularmente a do autor, que escolhe entre inúmeras possibilidades do real, uma única representação. Ademais, um modelo é quase sempre prescritivo, pois aponta caminhos e interpretações; e, na maioria das vezes, suas ilações ainda carecem de comprovação empírica. Este último é um fato importante no mundo das redes no ambiente público.

Apesar de suas limitações, a formulação de um modelo visa apontar e sistematizar variáveis, criando relações de causa e efeito. Busca também avaliar e demonstrar os como e porquês, além de oferecer um quadro em que os interessados no tema possam, ao ler, entender o funcionamento daquele sistema.

Nesse sentido, é preciso prevenir o leitor que, apesar do entendimento sobre os perigos supracitados, os autores desse e de outros artigos (BRYSON *et al.*, 2006; THOMSON; PERRY, 2006; EMERSON *et al.*, 2012) se arriscam a apresentar um possível modelo para o entendimento da governança colaborativa. Essas sistematizações abrem possibilidades para a verificação empírica das variáveis indicadas, reformulação das proposições enunciadas e aplicação prática em redes nascentes e estabelecidas.

Um possível modelo?

Com base nos achados na literatura, sabe-se que a governança colaborativa é influenciada pelos antecedentes. *Dessa maneira*, os elementos do contexto (EMERSON *et al.*, 2012) influenciam os atores que irão compor a rede, tanto no que se refere à decisão de formá-la, quanto à sua estruturação em si. Assim, aspectos como a história pregressa de relacionamentos, o grau de familiaridade

que possuem uns com os outros e com a atuação em rede (SAZ-CARRANZA, 2006; THOMSON; PERRY, 2006), a existência de lideranças, de confiança, o grau de conflito, a percepção de interdependência de recursos (WEBER; KADHEMINA, 2008; EMERSON *et al.*, 2012) são, entre outros, aspectos a serem considerados, tanto na decisão de formação ou não da rede, quanto no desenho da governança.

Uma vez que se opte pela formação da rede e se constate a presença de alguns princípios (interdependência, compartilhamento de risco, complementariedade de recursos e objetivos convergentes), ou pelo menos a disposição em construí-los, inicia-se a estruturação da governança colaborativa propriamente dita. Essa é composta pela governança contratual, onde se situam elementos formais de coordenação dos parceiros. O contrato é um deles e contém regras, normas, cláusulas, que estabelecem limites, responsabilidades e direitos (HUXHAN, 2003; PROVAN; KENIS, 2005; BRYSON *et al.*, 2006). A estrutura de coordenação é outra e estabelece como, com que responsabilidades e quem ficará encarregado de gerir/coordenar a rede (THOMSON; PERRY, 2006; AGRANOFF, 2006)

Além da contratual, há a governança processual, na qual são estabelecidos os vários processos e instrumentos que conduzirão a rede no seu dia a dia. Entre os vários apontados anteriormente, como administração, liderança, construção de confiança e construção de legitimidade, aqui destacamos alguns. O processo que estabelece como a comunicação será feita com vistas a propiciar a simetria de informação, coibindo comportamentos oportunistas (BRYSON *et al.*, 2006; THOMSON; PERRY, 2006; SCHEREINER *et al.*, 2009; WHELAN, 2011). A gestão dos conflitos é inerentes às redes, visto que elas são formadas por múltiplos atores, com variadas visões de mundo e diferentes culturas (BRYSON *et al.*, 2006; THOMSON; PERRY, 2006; WHELAN, 2011). Além disso, a evolução dos objetivos, que embora convergentes no seu estabelecimento, podem se alterar com o amadurecimento da rede e com a mudança de contexto e, por isso, precisam ser renegociados (KALE, 2006; KOPPENJAN, 2008; MANDELL; KEAST, 2008; KLIJN; KOPPENJAN, 2009; McGUIRE; SILVIA, 2009; KUMAR, 2014). O processo para a tomada de decisão, que embora não vise à unanimidade, deve privilegiar o consenso e buscar o equilíbrio no exercício da autoridade, já que os atores possuem diferenças em relação a poder e *status* (AGRANOFF, 2006; EMERSON *et al.*, 2012). Nesse sentido, deve privilegiar e buscar o estabelecimento de relações horizontais entre os parceiros (PROVAN; KENIS, 2005).

Decorrente desses aspectos, importante processo a ser observado é aquele que se ocupa da liderança. Apontado como elemento-chave em ambientes de colaboração, sua influência é transversal, pois se apresenta nas diferentes etapas. Antes da formação da rede, sua presença já é requerida, uma vez que é preciso que existam líderes capazes de alinhar interesses e acordos, buscar e cooptar os parceiros necessários, e, por vezes, emprestar sua credibilidade e reputação para que as condições iniciais necessárias sejam criadas (BRYSON *et al.*, 2006; EMERSON *et al.*, 2012). Ao longo da existência da rede, cabe a esses atores o exercício de inúmeras tarefas na condução diária dos trabalhos, o que exige amplo rol de capacidades e, particularmente, o entendimento de que a liderança em ambientes de colaboração é transitória e compartilhada (WEBER; KHADEMIAN, 2008; HOGG

et al., 2012; KUMAR, 2014). Não advém de estruturas hierárquicas, mas do reconhecimento das competências nas soluções de problemas específicos que se conectam aos objetivos da rede, ou são provenientes da capacidade desses líderes em criar uma ambiência pautada pela colaboração. São responsáveis também pela criação da legitimidade das redes, seja internamente – junto aos parceiros –, seja externamente junto à sociedade (BRYSON et al., 2006). Desse modo, é preciso diferenciar o líder da rede – responsável pela criação da ambiência para o florescimento da colaboração –, do gestor/coordenador – que é encarregado pela operação dos diferentes processos –, dos representantes legais, políticos ou sponsors da rede – aqueles que apoiam e por vezes criam condições para sua existência, e que, embora possuam poder para impor decisões, não o fazem, pois reconhecem a importância e poder da solução conjunta dos parceiros (FELDMAN; KHADEMIAN, 2002; THOMSON; PERRY, 2006; WEBER; KHADEMIAN, 2008; WHELAN, 2011; SHEPHERD; MEEHAN, 2012). O líder pode assumir diferentes funções, mas tem obrigatoriamente que saber diferenciar os papéis a serem assumidos em cada uma delas.

A complexidade desse ambiente, portanto, exige a presença de um terceiro componente na composição da governança colaborativa, que é a governança relacional. Ela é formada por um conjunto de elementos que trabalha com intangíveis. São eles: (1) a identidade da rede – formada por elementos simbólicos e cognitivos – enunciados, sinais, valores estabelecidos e percebidos, códigos, entendimentos, conceitos (HARDY; LAWRENCE; GRANT, 2003); (2) os contratos psicológicos – entendidos como expectativas e suposições não escritas que guiam o relacionamento (RING; VAN de VEN, 1994; THONSON; PERRY, 2006); (3) a visão coletiva – que inclui objetivos a serem alcançados, motivados por crenças, posições ideológicas (THOMSON; PERRY, 2006; EMERSON; NABATCHI; BALOGH, 2012; GRUNDINSCHI et al., 2013); (4) o sentimento de justiça, pertencimento e acolhimento; e (5) a criação de ambiente seguro onde recursos, informações e conhecimentos possam ser compartilhados (SAZ-CARRANZA; VERNIS, 2006).

A separação entre a governança relacional e a processual não tem a ver com algum tipo de impossibilidade de se estabelecerem instrumentos ou processos para a sua construção e gestão. Ao contrário, uma leitura mais minuciosa da governança processual revela em seus diferentes componentes essa intenção. Alguns autores, inclusive, apontam para processos de construção de confiança (BRYSON et al., 2006; KALE, 2009), por exemplo, e se dedicam ao entendimento de suas relações como os processos de controle e com o contrato (DAS; TENG, 2001; KRISHNA; MARTIN; NOORDERHAVEN, 2006; FAEMS et al., 2008; PURANAM; VANNESTE, 2009; CONNELLY; MILLER; DEVERS, 2012; MALHOTRA; LUMINEAU, 2011). O critério para o corte aqui estabelecido tem a ver com a capacidade dos itens que compõem a governança relacional em contribuir de maneira decisiva para a construção do ambiente no qual a colaboração acontece e para o alcance de um resultado importante que é a geração de excedente colaborativo. Este é definido como a disponibilidade dos atores em estabelecerem novas redes, seja com os parceiros envolvidos ou outros. Isso porque percebem a contribuição desse

tipo de arranjo para a solução de problemas complexos. Ademais, com as experiências adquiridas em acordos passados, percebem que acumularam aprendizado sobre o trabalho em colaboração. Portanto, desenvolveram habilidades necessárias para o trabalho em rede, já que ele pressupõe outras formas de gestão e coordenação que precisam ser desenvolvidas. Esse resultado possui papel central, uma vez que é a partir da superação das dificuldades e do aprendizado sobre as especificidades desse tipo de arranjo que os resultados esperados serão alcançados.

O excedente colaborativo e a criação do ambiente no qual a colaboração acontece tem a ver com a percepção construída ao longo do caminho que os interesses e objetivos específicos foram respeitados, muito embora tenham sido considerados e colocados em um nível secundário em relação aos objetivos da rede. É fruto da construção de consensos, que foram possíveis a partir da criação de espaços de conversação em que as diferentes visões e interpretações de mundo foram debatidas e negociadas (THOMSON; PERRY, 2006; EMERSON *et al.*, 2012).

A percepção da interdependência, da importância da participação de cada parceiro, seja no desenho das soluções, na produção de consensos, entendimentos comuns e na construção dos resultados da rede abre caminho para a formação do sentimento de pertencimento e acolhimento. A manutenção dessa percepção precisa ser fomentada e reafirmada recorrentemente. Para tanto, há que se criar espaços de conversação e negociação, onde sejam celebrados os avanços conquistados no dia a dia, mesmo que pequenos. Aqui a liderança e a comunicação constante também exercem papel fundamental, pois contribuem para a suspensão de comportamentos oportunistas, desconfiança e promoção de confiança. Particularmente, em relação à comunicação, vale salientar que ela requer o estabelecimento de canais formais, mas também, e principalmente, a criação de uma linguagem comum, formada por códigos, entendimentos, percepções e conceitos compartilhados (HARDY; LAWRENCE; GRANT, 2006).

Outro elemento importante se refere aos mecanismos estabelecidos para a resolução de conflitos, tais como processos, normas, regras e cláusulas contratuais (BRYSON; CROSBY; STONE, 2006). A disponibilidade para abrir mão de entendimentos e objetivos particulares está vinculada aos ganhos potenciais da parceria, e é preciso cuidar para que todos se sintam contemplados de maneira que a avaliem como justa (PORRAS; CLEGG; CRAWFORD, 2004; THOMSON; PERRY, 2006). É também nesses processos que as expectativas iniciais são revistas, reformuladas e adequadas, e se abrem oportunidades para a criação de contratos psicológicos que assumem papel importante no estabelecimento de comportamentos e condutas.

O desenvolvimento de uma visão coletiva, que é influenciada por crenças e ideologias compartilhadas, construídas nos repetidos processos de renegociação, possui relevância, ao criar ideal que determine caminhos convergentes com o imaginário dos envolvidos. Acrescenta-se ainda a necessidade de criação de um ambiente pautado por um senso comum e compartilhado de direção (HARDY; LAWRENCE; GRANT, 2006). Nesse sentido, a construção de espírito de equipe é essencial. Ela é prove-

niente de diferentes aspectos que compõem a governança, destacando-se o estabelecimento de uma identidade, no qual enunciados que promovam a colaboração, valores estabelecidos e, principalmente, percebidos sustentam o comportamento dos atores na busca pelos objetivos da rede.

Perpassando os componentes da governança relacional está a confiança. Trata-se de um pano de fundo que dá suporte à emergência do ambiente colaborativo, pois é por meio da crença de que os parceiros possuem as competências necessárias para desempenhar conforme o esperado, e de que se comportarão de maneira confiável (SAZ-CARANZA; VERNIS, 2006), que se abre espaço para a construção do simbólico, imaginário e cognitivo, para a criação de contratos psicológicos e a formação de visões coletivas (THOMSON; PERRY, 2006).

Muitos autores advogam que a confiança é central em ambientes de colaboração, já que influencia de maneira significativa a governança colaborativa estabelecida. Na ausência de confiança, por exemplo, a formalização e o papel desempenhado pelos contratos – seja no que se refere ao controle e à coordenação – aumentam. A confiança também interfere no tipo de estrutura de coordenação estabelecida. Conforme proposto por Provan e Kenis (2008), níveis limitados de confiança demandam redes centralizadas. Já em relação à governança processual, na presença de confiança a atuação dos atores no dia a dia da rede é facilitada. Isso porque acreditam que os demais cumprirão suas promessas, são competentes o suficiente para atuar em direção ao alcance dos objetivos estabelecidos e agirão de maneira benevolente quando surgirem contingências. Para além do que é proposto na literatura, acrescentou-se aqui sua importância como elemento de suporte, como pano de fundo que sustenta a constituição da governança relacional.

Esta é o *locus* onde contratos, estruturas, processos e instrumentos se encontram para apoiar a construção da ambiência em que o trabalho em colaboração será efetivado. A combinação entre os elementos da governança contratual e processual, suportados pela construção e reafirmação da confiança, abre espaço para a criação de contratos psicológicos, crenças, identidade, visão coletiva etc. Isso porque, ao se constituírem como estruturas claras e tangíveis, diminuem as incertezas inerentes à convivência entre múltiplos atores provenientes de contextos diferentes. Ao mesmo tempo, por serem formados ao longo do tempo, pautados pelo aprendizado que se acumula com a evolução e amadurecimento da rede, são caracterizados por sua incompletude e, com isso, garantem a flexibilidade necessária à construção de um ambiente propício para a colaboração ocorrer.

Um último grupo a ser considerado no modelo proposto se refere aos princípios que devem ser observados. São compostos de intangíveis inerentes ao funcionamento das redes: (1) a percepção de interdependência – os parceiros ao se alinharem à rede o fazem por que reconhecem que o resultado só será alcançado com a soma dos recursos disponibilizados, ou seja, têm plena consciência de sua incapacidade de sozinhos chegarem à solução pretendida; (2) a convergência de objetivos – é fruto de recorrentes rodadas de negociação e se constitui no elemento que mantém a rede viva, na sua ausência o arranjo se desfaz; (3) a consciência da autonomia – embora formem um arranjo colaborativo,

os parceiros são organizações autônomas, com interesses diversos e legítimos; e (4) a percepção de reciprocidade – os envolvidos se dedicarão à rede apenas se perceberem/confiarem ou suspenderem sua desconfiança que os demais também o farão (BRYSON; CROSBY; STONE, 2006; THONSON; PERRY, 2006; EMERSON et. al., 2012). Estes princípios influenciarão e serão influenciados por todo o desenvolvimento da rede, incluindo sua governança e seus resultados. Trata-se de um ciclo interativo em que o estágio inicial de amadurecimento desses princípios conforma os componentes da governança colaborativa, em contrapartida, são impactados e reajustados pela execução desses componentes.

Portanto, a governança colaborativa ao longo do seu conjunto evolui e emerge de maneira incremental, refletindo o resultado de um processo recorrente de *learning-by-doing*, que se origina da percepção mutante dos atores em relação ao problema e à solução, mas também de si mesmos e dos parceiros.

A seguir, apresentamos a representação gráfica do modelo analítico discutido no texto que se lê sobre governança colaborativa.

Figura 1 – Modelo Analítico sobre Governança Colaborativa



FONTE: ELABORADO PELOS AUTORES

É preciso ressaltar, entretanto, que o equilíbrio entre os três componentes da governança – contratual, processual e relacional – é fundamental, porém não é trivial. Uma governança contratual pesada – que pode ser fruto de antecedentes não favoráveis, como uma história peregresa de conflitos e

desconfiança – pode se traduzir em pesados processos de controle, e, conseqüentemente, coibir o florescimento da confiança e do ambiente colaborativo. Estruturas muito centralizadas, autossuficientes e autônomas podem limitar a participação dos parceiros e, em decorrência, não criar espaços para o surgimento dos princípios que pautam a colaboração, como o comprometimento dos envolvidos na definição e execução das tarefas. Processos muito engessados que não acompanhem a evolução dos contratos psicológicos, as renegociações ao longo do caminho e a produção de novos consensos e entendimentos (como o estabelecimento rígido de resultados, que privilegiem apenas as metas e não considerem o caminho percorrido para alcançá-las; ou processos de comunicação burocratizados que não consideram a importância da uniformidade de acesso e compartilhamento das informações) afetarão o estabelecimento do ambiente colaborativo e poderão, conseqüentemente, interferir no alcance dos resultados esperados.

Por outro lado, processos frouxos podem levar ao não comprometimento, isto é, ao perceberem que o sistema de aferição das contribuições não está sendo realizado, os parceiros investem menos tempo na dedicação à rede. Ou ainda, se sentem prejudicados, o que compromete sua percepção de justiça. Sistemas de controle inadequados podem evitar a percepção de falhas e o estabelecimento de rotas corretivas, levando à perda de legitimidade interna e externa da rede. Assim, o equilíbrio é fundamental. Além disso, como as redes são arranjos que se desenvolvem de maneira incremental e estão inseridas em um ambiente mutante, é importante que haja abertura e flexibilidade para a análise e adequação dos indicadores estabelecidos ao longo do caminho.

Considerações Finais

À medida que a sociedade se transforma, e diferentes paradigmas se afirmam, novos desafios se impõem ao Estado. Na atualidade, presenciamos outra vez o debate acerca dos limites da sua atuação. Muitos advogam a tese de que o Estado se mostra incapaz de resolver vários entre os problemas vividos pela sociedade contemporânea. Embora este não seja um debate recente, visto que em diferentes épocas esta questão esteve no centro das discussões, algumas nuances merecem destaque.

Apesar da concordância sobre os limites desta atuação e do reconhecimento da incapacidade do Estado, a literatura se divide quanto às bases e implicações desse diagnóstico. De um lado estão aqueles que se alinham ao que os adeptos da escola liberal preconizam, ou seja, que afirmam que o Estado deve se limitar às suas funções básicas, operar de maneira eficiente aos moldes das organizações privadas e criar as condições para a atuação do mercado. Do outro, os que preconizam que o Estado deveria trabalhar em rede, formar arranjos colaborativos que envolvam diferentes *stakeholders*, que conjuntamente busquem soluções para problemas comuns. Esta última leitura parte do entendimento de que, no atual contexto, os problemas são complexos, fragmentados, sua solução

depende de diferentes tipos de conhecimentos e que, por isso, nem o Estado, nem os demais envolvidos seriam capazes de encontrar soluções de maneira isolada. A combinação dos distintos recursos e a busca por entendimentos compartilhados é condição indispensável para encontrar e sistematizar a solução, assim como para implementá-la.

Entretanto, mesmo entre os adeptos dos arranjos colaborativos, podem-se encontrar diferenças quanto à interpretação do papel a ser desempenhado pelo Estado. Alguns entendem que ele deveria ser o ator central e que, nesse sentido, caberia a ele a função de criar as condições, formar as redes, conduzi-las e coordená-las. Isso porque entendem que é sua responsabilidade encontrar a solução para os problemas-alvo dessas redes. Outros entendem a relevância do papel do Estado, mas admitem outras formas para sua atuação e configuração. Não veem a necessidade de se colocar como ator predominante em todos os momentos. Admitem, por exemplo, que a coordenação seja exercida por outros parceiros, aceitam e preveem situações em que o Estado apenas abra espaço para a formação da rede, mas não faça parte da fase de execução em si (VANGEN *et al.*, 2015). Alguns enxergam essas redes como um mecanismo de democratização, pois, ao incluir a sociedade, abrir-se-ia espaço para o aumento da participação dos cidadãos na definição de políticas públicas (ANSELL; GASH, 2007). Outros, com base em estudos empíricos, questionam essa afirmação (BLOCK; PAREDIS, 2013)

Apesar das diferentes posições ideológicas e considerações sobre qual é o grau de aproximação do Estado nas redes, não se pode ignorar que há aumento do número de redes formadas entre governos, sociedade civil, empresas e outras organizações. Movimento este que se reflete no crescente número de registros e estudos sobre diferentes experiências vivenciadas ao longo do mundo. Nesse sentido, essa escolha não é marginal e, por isso, merece atenção e entendimento. Esses estudos sinalizam alguns pontos, entre eles o fato de que a atuação em rede não pode ser vista como uma panaceia, uma solução que se aplica a todos os casos. Ao contrário, algumas especificidades devem ser observadas como, por exemplo, elementos antecedentes que apontem ou não para a viabilidade de formá-las. Outros consideram que determinadas áreas de atuação do Estado não se adequam à formação das redes – como a área fiscal, por exemplo (TORFING, 2012). A análise conjunta desses estudos, entretanto, nos permite afirmar que não existem evidências definitivas que comprovem que este caminho seja mais efetivo, que garanta os melhores resultados. Ainda faltam estudos comparativos, consenso entre os diferentes conceitos aplicados, dados que permitam a generalização de resultados, conclusões etc. Contudo, já se pode afirmar que um elemento central na rede é sua estrutura de governança, que é reconhecida por sua capacidade de influenciar os resultados e o alcance dos objetivos estabelecidos.

Nesse sentido, é plenamente justificável maior dedicação por parte dos gestores públicos quanto ao entendimento do funcionamento dessas redes, particularmente sua estrutura de governança. A fim de contribuir com este entendimento listamos alguns pontos de atenção.

O entendimento das especificidades da governança das redes contribui de maneira significativa para o alcance dos resultados pretendidos. Particularmente em relação aos resultados, chama-se a atenção para a ampliação dos indicadores tradicionalmente propostos. Muito mais que acompanhar e aferir os objetivos específicos estabelecidos pela rede, é fundamental que se avaliem os resultados obtidos em face dos interesses dos diferentes *stakeholders*, seu grau de satisfação e o envolvimento daqueles que participam diretamente da governança da rede.

Ao contrário do que comumente se pressupõe, as relações em ambientes colaborativos são marcadas por conflitos e, conseqüentemente, o cuidado com a promoção de um ambiente colaborativo é fundamental, uma vez que ele influencia ou até mesmo impede que se alcancem os resultados pretendidos. Portanto, estabelecer critérios de mensuração de resultados intermediários e critérios para avaliação dos intangíveis da rede é de grande relevância, ou seja, é importante que se avalie a capacidade da rede em gerar excedente colaborativo e os custos políticos envolvidos.

Ainda vale a pena considerar que, embora muitos advoguem que o estabelecimento de redes envolvendo a sociedade civil fomente a democratização das relações entre governos e cidadãos, não existe consenso ou comprovação empírica que sustente essa interpretação. Estudos mais recentes, inclusive, apontam para casos que contradizem essa afirmação. Afirmam que as relações não se alteraram e sim que houve um deslocamento da zona de poder, dos fóruns tradicionais do governo para a arena da rede. Segundo essas evidências, os políticos assumiram este espaço como uma arena de promoção de agendas individuais (BLOCK; PAREDIS, 2013).

Contudo, se é verdade que o Estado tende a utilizar redes colaborativas para entregar determinados bens e serviços públicos, é fundamental que ele entenda os meandros da governança. Portanto, é importante que o aprendizado acumulado e disperso em diferentes partes do governo seja armazenado. Para tanto, é preciso sistematizar e organizar as informações e experiências das diferentes instâncias de governo envolvidas em redes colaborativas. Nesse sentido, informações sobre parceiros, registro de experiências passadas e capacidade de leitura de contexto podem ajudar a decisão de onde, quando, como e por que formar redes. A redação de contratos, a análise de quais, quando e em que circunstâncias as estruturas são mais adequadas, o desenho de processos e instrumentos e o registro e análise dos elementos que compõem a governança relacional podem servir de experiência, aprendizado e aprimoramento de futuras experiências de atuação em rede.

Como dito, redes são percebidas como arranjos em que se privilegiam relações horizontais, onde a hierarquia é substituída pela busca de consenso e pela liderança compartilhada. Entretanto, o Estado é uma instituição cujo poder e *status* não contribuem para a quebra de hierarquia. Além do mais, muitas das instâncias governamentais são marcadas por forte burocratização e politização. Cabe, portanto, a pergunta: como compatibilizar as expectativas por relações mais horizontais com estruturas que apresentam essas características? Somando-se a esse ponto, tem-se a liderança da rede, que é entendida como transitória e compartilhada. Os gestores públicos estão capacitados para

trabalhar em contextos com essas características? Se a liderança é transitória e pautada em conhecimentos e capacidades específicas para a solução dos diferentes problemas que surgem ao longo da trajetória da rede, qual deve ser o posicionamento e as atitudes dos representantes do Estado? As respostas a estas perguntas não foram alvo deste estudo e, possivelmente, ainda não foram formuladas. Mas, é um ponto de atenção para os gestores públicos envolvidos nas redes e um importante espaço para novos estudos.

Referências Bibliográficas

- AGRANOFF, R. I.; MCGUIRE, M. Big questions in public network management research. **Journal of Public Administration Research and Theory**, v. 11, n. 3, p. 295-326, 2001.
- AGRANOFF, R. Inside collaborative networks: ten lessons for public managers. **Public Administration Review**, v. 66, n. s1, p. 56-65, 2006.
- ANSELL, C.; GASH, A. Collaborative Governance in Theory and Practice. **Journal of Public Administration Research and Theory**, v. 18, 2007.
- AGGARWAL, V. A.; SIGGELKOW, N.; SINGH, H. Governing collaborative activity: Interdependence and the impact of coordination and exploration. **Strategic Management Journal**, v. 32, n. 7, p. 705-730, 2011.
- BIERLY, P. E.; GALLAGHER, S. Explaining alliance partner selection: fit, trust and strategic expediency. **Long Range Planning**, v. 40, n. 2, p. 134-153, 2007.
- BLOCK, T.; PAREDIS, E. Urban Development Projects Caralyst for Sustainable Transformations: the need for entrepreneurial political leadership. **Journal of Cleaner Production**, v. 50, 2013.
- BRESSER-PEREIRA, L. C. Gestão do setor público: Estratégia e estrutura para um novo Estado. In: BRESSER-PEREIRA, L. C.; SPINK, P. (Orgs.) **Reforma do Estado e Administração Pública Gerencial**. Rio de Janeiro: Editora Fundação Getulio Vargas, 1998.
- BRYSON, J. M.; CROSBY, B. C.; BLOOMBERG, L. Public value governance: moving beyond traditional public administration and the new public management. **Public Administration Review**, v. 74, n. 4, 2014.
- BRYSON, J. M.; CROSBY, B. C.; STONE, M. M. The design and implementation of Cross Sector collaborations: Propositions from the literature. **Public administration review**, v. 66, n. s1, p. 44-55, 2006.
- CALLAHAN, R. Governance: The collision of politics and cooperation. **Public Administration Review**, v. 67, n. 2, p. 290-301, 2007.
- CONNELLY, B. L.; MILLER, T.; DEVERS, C. E. Under a cloud of suspicion: Trust, distrust, and their interactive effect in interorganizational contracting. **Strategic Management Journal**, v. 33, n.7, 2012.
- CUMMINGS, J. L.; HOLMBERG, S. R. Best-fit alliance partners: the use of critical success factors in a comprehensive partner selection process. **Long Range Planning**, v. 45, n. 2, p. 136-159, 2012.

DAS, T. K.; TENG, B. S. Trust, control, and risk in strategic alliances: an integrated framework. **Organization Studies**, v. 22, 2001.

DENHARDT, R. B.; DENHARDT, J. V. The new public service: serving rather than steering. **Public administration review**, v. 60, n. 6, p. 549-559, 2000.

DENHARDT, J. V.; DENHARDT, R. B. The new public service revisited. **Public Administration Review**, v. 75, n. 5, p. 664-672, 2015.

DOZ, Y. L. The evolution of cooperation in strategic alliances: initial conditions or learning processes? **Strategic management journal**, v. 17, n. S1, p. 55-83, 1996.

EMERSON, K.; NABATCHI, T.; BALOGH, S. An integrative framework for collaborative governance. **Journal of Public Administration Research and Theory**, v. 22, n. 1, p. 1-29, 2012.

FELDMAN, M. S.; KHADEMIAN, A. M. To Manage Is to Govern. **Public Administration Review**, v. 62, n. 5, p. 541-554, 2002.

FAEMS, D.; JANSSENS, M.; MADHOK, A.; VAN LOOY, B. Towards an integrative perspective on alliance governance: connecting contract design, contract application and trust dynamics. **Academy of Management Journal**, v. 51, p. 1053- 1078, 2008.

GOLDSMITH, S.; KETTL, D.F. (Ed.). **Unlocking the power of networks: keys to high-performance government**. Brookings Institution Press, 2009.

GONZÁLEZ, S.; HEALEY, P. A sociological institutionalist approach to the study of innovation in governance capacity. **Urban Studies**, v. 42, n. 11, p. 2055-2069, 2005.

GRUDINSCHI, D.; KALJUNEN, L.; HOKKANEN, T.; HALLIKAS, J.; SINTONEN, S.; PUUSTINEN, P. Management challenges in cross-sector collaboration: elderly care case study. **The Public Sector Innovation Journal**, v. 18, n. 2, 2013.

GULATI, R. Does familiarity breed trust? The implications of repeated ties for contractual choice in alliances. **Academy of Management Journal**, v. 38, n. 1, p. 85-112, 1995.

GULATI, R.; NICKERSON, J. A. Interorganizational trust, governance choice, and exchange performance. **Organization Science**, v. 19, n. 5, p. 688-708, 2008.

HARDY, C.; PHILLIPS, N.; LAWRENCE, T. B. Resources, knowledge and influence: the organizational effects of interorganizational collaboration. **Journal of management studies**, v. 40, n. 2, p. 321-347, 2003.

HEALEY, P. Creativity and urban governance. **Policy studies**, v. 25, n. 2, p. 87-102, 2004.

HOGG, M. A.; VAN KNIPPENBERG, D.; RAST, D. E. Intergroup leadership in organizations: leading across group and organizational boundaries. **Academy of Management Review**, v. 37, n. 2, p. 232-255, 2012.

HOLMBERG, S. R.; CUMMINGS, J. L. Building successful strategic alliances: strategic process and analytical tool for selecting partner industries and firms. **Long Range Planning**, v. 42, n. 2, p. 164-193, 2009.

HUXHAM, C.; VANGEN, S. E. **Managing to collaborate**. Abingdon: Taylor & Francis, 2005.

HUXHAM, C. Theorizing collaboration practice. **Public Management Review**, v. 5, n. 3, p. 401-423, 2003.

KALE, P.; SINGH, H. Managing strategic alliances: what do we know now, and where do we go from here. **Academy of management perspectives**, v. 23, n. 3, p. 45-62, 2009.

KENIS, P.; PROVAN, K. The control of public networks. **International Public Management Journal**, v. 9, n. 3, p. 227-247, 2006.

KLIJN, E. H.; KOPPENJAN, J. F. M. Public management and policy networks: foundations of a network approach to governance. **Public Management**, v. 2, n. 2, p. 135-158, 2000.

KLIJN, E.H. Networks as perspective on policy and implementation. In: CROPPER, S.; EBERS, M.; HUXHAM, C.; RING, P. **Handbook of Interorganizational Relations**. Oxford: Oxford University Press, p. 118-146, 2008.

KLIJN, E. H.; SKELCHER, C. Democracy and governance networks: compatible or not? **Public administration**, v. 85, n. 3, p. 587-608, 2007.

KOKA, B. R.; MADHAVAN, R.; PRESCOTT, J. E. The evolution of interfirm networks: environmental effects on patterns of network change. **Academy of Management Review**, v. 31, n. 3, p. 721-737, 2006.

KOONTZ, T. M.; THOMAS, C. W. What do we know and need to know about the environmental outcomes of collaborative management? **Public Administration Review**, v. 66, n. s1, p. 111-121, 2006.

KOPPENJAN, J. Creating a playing field for assessing the effectiveness of network collaboration by performance measures. **Public Management Review**, v. 10, n. 6, p. 699-714, 2008.

KRISHNAN, R.; MARTIN, X.; NOORDERHAVEN, N. G. When does trust matter to alliance performance? **Academy of Management journal**, v. 49, n. 5, p. 894-917, 2006.

KUMAR, R. Managing ambiguity in strategic alliances. **California management review**, v. 56, n. 4, p. 82-102, 2014.

LARSON, A. Network dyads in entrepreneurial settings: a study of the governance of exchange relationships. **Administrative Science Quarterly**, v. 37, n. 1, p. 76-104, 1992.

LINDENCRONA, F.; EKBLAD, S.; AXELSSON, R. Modes of interaction and performance of human service networks: a study of refugee resettlement support in Sweden. **Public Management Review**, v. 11, n. 2, p. 191-215, 2009.

MANDELL, M. P.; KEAST, R. Evaluating the effectiveness of interorganizational relations through networks: developing a framework for revised performance measures. **Public Management Review**, v. 10, n. 6, p. 715-731, 2008.

LUNNAN, Randi; HAUGLAND, Sven A. Predicting and measuring alliance performance: a multidimensional analysis. **Strategic Management Journal**, v. 29, n. 5, p. 545-556, 2008.

LUO, Y. How important are Shared Perceptions of Procedural Justice in Cooperative Alliances? **Academy of Management Journal**, v. 48, n. 4, 695-709, 2005.

MALHOTRA, D.; LUMINEAU, F. Trust and collaboration in the aftermath of conflict: The effects of contract structure. **Academy of Management Journal**, v. 54, n. 5, p. 981-998, 2011.

MCGUIRE, M.; SILVIA, C. Does Leadership in Networks Matter? Examining the Effect of Leadership Behaviors on Managers' Perceptions of Network Effectiveness. **Public Performance & Management Review**. v. 33, n.16, p. 34 -62, 2009.

MOHR, J.; SPEAKMAN, R. Characteristics of partnership success: partnership attributes, communication behavior, and conflict resolution techniques. **Strategic Management Journal**, v. 15, p. 135-152, 1994.

NESS, H. Governance, negotiations, and alliance dynamics: Explaining the evolution of relational practice. **Journal of Management Studies**, v. 46, n. 3, p. 451-480, 2009.

NIELSEN, B. B. Strategic fit, contractual, and procedural governance in alliances. **Journal of Business Research**, v. 63, 2010.

OOMSELS, P.; BOUCKAERT, G. Studying Interorganizational Trust in Public Administration. A conceptual and Analytical Framework for "Administrational Trust". **Public Performance & Management Review**. v. 37, n. 4, p. 577-604, 2014.

OSTROM, E. A diagnostic approach for going beyond panaceas. **Proceedings of the National Academy of Sciences**, v. 104, 2007.

PAES de PAULA, A. P. **Por uma nova gestão pública: limites e potencialidades de experiência contemporânea**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2005.

PARK, S. H.; UNGSON, Gerardo R. Interfirm rivalry and managerial complexity: A conceptual framework of alliance failure. **Organization science**, v. 12, n. 1, p. 37-53, 2001.

PARKER, R. Networked governance or just networks? Local governance of the knowledge economy in Limerick (Ireland) and Karlskrona (Sweden). **Political Studies**, v. 55, n. 1, p. 113-132, 2007.

PORRAS, S. T.; CLEGG, Stewart; CRAWFORD, J. Trust as networking knowledge: Precedents from Australia. **Asia Pacific Journal of Management**, v. 21, n. 3, p. 345-363, 2004.

PROVAN, K. G.; KENIS, P. Modes of network governance and implications for public network management. **Eighth National Public Management Research Conference**, Los Angeles, CA, September. 2005.

_____. Modes of network governance: Structure, management, and effectiveness. **Journal of Public Administration Research and Theory**, v. 18, n. 2, p. 229-252. 2008.

PROVAN, K. G.; LEMAIRE, R. H. Core concepts and key ideas for understanding public sector organizational networks: Using research to inform scholarship and practice. **Public Administration Review**, v. 72, n. 5, p. 638-648, 2012.

PROVAN, K. G.; MILWARD, H. Brinton. Do networks really work? A framework for evaluating public sector organizational networks. **Public Administration Review**, v. 61, n. 4, p. 414-423, 2001.

PURANAM, P.; VANNESTE, Bart S. Trust and governance: Untangling a tangled web. **Academy of Management Review**, v. 34, n. 1, p. 11-31, 2009.

RAHMAN, N.; KORN, H. J. Alliance longevity: Examining relational and operational antecedents. **Long Range Planning**, v. 47, n. 5, p. 245-261, 2014.

REUER, J. J.; ARINÕ, A. Strategic alliance contracts: Dimensions and determinants of contractual complexity. **Strategic Management Journal**, v. 28, 313– 330, 2007.

RING, P. D. Y.; OLK, P. Managing formation processes in R&D consortia. **California Management Review**, v. 47, n. 4, 137-156, 2005.

RING, P. S.; VAN DE VEN, A. H. Developmental processes of cooperative interorganizational relationships. **Academy of management review**, v. 19, n. 1, p. 90-118, 1994.

ROTH, A. L.; WAGNER, D.; ANTUNES JÚNIOR, J. A. V.; PADULA, A. D. Diferenças e inter-relações dos conceitos de governança e gestão de redes horizontais de empresas: contribuições para o campo de estudo. **Revista de Administração-RAUSP**, v. 47, n. 1, p. 112-123, 2012.

SAZ-CARRANZA, A.; VERNIS, A. The dynamics of public networks: A critique of linear process models. **International Journal of Public Sector Management**, v. 19, n. 5, p. 416-427, 2006.

SCHREINER, M.; KALE, P.; CORSTEN, D. What really is alliance management capability and how does it impact alliance outcomes and success? **Strategic Management Journal**, v. 30, n. 13, p. 1395-1419, 2009.

SHEPHERD, N.; MEEHAN, T. J. A Multilevel Framework for Effective Interagency Collaboration in Mental Health. **Australian Journal of Public Administration**, v. 71, n. 4, p. 403-411, 2012.

SODA, G.; USAI, A.; ZAHEER, A. Network memory: The influence of past and current networks on performance. **Academy of Management Journal**, v. 47, n. 6, p. 893-906, 2004.

SØRENSEN, E.; TORFING, J. **Theories of Democratic Network Governance**. Basingstoke: Palgrave Macmillan, 2007.

SØRENSEN, Eva; TORFING, Jacob. Making governance networks effective and democratic through metagovernance. **Public administration**, v. 87, n. 2, p. 234-258, 2009.

TENBENSEL, T. Multiple modes of governance: Disentangling the alternatives to hierarchies and markets. **Public Management Review**, v. 7, n. 2, p. 267-288, 2005.

THOMSON, A. M.; PERRY, J. L. Collaboration processes: Inside the black box. **Public administration review**, v. 66, n. s1, p. 20-32, 2006.

TORFING, J. Governance network theory: towards a second generation. **European political science**, v. 4, n. 3, p. 305-315, 2005.

TORFING, J. *et. al.* **Interactive governance: advancing the paradigm**. Oxford University Press, 2012.

VANGEN, S., HAYES, J. P. e CORNFORTH, C. Governing cross-sector, inter-organizational collaborations. **Public Management Review**, v. 17, n. 9, 2015.

WEBER, E. P.; KHADEMIAN, A. M. W. Problems, knowledge challenges, and collaborative capacity builders in network settings. **Public Administration Review**, v. 68, n. 2, p. 334-349, 2008.

WHELAN, C. Network dynamics and network effectiveness: a methodological framework for public sector networks in the field of national security. **Australian Journal of Public Administration**, v. 70, n. 3, p. 275-286, 2011.

ZAHEER, A.; MCEVILY, B.; PERRONE, V. Does trust matter? Exploring the effects of interorganizational and interpersonal trust on performance. **Organization Science**, v. 9, n. 2, p. 141-159, 1998.

Anexo

Metodologia

Com o intuito de entender como o tema ‘governança colaborativa’ vem sendo discutido ao longo dos anos, deu-se início a uma pesquisa bibliográfica com foco na compreensão dos conceitos essenciais, em seus componentes e na evolução da temática como área de estudo.

Na primeira etapa, realizou-se uma pesquisa na base de dados EBSCO concentrada exclusivamente em textos publicados em periódicos relacionados à Administração Pública.

Como descritores, foram utilizados os termos: “*Governance*”, “*Network*” e “*Collaboration*”. Para refinar a busca, limitou-se os achados a textos completos, publicados entre 2000 e 2014, em revistas acadêmicas na área de administração pública que abordassem o tema governança em rede no resumo. Com as características descritas acima, foram encontrados 1.546 arquivos. Após a retirada dos duplicados, esse número caiu para 960 artigos.

A segunda fase da pesquisa bibliográfica foi composta por três etapas (exclusão de temas, exclusão de artigos e distribuição por macrotemas). A exclusão de temas consistiu na averiguação dos 960 artigos, seguida pela exclusão dos artigos que não continham no título nenhum dos termos seguintes: governança, rede e colaboração. Em seguida foi feita a leitura dos resumos e a retirada dos artigos que tratavam de temas não afins aos objetivos do trabalho, tais como: Análise de Redes Sociais, ONGs, PPPs, Redes políticas, *ERGM – Exponential random graph models* e relação gestão pública x democracia. Ao final dessa etapa, restaram 57 artigos.

Foi feita uma leitura minuciosa dos 57 artigos, seguida por seminários com os 3 pesquisadores para a discussão de cada um deles, os elementos centrais identificados e a inter-relação entre eles. No decorrer dessa fase alguns textos foram considerados pouco relevantes para a discussão proposta, restando como base para análise 42 artigos.

Os 42 artigos selecionados foram publicados em revistas e periódicos reconhecidos pela sua qualidade. Os 5 *journals* com maior número de artigos são respectivamente: *Public Administration Review*, com 15 artigos; *Public Administration*, com 7; *Public Management Review*, com 5; *Public Performance & Management Review*, com 4; e *Journal of Public Administration Research and Theory*, com 3. A relação de todos os artigos encontrados por periódico pode ser vista na tabela 1.

Tabela 1 – Quantidade de artigos por *Journal* – Administração Pública

Periódico	Quantidade de artigos
Public Administration Review	15
Public Administration	7
Public Management Review	5
Public Performance & Management Review	4
Journal of Public Administration Research and Theory	3
The Australian Journal of Public Administration	2
Journal of Public Administration Research and Theory	1
Urban Studies	1
International Journal of Public Sector Management	1
International Public Management Journal	1
The Innovation Journal: The Public Sector Innovation Journal	1
Administration & Society	1

FONTE: ELABORADO PELOS AUTORES

No segundo ano do levantamento foi utilizada a mesma sistemática de pesquisa e categorização dos artigos encontrados na área de Teoria das Organizações. Os mesmos critérios foram adotados, sendo que dos 1.328 encontrados inicialmente, restaram apenas 39 artigos que foram aglutinados à análise do ano anterior. Desses, os 5 *journals* com maior número de artigos são respectivamente: *Strategic Management Journal*, com 13 artigos; *Academy of Management Review*, com 8; *Academy of Management Journal*, com 8; *Long Range Planning*, com 7; e *Journal of Management Studies*, com 5. A relação de todos os artigos encontrados por periódico pode ser vista na tabela 2.

Tabela 2 – Quantidade de artigos por *Journal* – Teoria das Organizações

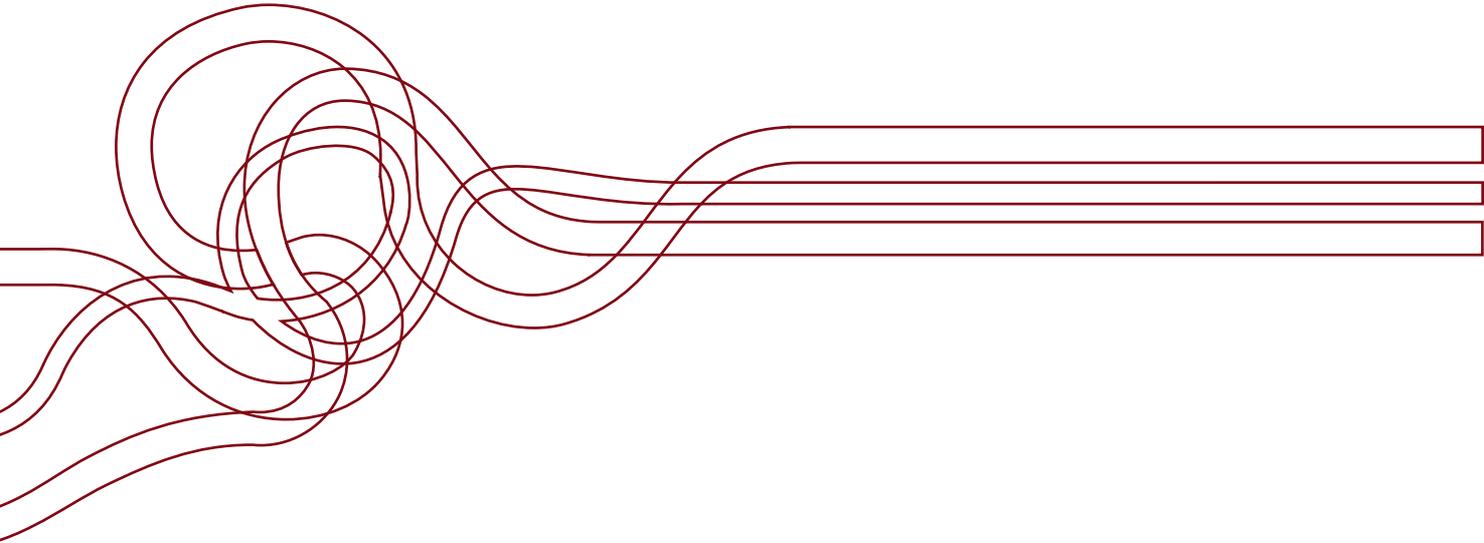
<i>Journal</i>	Quantidade de artigos
Strategic Management Journal	13
Academy of Management Review	8
Academy of Management Journal	8
Long Range Planning	7
Journal of Management Studies	5
Organization Science	3
Asia Pacific Journal of Management	2
California Management Review	2
Journal of Management	1
Organization Studies	1
Academy of Management Perspectives	1
Management and Organization Review	1

FONTE: ELABORADO PELOS AUTORES

O objetivo inicial do levantamento bibliográfico era descrever os achados na literatura. Contudo, as discussões entre os três pesquisadores se desdobraram em sistematizações, análises, *insights* e em um modelo analítico sobre governança colaborativa. Todavia, cabe ressaltar que, embora a proposta pareça conclusiva, representa apenas o levantamento de variáveis de análise sobre o tema, não tendo em nenhuma medida a pretensão de encerrar a discussão nesse campo.

2

A GOVERNANÇA REGIONAL DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE



EUGÊNIO VILAÇA MENDES

É consultor em saúde pública tendo prestado consultoria a 20 países, 22 estados e mais de 250 municípios brasileiros. Foi Secretário Adjunto da Saúde de Minas Gerais, consultor da Organização Pan-Americana da Saúde e professor da Universidade Federal de Minas Gerais, da PUC Minas, da Universidade Estadual de Montes Claros e da Escola de Saúde Pública de Minas Gerais. É consultor do CONASS.

A GOVERNANÇA EM REDE

Williamson (1985) identifica três tipos de governança segundo o modelo de coordenação: a governança pelo mercado, a governança por hierarquia e a governança em rede.

Na governança pelo mercado, o mecanismo central de coordenação são os preços, com o pressuposto de que existe uma difusão espontânea de informações sobre os custos, produtos e inovações. A motivação nos mercados é alcançada principalmente por meio de incentivos financeiros.

Na governança por hierarquia, a coordenação é feita principalmente pelo uso de planos, rotinas e protocolos desenhados por aqueles que ocupam o topo da escala hierárquica da organização. Na hierarquia, o meio para garantir a obediência é o uso do poder hierárquico efetivado pelos gestores.

Na governança em rede a coordenação é realizada por meio da interação entre gestores interdependentes em processos de negociação e tomada de decisão coletiva sobre a distribuição e conteúdo das tarefas. Os meios para realização da obediência nas redes são mais complexos que nos mercados e nas hierarquias, pois as redes dependem fortemente de adesão voluntária às normas sociais com base em confiança e reciprocidade. O conceito de governança de redes está associado ao de políticas de redes.

A experiência internacional do final do século XX mostrou que os governos tinham limites para a governança e que deveriam interagir com outros atores nos campos políticos em que operam. Isso levou a um reposicionamento entre governos e sociedades que na ciência social levou ao conceito de políticas de redes. Esse conceito conecta as políticas públicas com seus contextos estratégicos e institucionais: as redes de atores públicos e privados participando em certos campos políticos.

Esse conceito de políticas de redes é novo no sentido de que combina contribuições da ciência política que focam na análise de processos da ciência política e da teoria das organizações a respeito da distribuição de poder e interdependência e relações interorganizacionais (KICKERT; KLIJN e KOPPENJAN, 1997). As políticas de redes são encontradas nos mais diversos campos como agricultura, complexo militar, setor industrial, habitação e saúde. Podem ser definidas como os padrões de relações sociais, mais ou menos estáveis, entre atores interdependentes que tomam forma em torno de problemas ou programas políticos. Assim as políticas de redes configuram o contexto em que o processo político opera. Na construção teórica de políticas de redes as teorias interorganizacionais e os sistemas de políticas comunitárias são relevantes (KLIJN, 1999).

Em certo momento, propôs-se a teoria das organizações racionais como a teoria de Morgan (1986) que compara as organizações a máquinas em que se estabelecem padrões precisamente construídos de trabalho organizados hierarquicamente por meio de linhas de comando e comunicação. O enfoque das organizações racionais vê as organizações destituídas de relações com seu ambiente. A limitação desse enfoque manifesta-se na improbabilidade de uma política pública significativa resultar de um processo de escolha racional de um único ator. Diferentemente, o desenvolvimento e a implantação de políticas resultam, inevitavelmente, da interação de uma pluralidade de atores singulares portadores de interesses, metas e estratégias particulares (SCHARPF, 1978).

A teoria interorganizacional beneficiou-se das pesquisas da sociologia organizacional que mostraram crescente interesse no ambiente das organizações. Posteriormente, verificou-se que as organizações não operam singularmente, mas consistem de diferentes subsistemas que necessitam de coordenação entre eles. Ao contrário, respondem estrategicamente aos seus ambientes e buscam a coordenação entre e dentre seus diferentes subsistemas, de forma a adaptar suas necessidades aos seus ambientes (MINTZBERG, 1979).

A teoria interorganizacional define o ambiente como um conjunto de organizações que guarda relação com a organização formal. A análise organizacional foca-se nas relações entre organizações

que trocam recursos entre si e nos arranjos organizacionais que são constituídos para assegurar a coordenação entre elas. Os padrões de relações se criam e se desenvolvem para assegurar a coordenação entre elas (KLIJN, 1999).

Essa teoria admite diferentes enfoques. Em relação aos atores: as organizações como parte de uma rede de organizações; em relação às decisões: os resultados de negociações entre as organizações; em relação ao poder: a ausência de autoridade central; em relação às informações: informações constituem os recursos de poder dos diferentes atores; em relação aos valores: valores conflituosos (KLIJN, 1999).

Há dois aspectos centrais na teoria interorganizacional que são dependência e troca. Por isso, a análise interorganizacional envolve a verificação das relações entre as organizações e as condições que influenciam esses processos.

Diferentes padrões de interdependência convocam formas singulares de coordenação. Se a interdependência é de tipo compartilhado, em que cada parte faz sua contribuição à rede, a coordenação com base na padronização é mais apropriada. Se a relação de interdependência é de tipo sequencial, em que as unidades são dependentes dos *inputs* ou *outputs* das outras, a coordenação por planos é mais adequada. Se uma dependência mútua existe entre as unidades, em que os *outputs* de cada parte constituem *inputs* para as outras, o ideal é uma coordenação por ajuste mútuo.

As principais características das redes são a dependência, a variedade de atores e as metas e as relações (KLINJ, 1999).

As redes se desenvolvem e existem pela interdependência entre os atores e essa interdependência se dá porque os atores são dependentes uns dos outros e porque necessitam dos recursos dos outros para atingir seus objetivos.

As redes são constituídas por uma variedade de atores que têm seus próprios objetivos e estratégias. Nenhum ator dispõe de uma amplitude de poder para determinar ações estratégicas para os outros atores. Não há um ator central em cada rede, do que resultam inter-relações complexas e processos de barganha entre os atores. A interdependência entre os atores e as inter-relações que resultam entre eles criam padrões de relações.

Na área pública, desenvolveu-se, na segunda metade do século passado, o movimento da nova gestão pública que se caracterizou por: responsabilidades claras para a alta gestão, indicadores de desempenho, comportamentos orientados para resultados, desagregação das grandes burocracias, maior autonomia das unidades organizacionais, introdução da competição e de mecanismos de mercado e disciplina orçamentária (HOOD, 1991).

Contudo, muitos pesquisadores mostraram que há grandes diferenças entre a gestão pública e a gestão privada. Uma delas está nas características ambientais que, na gestão pública, conotam noções tais como democracia, política e estado legal. Outra é que a gestão pública não trata, apenas, de aumentar a eficiência e a efetividade. Os estados democráticos consideram três critérios

fundamentais que são democracia, eficiência e racionalidade. Esses critérios apresentam *trade-off* entre si.

Nas sociedades modernas um enfoque consequente de gestão pública tem de levar em consideração normas e valores que vão além dos critérios de efetividade e eficiência que dominaram o debate sobre a nova gestão pública e que incorpore a complexidade do ambiente governamental.

Nesse sentido, a gestão pública constitui a governança de redes complexas, constituídas por diferentes atores situados nos âmbitos nacional, estadual ou local, grupos políticos e sociais, grupos de interesses e de pressão, movimentos sociais e organizações públicas e privadas. A governança pública é a influência dos processos societários numa rede de muitos outros coatores de governança. Esses atores têm interesses diversos e, muitas vezes, conflitantes. O governo não é um ator dominante que pode impor unilateralmente seus desejos. Estruturas hierárquicas de centralismo impositivo e de ações de cima para baixo não funcionam numa rede. Os estilos de gestão e coordenação monocêntricos e monorracionais não se adequam às redes (KICKERT e KOPPENJAN, 1999).

Na perspectiva na nova gestão pública, o funcionamento interno das organizações constitui o foco central. A governança em redes requer uma percepção diferente de gestão pública mais ligada ao funcionamento externo do setor público e de sua legitimidade. A gestão em redes pode ser vista como a promoção de ajustes mútuos dos comportamentos de atores com objetivos diversos para enfrentar problemas dentro de um quadro de relações inter organizacionais. Há três fatores essenciais na gestão em redes: intervenção em determinado padrão de relações para reestruturar as relações em redes, construção de condições para a cooperação por meio da formação de consensos e solução conjunta de problemas (KICKERT e KOPPENJAN, 1999).

Os fatores que mais influenciam a gestão em redes são: o número de atores, a diversidade dentro da rede, a natureza da rede, os conflitos de interesse, o custo da gestão em redes, o contexto político e social, a liderança e as habilidades (KICKERT e KOPPENJAN, 1999).

A GOVERNANÇA DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

Estabelecidos os conceitos de governança e de governança em redes há que se explorar a singularidade da governança das redes de atenção à saúde. E, para isso, é necessário, primeiro, entender o que são as redes de atenção à saúde.

As Redes de Atenção à Saúde

O CONCEITO DE REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

As redes de atenção à saúde são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e inter-

dependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde – prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa, de forma humanizada e segura e com equidade –, com responsabilidades sanitária e econômica pela população adstrita e gerando valor para essa população (MENDES, 2011).

As redes de atenção à saúde apresentam algumas características: apresentam missão e objetivos comuns; operam de forma cooperativa e interdependente; intercambiam constantemente seus recursos; são estabelecidas sem hierarquia entre os pontos de atenção à saúde, organizando-se de forma poliárquica; implicam um contínuo de atenção nos níveis primário, secundário e terciário; convocam uma atenção integral com intervenções promocionais, preventivas, curativas, cuidadoras, reabilitadoras e paliativas; funcionam sob coordenação da atenção primária à saúde; prestam atenção oportuna, em tempos e lugares certos, de forma eficiente e ofertando serviços seguros e efetivos, em consonância com as evidências disponíveis; focam-se no ciclo completo de atenção a uma condição de saúde; têm responsabilidades sanitárias e econômicas inequívocas por sua população; e devem gerar valor para a sua população.

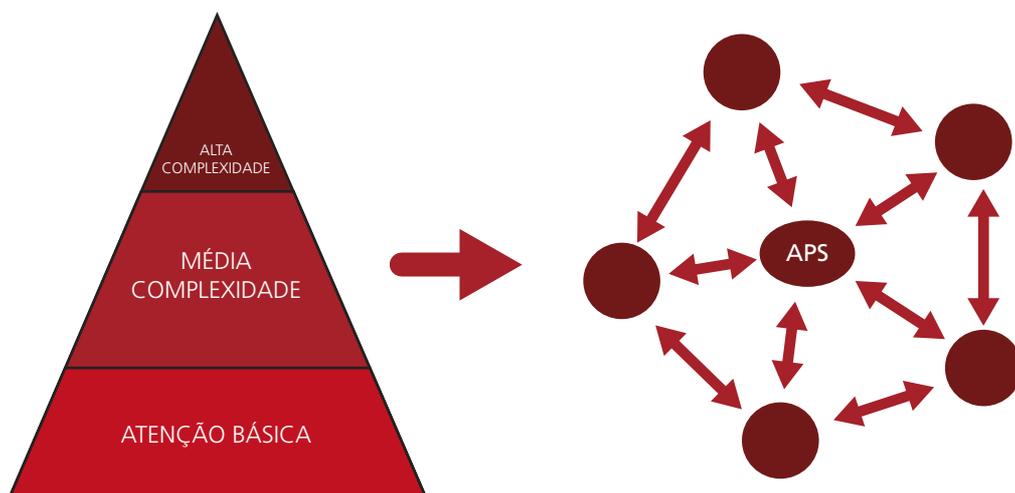
Os objetivos das redes de atenção à saúde, são melhorar a qualidade do cuidado, a qualidade de vida das pessoas usuárias, os resultados sanitários do sistema de atenção à saúde, a eficiência na utilização dos recursos e a equidade em saúde (ROSEN e HAM, 2008).

Nas redes de atenção à saúde, a concepção de hierarquia é substituída pela de poliarquia, conceito originário do campo da ciência política e desenvolvido por Dahl (1997), que constitui um sistema político característico das sociedades contemporâneas modernas e que se expressa na desconcentração de recursos de poder, na tomada das decisões por livre negociação de uma pluralidade de atores sociais, ao mesmo tempo autônomos e concorrentes, ligados por pactos estabelecidos por regras do jogo social e político.

Nas redes de atenção à saúde o sistema organiza-se sob a forma de uma rede horizontal de atenção à saúde em que não há uma hierarquia entre os diferentes pontos de atenção à saúde, a atenção primária à saúde, os sistemas de apoio e os sistemas logísticos, mas a conformação de uma rede horizontal de pontos de atenção de distintas densidades tecnológicas, sem ordem e sem grau de importância entre eles. Assim, todos os componentes das redes de atenção à saúde são igualmente importantes para que se cumpram os objetivos dessas redes; apenas se diferenciam pelas respectivas densidades tecnológicas que os caracterizam.

A concepção vigente na normativa do SUS é a de um sistema hierárquico, de tipo piramidal, formatado segundo as densidades relativas de cada nível de atenção em atenção básica, atenção de média complexidade e atenção de alta complexidade. Essa concepção hierárquica e piramidal deve ser substituída por outra, a das redes poliárquicas de atenção à saúde, em que, respeitando-se as diferenças nas densidades tecnológicas, rompem-se as relações verticalizadas, conformando-se redes policêntricas horizontais. Contudo, as redes de atenção à saúde apresentam uma singularidade: seu centro de comunicação situa-se na atenção primária à saúde. É o que se vê na Figura 1.

Figura 1: A mudança dos sistemas piramidais e hierárquicos para as Redes de Atenção à Saúde



FONTE: MENDES (2011)

A estruturação das redes de atenção à saúde permite gerar valor para as pessoas usuárias adstritas a estas redes e o valor da atenção à saúde expressa-se na relação entre os resultados econômicos, clínicos e humanísticos e os recursos utilizados no cuidado da saúde (PORTER e TEISBERG, 2007).

Há evidências, obtidas em vários países, de que as redes de atenção à saúde melhoram os resultados clínicos, sanitários e econômicos dos sistemas de atenção à saúde (GILBODY *et al.*, 2003; KATON *et al.*, 2004; SMITH *et al.*, 2004; SINGH, 2005; NUÑO, 2008).

No Brasil, a concepção de redes de atenção à saúde vem sendo discutida há algum tempo, mas foi incorporada oficialmente ao SUS, por dois instrumentos jurídicos. A Portaria n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece as diretrizes para a organização das redes de atenção à saúde no âmbito do SUS, e o Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei n. 8.080/1990.

O Ministério da Saúde define as redes de atenção à saúde como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010). No Decreto Presidencial, explicita-se que a integralidade da assistência à saúde se inicia e se completa na rede de atenção à saúde a ser constituída nas regiões de saúde (BRASIL, 2011).

OS ELEMENTOS CONSTITUTIVOS DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

As redes de atenção à saúde constituem-se de três elementos fundamentais: a população, os modelos de atenção e a estrutura operacional (MENDES, 2011).

O primeiro elemento das redes de atenção à saúde e sua razão de ser é uma população colocada sob sua responsabilidade sanitária e econômica. As redes de atenção à saúde nos sistemas privados ou públicos organizados pela competição gerenciada podem prescindir dos territórios sanitários. Mas não há possibilidades de as redes de atenção à saúde, públicas ou privadas, serem implantadas sem uma população adstrita. Assim, as redes de atenção à saúde, nos sistemas públicos como o SUS, exigem a construção social de territórios/população.

A população de responsabilidade das redes de atenção à saúde vive em territórios sanitários singulares, organiza-se socialmente em famílias e é cadastrada e registrada em subpopulações por riscos socio sanitários. Assim, a população total de responsabilidade de uma rede de atenção à saúde deve ser totalmente conhecida e registrada em sistemas de informação potentes. Não basta, contudo, o conhecimento da população total: ela deve ser segmentada, subdividida em subpopulações por fatores de riscos e estratificada por riscos em relação às condições de saúde estabelecidas.

Na concepção de redes de atenção à saúde, cabe à atenção primária à saúde a responsabilidade de articular-se, intimamente, com a população, o que implica não ser possível falar-se de uma função coordenadora das redes de atenção à saúde ou em gestão da saúde da população se não se der, nesse nível micro do sistema, todo o processo de conhecimento e relacionamento próximo da equipe de saúde com a população adstrita, estratificada em subpopulações e organizada em grupos familiares que habitam territórios de vida.

O segundo elemento constitutivo das redes de atenção à saúde são os modelos de atenção à saúde. Os modelos de atenção à saúde são sistemas lógicos que organizam o funcionamento das redes de atenção à saúde, articulando, de forma singular, as relações entre os componentes da rede e as intervenções sanitárias, definidos em função da visão prevaiente da saúde, das situações demográfica e epidemiológica e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade (MENDES, 2011).

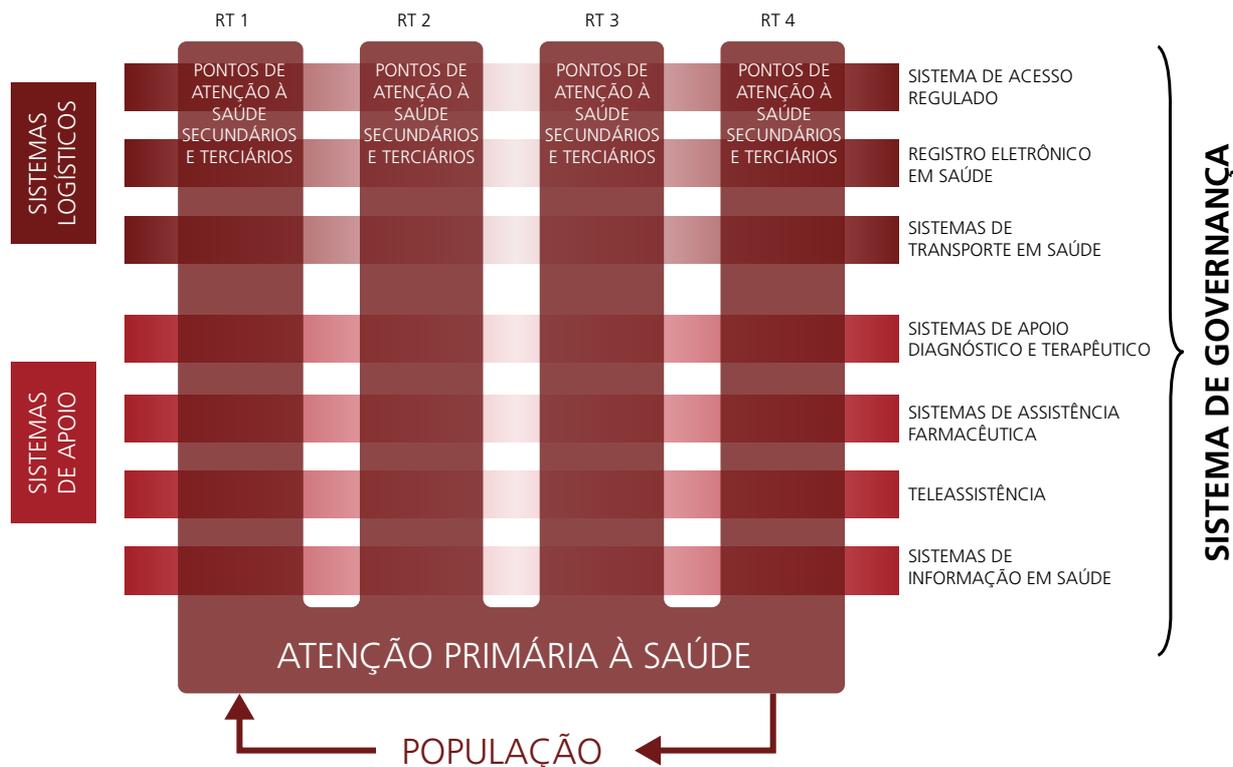
Os modelos de atenção à saúde são diferenciados por modelos de atenção aos eventos agudos e modelos de atenção às condições crônicas. Os modelos de atenção aos eventos agudos prestam-se à organização das respostas dos sistemas de atenção à saúde às condições agudas, às agudizações das condições crônicas e aos sintomas gerais e inespecíficos que se manifestam agudamente. Os modelos de atenção às condições crônicas utilizam-se para a estruturação de respostas às condições crônicas não agudizadas. É preciso dizer que o conceito de condição crônica não é igual à doença crônica, porque são consideradas condições crônicas todas aquelas que exigem uma resposta proativa, contínua e integrada por parte do sistema de atenção à saúde. Nesse sentido, todas as doenças crônicas são condições crônicas, mas há muitas outras condições que, também, são abarcadas por esse conceito.

O terceiro elemento constitutivo das redes de atenção à saúde é a estrutura operacional constituída pelos nós das redes e pelas ligações materiais e imateriais que comunicam esses diferentes

nós. Em uma rede, conforme entende Castells (2000), o espaço dos fluxos está constituído por alguns lugares intercambiadores que desempenham o papel coordenador para a perfeita interação de todos os elementos integrados na rede e que são os centros de comunicação e por outros lugares onde se localizam funções estrategicamente importantes que constroem uma série de atividades em torno da função-chave da rede e que são os seus nós.

A estrutura operacional das redes de atenção à saúde compõe-se de cinco componentes: o centro de comunicação, a atenção primária à saúde; os pontos de atenção à saúde secundários e terciários; os sistemas de apoio (sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico, sistemas de assistência farmacêutica, sistemas de tele-assistência e sistemas de informação em saúde); os sistemas logísticos (registro eletrônico em saúde, sistemas de acesso regulado à atenção e sistemas de transporte em saúde); e o sistema de governança. Os três primeiros correspondem aos nós das redes e, o quarto, às ligações que comunicam os diferentes nós. É o que se observa na Figura 2.

Figura 2: A estrutura operacional das Redes de Atenção à Saúde



RT: REDE TEMÁTICA 1, 2, 3...N.
 FONTE: MENDES (2011)

A observação detalhada da Figura 2 mostra uma opção pela construção de redes temáticas de atenção à saúde, como as redes de atenção às mulheres e às crianças, as redes de atenção às

doenças cardiovasculares, às doenças renais crônicas e ao diabetes, as redes de atenção às doenças respiratórias, as redes de atenção às urgências e emergências e outras.

As redes de atenção à saúde estruturam-se para enfrentar uma condição de saúde específica ou grupos homogêneos de condições de saúde, por meio de um ciclo completo de atendimento. Só se gera valor para a população se estruturam respostas sociais integradas, relativas a um ciclo completo de atenção. Como afirmam Porter e Teisberg (2007), o valor na assistência à saúde é determinado considerando-se a condição de saúde do paciente durante todo ciclo de atendimento, desde o monitoramento e a prevenção, passando pelo tratamento e estendendo-se até o gerenciamento da doença instalada.

Contudo, essa proposta de redes de atenção temáticas nada tem a ver com a concepção dos programas verticais. Os programas verticais são aqueles sistemas de atenção à saúde dirigidos, supervisionados e executados, exclusivamente, por meio de recursos especializados (MILLS, 1983). Por exemplo, um programa vertical de tuberculose pode ter um dispensário de tuberculose, um sanatório de tuberculose, um laboratório para exames de tuberculose, como ocorreu, no passado, na saúde pública brasileira. Ao contrário, os programas horizontais são aqueles que se estruturam para resolver vários problemas de saúde comuns, estabelecendo visão e objetivos únicos e usando tecnologias e recursos compartilhados para atingir os seus objetivos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1996). Há estudos que mostram que os programas verticais parecem ter benefícios como a clareza dos objetivos, mas que isso só ocorre no curto prazo e, especialmente em situações de sistemas de atenção à saúde muito pouco desenvolvidos (CRUZ *et al.*, 2003). Os programas verticais, por outro lado, fragilizam os sistemas de atenção à saúde, desperdiçam recursos escassos e apresentam problemas de sustentabilidade (ATUN, 2004).

Por isso, recentemente, vem se consolidando, na saúde pública, posicionamento favorável à superação da dicotomia entre programas verticais e horizontais, estendendo essa metáfora geométrica para os programas diagonais, em que se combinam os objetivos singulares de determinadas condições de saúde com uma estrutura operacional que organize, transversalmente, os sistemas de apoio, os sistemas logísticos, o sistema de governança e a atenção primária à saúde (FRENK, 2006; OOMS *et al.*, 2008). A forma mais adequada de se organizarem, diagonalmente, os sistemas de atenção à saúde, parece ser por meio das redes de atenção à saúde.

A organização diagonal dos sistemas de atenção à saúde pelas redes de atenção à saúde manifesta-se, em uma parte temática restrita, exclusivamente, nos pontos de atenção secundários e terciários. Isso se impõe em razão da divisão técnica do trabalho que exige, nesses pontos, a especialização. Todos os demais componentes das redes de atenção à saúde, como se vê na Figura 2, a atenção primária à saúde, os sistemas de apoio, os sistemas logísticos e o sistema de governança são transversais a todas as redes temáticas, sendo, portanto, comuns a todas elas.

A GOVERNANÇA DE REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE E A MUDANÇA DO MODELO DE GESTÃO DOS SISTEMAS DE ATENÇÃO À SAÚDE: A GESTÃO DA SAÚDE DA POPULAÇÃO

Uma mudança fundamental para a implantação da governança de redes de atenção à saúde é a mudança do modelo de gestão atualmente hegemônico, tanto no Brasil quanto internacionalmente.

O modelo de gestão é um marco de referência para a administração de uma organização com a finalidade de desenvolver políticas e ações que levem aos resultados desejados. Assim, em organizações públicas como o SUS, os modelos de gestão devem levar, necessariamente, à geração de valor para seus beneficiários, em termos econômicos, sanitários e de equidade.

Um problema que dificulta a implantação da governança de redes de atenção à saúde é o modelo de gestão praticado: o modelo de gestão da oferta. E há uma percepção que esse modelo exauriu-se internacionalmente convocando sua substituição pelo modelo da gestão da saúde da população, tal como manifestado por Porter e Teisberg (2007) quando dizem que a revolução nos sistemas de atenção à saúde só será possível quando o cerne da discussão se deslocar dos prestadores de serviços para o valor gerado para as pessoas usuárias desses sistemas.

O modelo de gestão da oferta é incompatível com a geração de valor para as pessoas usuárias porque tem seu foco na oferta de serviços e não nas necessidades da população usuária. Isso decorre do fato de que o modelo da gestão de oferta tem uma preocupação fundamental na organização dos serviços de saúde, com foco nas instituições prestadoras e não nas pessoas usuárias. Esse modelo opera com indivíduos não estratificados por riscos. Além disso, é estruturado por parâmetros de oferta, construídos, em geral, por séries históricas que refletem os mecanismos políticos de conformação dos padrões de capacidade instalada ao longo do tempo.

O modelo da gestão da oferta não tem ligação com as reais necessidades das pessoas usuárias e leva a uma espiral de crescimento da oferta porque desconsidera a mudança do modelo de atenção à saúde e a importância dos mecanismos de racionalização da demanda. Isso leva à ineficiência do sistema de atenção à saúde.

Um problema do modelo da gestão da oferta é o critério populacional. Nesse modelo a população é um somatório de indivíduos e é normalmente definida pelas projeções demográficas do IBGE. Além disso, essa população é artificialmente homogeneizada, o que significa desconhecer as diferenças entre subpopulações nos campos dos riscos sanitários e do acesso aos serviços de saúde. Portanto, na prática social, não são estratificados os riscos sanitários, nem estabelecidas as desigualdades no acesso aos serviços.

O modelo da gestão da oferta opera com uma população que é uma soma de indivíduos, não cria vínculos e responsabilidades entre profissionais de saúde e pessoas usuárias, não envolve intervenções sobre determinantes sociais da saúde, não estabelece registros potentes das pessoas usuárias e não estabelece parcerias entre profissionais de saúde e pessoas usuárias.

Outro problema é que esse modelo de gestão opera por meio de parâmetros de oferta, constituídos por valores médios estabelecidos com base em séries históricas e sem discriminar os diferentes estratos de risco e os acessos diferenciados entre grupos de pessoas usuárias. Os parâmetros de oferta, muitas vezes, expressam-se em número de atividades por população ou habitantes e não guardam relação com as reais necessidades das pessoas usuárias. Em sua construção, parte-se de um raciocínio equivocados: a oferta de serviços deve ser assim hoje porque foi assim no passado; e deverá ser assim no futuro porque é assim no presente. Essa lógica equivocada de construção dos parâmetros de oferta assenta-se em percursos históricos singulares, muitas vezes estruturados por razões culturais, pelo poder político concentrado em determinados prestadores de serviços e/ou por representações de interesses da indústria da saúde. De outra parte, os parâmetros são acolhidos na premissa do *ceteris paribus*, ou seja, mantidas inalteradas todas as outras coisas, especialmente os modelos de gestão e de atenção à saúde.

Como parâmetros de oferta, utilizados internacional e nacionalmente, podem ser citados: número de leitos por mil pessoas, número de médicos por mil pessoas, número de enfermeiros por mil pessoas, número de odontólogos por mil pessoas, número de exames de patologia clínica por pessoa, número de consultas médicas de atenção primária à saúde por pessoa, número de consultas médicas de especialistas por pessoa, número de consultas de enfermagem por pessoa, número de consultas odontológicas por pessoa e outros tantos.

Como exemplo paradigmático de parâmetro de oferta tem-se o número de médicos por mil habitantes, no que cabe a pergunta: que validade tem esse parâmetro para orientar a definição de políticas de saúde? Os parâmetros de médicos por mil habitantes indicam que a Grécia tem mais que o dobro de médicos por mil habitantes que o Reino Unido e quase o dobro que os Estados Unidos da América (EUA) (OECD, 2014). É difícil associar esses números com os resultados sanitários e econômicos dos sistemas de atenção à saúde, alcançados por esses diferentes países. Nos EUA, a Kaiser Permanente, uma operadora de planos de saúde que cobre aproximadamente 10 milhões de pessoas, opera com uma relação de 1,8 médico por mil beneficiários, valor bem inferior à média daquele país de 3,4 e muito próximo do valor prevalecente, hoje, no Brasil (KAISER PERMANENTE, 2013; OECD, 2014). Não obstante apresentar um valor próximo à metade da média nacional, a Kaiser Permanente apresenta resultados sanitários e econômicos muito melhores em relação às médias nacionais das operadoras privadas nos EUA (HAM *et al.*, 2003; PORTER, 2007).

Com relação ao acesso, o modelo de gestão da oferta, além de desconsiderar as desigualdades no acesso, dificulta o balanceamento da demanda e da oferta porque pressupõe, erroneamente, que esse desequilíbrio é determinado pela escassez de oferta, o que leva a desconsiderar as ações imprescindíveis de racionalização da demanda. É certo que há problemas de restrições do lado da oferta, mas, também, sempre há problemas de excesso de demanda que podem ser racionalizados por diferentes estratégias.

O modelo de gestão da oferta é construído na lógica dos interesses dos prestadores de serviços e não das necessidades da população. O esgotamento desse modelo convoca outro modelo de gestão, denominado de gestão da saúde da população. Esse novo modelo estrutura-se com base no conceito de saúde da população.

A Organização Mundial da Saúde expressa o conceito de saúde da população como um enfoque que conscientemente adota as perspectivas de indivíduos, famílias e comunidades e que os vê, ao mesmo tempo, como participantes e beneficiários de sistemas de saúde que respondem às suas necessidades e preferências de maneira humana e holística (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015).

As populações podem ser expressas por regiões geográficas, como nações ou comunidades, mas podem ser outros grupos como empregados de empresas ou categorias profissionais, grupos étnicos, pessoas com deficiência, pessoas pertencentes a movimentos sociais, beneficiários de uma empresa de saúde etc. Tais populações são de relevância para formuladores de políticas e podem ser divididas em populações definidas geograficamente e populações discretas de abrangência de um sistema de atenção à saúde. As populações discretas são grupos de indivíduos que recebem cuidados de uma organização de atenção à saúde às quais estão filiadas, independentemente de sua localização geográfica; é o caso mais comum de populações vinculadas a sistemas privados de atenção à saúde. As populações definidas geograficamente são populações inclusivas por seu pertencimento a um espaço geográfico determinado como estado, município, região etc. São mais comumente usadas em sistemas públicos de atenção à saúde e estão ligadas, nestes sistemas, à ideia da regionalização da atenção à saúde (LEWIS, 2014).

O conceito de saúde da população implica algumas características: a população é mais que a soma dos indivíduos que a compõem; tem como um dos focos a redução das desigualdades; considera os determinantes sociais da saúde; reconhece a responsabilidade pelo alcance de resultados sanitários; utiliza o enfoque epidemiológico na gestão da saúde, o que inclui medir estruturas, processos e resultados, compreender como se relacionam e estabelecer prioridades em consonância com as necessidades da população; e supõe a estratificação da população por subpopulações de riscos (STOTO, 2013).

A aplicação do conceito de saúde da população gerou o modelo da gestão da saúde da população. Esse conceito tem sido utilizado crescentemente nos EUA e Lewis (2014) o associa ao desenvolvimento do modelo de atenção crônica de Wagner (1998). A Organização Mundial da Saúde utiliza esse conceito articulado com os sistemas integrados ou redes de serviços de saúde.

O modelo da gestão da saúde da população move um sistema estruturado por indivíduos que buscam atenção para um sistema que se responsabiliza, sanitária e economicamente, por uma população determinada a ele vinculada, sendo fundamental conhecer essa população, captar suas necessidades reais e discriminá-la segundo critérios de riscos e de acesso (DUBOIS *et al.*, 2008).

A gestão da saúde da população tem este nome porque se faz sobre necessidades de uma população adstrita a um sistema de atenção à saúde. Essa população é determinada, e não uma

população geral, que guarda, com o sistema de atenção à saúde, uma relação de vínculo permanente e personalizado. Na perspectiva das redes de atenção à saúde, o seu elemento fundante e sua razão de ser são essas populações determinadas, postas sob suas responsabilidades sanitárias. As populações dessas redes têm um espaço de vinculação qualificado que é a atenção primária à saúde. Nesse sentido, a população de responsabilidade das redes de atenção à saúde não é a população dos censos demográficos, nem a população geral que tem direito ao SUS, mas a população cadastrada e vinculada a uma equipe de cuidados primários. Essa população vive em territórios sanitários singulares, organiza-se socialmente em famílias e é cadastrada e registrada em subpopulações por riscos sociais e sanitários (MENDES, 2011). O conhecimento profundo da população usuária de um sistema de atenção à saúde é o elemento básico que torna possível romper com a gestão da oferta e instituir a gestão da saúde da população, elemento essencial das redes de atenção à saúde.

A gestão da saúde da população é a habilidade de um sistema em estabelecer as necessidades de saúde de uma população específica, segundo os riscos, de implementar e monitorar as intervenções sanitárias relativas a essa população e de prover o cuidado para as pessoas no contexto de sua cultura e de suas necessidades e preferências (TUFTS MANAGED CARE INSTITUTE, 2000).

Esse modelo envolve várias dimensões: definir uma população de responsabilidade sanitária e econômica; estabelecer um registro dessa população e de suas subpopulações; ter um centro de comunicação na atenção primária à saúde; conhecer profundamente essa população nos seus riscos sociais e sanitários; integrar em redes as ações dos diferentes pontos de atenção à saúde; operar um modelo de gestão que inclua os elementos do conceito de saúde da população como ações sobre os determinantes intermediários e proximais da saúde e sobre os determinantes biopsicológicos individuais; desenvolver e aplicar parâmetros de necessidades com base em evidências científicas; dividir a população em subpopulações segundo estratos de risco; estabelecer metas de melhoria dos indicadores sanitários e econômicos; definir estratégias para impactar a segurança, os custos e os resultados clínicos; buscar a redução das desigualdades; monitorar os processos e os resultados em termos de qualidade, eficiência e efetividade; implantar sistemas efetivos de informações em saúde; operar com equipes multiprofissionais trabalhando de forma interdisciplinar na elaboração, execução e monitoramento de planos de cuidados; e estabelecer parcerias entre profissionais de saúde e pessoas usuárias no cuidado (McALEARNEY, 2002; LEWIS, 2014).

A gestão da saúde da população exige a utilização de parâmetros assistenciais com ela coerentes. Por isso, é necessário superar os parâmetros de oferta e instituir parâmetros construídos a partir das necessidades reais das pessoas usuárias e das populações e subpopulações adstritas às redes de atenção à saúde. É fundamental que esses parâmetros sejam construídos com base em evidências científicas. Abaixo podem ser verificadas as diferenças entre o modelo de gestão da oferta e de gestão da saúde da população.

Quadro 1. Diferenças entre o modelo de gestão da oferta e o modelo de gestão da saúde da população

Modelo de gestão da oferta	Modelo de gestão da saúde da população
Tem foco nos prestadores de serviços.	Tem foco na população adstrita a uma rede de atenção à saúde.
Opera com indivíduos não estratificados por risco.	Opera com a população vinculada a uma rede de atenção à saúde estratificada por risco.
É estruturado para responder a demandas de indivíduos isoladamente.	É estruturado para responsabilizar-se, sanitária e economicamente, por uma população determinada, vinculada à atenção primária à saúde.
Opera com parâmetros construídos por meio de séries históricas.	Opera com parâmetros construídos a partir das necessidades da população.
Os parâmetros são construídos com a premissa da manutenção dos modelos de atenção e de gestão convencionais.	Os parâmetros são construídos com a premissa da incorporação de modelos de atenção e de gestão inovadores.
Não incorpora os determinantes sociais da saúde.	Incorpora os determinantes sociais da saúde.
Enfrenta o desequilíbrio entre oferta e demanda dos serviços com um viés de aumento da oferta, gerando ineficiência.	Enfrenta o desequilíbrio entre oferta e demanda dos serviços buscando racionalizar a demanda, racionalizar a oferta e, se necessário, aumentar a oferta, gerando eficiência.

FONTE: MENDES (2012)

O CONCEITO DE GOVERNANÇA DE REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

A governança de redes de atenção à saúde é o arranjo organizativo uni ou pluri-institucional que permite a gestão de todos os componentes dessas redes, de forma a gerar excedente cooperativo entre os atores sociais em situação, a aumentar a interdependência entre eles e a obter bons resultados sanitários e econômicos para a população adstrita (MENDES, 2011).

Esse conceito coloca como ponto central da governança das redes de atenção à saúde, em um ambiente decisório poliárquico, o incremento da interdependência entre todos os atores em situação para gerar excedente cooperativo que irá produzir os resultados econômicos e sanitários. É importante entender esse conceito e essa dinâmica virtuosa da governança em redes para não cair na tentação de substituir os mecanismos de decisão colegiada interfederativa, vigentes no SUS, por propostas de organização de uma estrutura de governança hierárquica nas regiões de saúde. Isso reflete um desconhecimento sobre o funcionamento em redes e isso poderá ser um desastre se for operacionalizado.

A governança de redes de atenção à saúde é diferente da gerência dos pontos de atenção à saúde, dos sistemas de apoio e dos sistemas logísticos (gerência hospitalar, gerência dos ambulatórios especializados, gerência das unidades de atenção primária à saúde, gerência do laboratório de

patologia clínica, gerência da assistência farmacêutica, gerência do transporte em saúde etc.), já que cuida de governar as relações entre a atenção primária à saúde, os pontos de atenção secundária e terciária, os sistemas de apoio e os sistemas logísticos, de modo a articulá-los em função da missão, da visão e dos objetivos comuns das redes. A governança é um sistema transversal a todas as redes temáticas de atenção à saúde.

OS OBJETIVOS DA GOVERNANÇA DE REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

Os objetivos da governança de redes de atenção à saúde são garantir o cumprimento dos pactos e acordos entre os atores, o aumento da interdependência entre eles, o manejo dos conflitos de interesse, o direcionamento da ação segundo os princípios da transparência e prestação de contas, a progressiva estabilização da rede baseada em resultados dos pactos consensados entre os atores, o respeito às regras do jogo e os resultados da rede (FRANCESCA *et al.*, 2012).

OS PRINCÍPIOS E AS CARACTERÍSTICAS DA BOA GOVERNANÇA DE REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

Os princípios da boa governança de redes de atenção são os seguintes: o princípio da prestação de contas que implica a supervisão da atuação dos atores da rede; o princípio da transparência que incrementa a legitimidade do processo de tomada de decisão e que permite concretizar o princípio da prestação de contas; o princípio da participação segundo o qual os atores devem incorporar-se ao processo de tomada de decisões estratégicas de acordo com as regras do jogo estabelecidas; o princípio da eficácia necessário para alcançar os objetivos das redes de atenção à saúde; e o princípio da coerência segundo o qual os objetivos e ações das redes de atenção à saúde devem estar baseados na visão e estar coordenados entre si (FRANCESCA *et al.*, 2012).

A boa governança das redes de atenção à saúde implica a existência das seguintes características: conhecimento das necessidades da população adstrita, cooperação e consenso como pauta de interação entre atores, visão conjunta e valores compartilhados e liderança efetiva (FRANCESCA *et al.*, 2012).

A população adstrita a uma rede de atenção à saúde é a população que vive em um território sanitário e que está cadastrada em uma unidade de atenção primária à saúde. É fundamental conhecer as necessidades dessa população e de suas subpopulações por estratos de riscos. Para isso, é necessário mudar o sentido da gestão que deixa de ser uma gestão de oferta para ser uma gestão de base populacional. A partir das necessidades concretas da população é que se definem parâmetros epidemiológicos para o planejamento, o monitoramento e a avaliação das ações e serviços das redes de atenção à saúde.

Uma boa governança de redes de atenção à saúde convoca a cooperação, a coordenação e a corresponsabilização entre os atores que a integram, de tal forma que as relações internas estejam

baseadas em negociações entre iguais, no consenso e na confiança e não em diretrizes verticais e em agendas ocultas. Por outro lado, devem vincular-se às redes de atenção à saúde atores de naturezas diversas que aportem recursos e competências importantes para o conjunto, gerando excedente cooperativo e desempenho melhor de todos os atores. Isso implica um processo de aprendizagem mútua dos diferentes atores em redes, fazendo-os entender os benefícios que derivam da participação sinérgica de todos e aceitando que os princípios da cooperação superam os da competição e do benefício individual. Para que a cooperação floresça, é necessário estabelecer um marco de confiança entre os atores por meio de vínculos jurídicos da relação como contratos, convênios ou acordos e estabelecer a transparência por meio de sistemas de informação compartilhados. Outra forma de gerar confiança entre os atores é por meio da utilização de técnicas de negociação e de solução de conflitos e de construção de consensos.

O êxito da governança das redes de atenção à saúde depende da criação de uma identidade grupal entre os atores estratégicos, o que significa o compartilhamento da visão e dos valores das redes. O compartilhamento dos valores significa que eles são utilizados correntemente como referência das ações e como guias de conduta. Alguns mecanismos podem ser utilizados nas redes de atenção à saúde como a socialização em atividades comuns, a criação de espaços participativos no trabalho e o desenvolvimento de comitês de avaliação entre pares.

Uma liderança efetiva constitui uma característica indispensável para a governança das redes de atenção à saúde, já que são os líderes que legitimam as redes. Essas lideranças contribuem para a governança das redes nos seguintes elementos: proporcionam rumo, impulso ou direção às estruturas de governança; mantêm um sistema de comunicações interno e externo; atuam como agentes simplificadores reduzindo a complexidade por sua capacidade de tratar problemas e conflitos de forma que sejam assimilados pelos outros atores; constituem referências simbólicas para os membros das redes personalizando identidades coletivas e gerenciando conflitos; e conseguem o compromisso de gestores e profissionais das diferentes organizações com as diretrizes das redes de atenção à saúde.

OS MODELOS DE GOVERNANÇA DE REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

Francesc *et al.* (2012) identificam diferentes modelos de governança que podem ser adotados pelas redes de atenção à saúde: o modelo burocrático, o modelo gerencialista, o modelo estratégico e os modelos mistos.

O modelo burocrático

O modelo burocrático propõe que os processos de tomada de decisões, o controle interno e a interação dos atores que compõem as redes de atenção à saúde devem ser guiados por regras do jogo baseadas na racionalidade e na rigidez das normas e procedimentos. Nesse modelo, estabelece-se uma hierarquia definida desde a autoridade formal que tende ao estabelecimento de uma governança cen-

tralizadora. Esse modelo apresenta como vantagens a focalização num conjunto de resultados previstos e desejados, mas, por outro lado, por sua rigidez, tem pouca flexibilidade para lidar com a complexidade dos entornos das redes de atenção à saúde e para adaptar-se às singularidades de diferentes territórios. Ele se ajusta mais a cenários estáveis e ao alcance de objetivos por meio do cumprimento da norma.

O modelo gerencialista

O modelo gerencialista, derivado do movimento da nova gestão pública, critica as debilidades do modelo burocrático e propõe uma forma de gestão pública com foco na eficácia e na eficiência do processo de tomada de decisão baseada na flexibilidade e no critério profissional. Esse modelo caracteriza-se por se estruturar na busca de resultados, por ser flexível e adaptável a diferentes entornos, por descentralizar as decisões e pela profissionalização dos quadros gerenciais. Esse modelo apresenta como vantagens sua flexibilidade em face de entornos complexos e mutáveis, a descentralização das decisões e responde às redes de atenção à saúde orientadas por resultados e pela melhoria contínua dos processos. Sua desvantagem está em que pode gerar assimetrias de poder no ente de governança.

O modelo estratégico

No modelo estratégico de governança o processo de tomada de decisão é realizado com base nas necessidades e nas expectativas dos atores estratégicos, analisando ameaças e oportunidades externas para definir os objetivos a serem alcançados. Esse modelo caracteriza-se por uma tendência à descentralização. As suas vantagens estão em sua capacidade de adaptação a entornos complexos que são inerentes às redes de atenção à saúde. As suas desvantagens estão na possibilidade de perda de hierarquia no ente de governança e na fragilidade do controle interno devido ao mecanismo de descentralização decisória.

Os modelos mistos

Em função das incertezas e complexidades que caracterizam as redes de atenção à saúde, podem-se utilizar modelos mistos que se construam de forma a maximizar as vantagens e reduzir as desvantagens de cada qual. Desse modo, poder-se-ia utilizar o modelo burocrático em decisões relativas a procedimentos totalmente regulamentados, o modelo gerencialista em decisões relacionadas com os processos-chave na área assistencial e o modelo estratégico para as decisões relativas ao planejamento das redes de atenção à saúde.

OS COMPONENTES DA GOVERNANÇA DE REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

A governança das redes de atenção à saúde estrutura-se em vários componentes: atores estratégicos e recursos de poder, regras do jogo e âmbitos de responsabilidade (FRANCESCO *et al.*, 2012).

Os atores estratégicos e recursos de poder

Os atores estratégicos são os indivíduos ou os grupos com recursos de poder suficientes para influir no funcionamento das regras ou procedimentos de tomada de decisões e de solução de conflitos coletivos. Os recursos de poder que possuem os atores estratégicos provêm do exercício do controle de cargos ou funções públicas, do controle de fatores de produção, do controle da informação, da autoridade moral e da possibilidade de converterem-se em grupos de pressão. Os recursos de poder podem ser implícitos ou explícitos ou manifestarem-se com diferentes intensidades.

A ferramenta que se usa para conhecer os atores estratégicos é o mapa de atores que permite identificar os atores-chave da governança, seus interesses e sua importância e influência dentro da rede de organizações.

Em geral, há uma assimetria de poder entre os atores sociais. Na prática social, os processos de tomada de decisões se caracterizam por diferentes níveis de assimetria de poder entre os atores (FLORES e GOMEZ-SANCHEZ, 2010). A importância relativa dos atores manifesta-se em sua capacidade de influir nos processos de tomada de decisão da rede de atenção à saúde, de mudar as regras do jogo, de mobilizar recursos e de interagir com os demais atores no plano estratégico. Essas capacidades decorrem do controle de cargos e de informações, da autoridade moral e da possibilidade de converter-se em grupo de pressão (PRATS, 2001). Os principais atores estratégicos das redes de atenção à saúde são os gestores públicos de diversos âmbitos, os prestadores de serviços públicos e privados, as instituições corporativas, as autoridades sanitárias, os representantes da sociedade civil organizada e os movimentos sociais.

As regras do jogo

As regras do jogo referem-se a regulamentos, leis e outros procedimentos que regulam a forma em que se fazem os debates, se alcançam os acordos e se dirimem os conflitos nos espaços públicos de decisão. As regras do jogo incluem procedimentos formais e informais (FLORES e GOMEZ-SANCHEZ, 2010). As regras do jogo formais que regem o funcionamento da governança de redes de atenção à saúde e o comportamento de seus atores estratégicos dependerão do desenho institucional estabelecido para a conformação dessas redes. Isso pode envolver várias formas como acordos de colaboração entre os atores, alianças estratégicas, até a fusão completa das organizações que compõem a rede de atenção à saúde.

O desenho institucional é entendido pelo modo como os grandes blocos estruturais das redes de atenção à saúde – autoridade, responsabilidade, informação e incentivos –, são considerados num arranjo organizacional (LEAT *et al.*, 2000).

O desenho institucional pode ser feito de várias formas, desde um contínuo que vai da integração vertical de diferentes organizações, conformando um único ente gestor, até uma estrutura virtual instituída por alianças estratégicas entre diferentes organizações que se associam para gerir as redes

de atenção à saúde. O que vai definir esse desenho mais macro é a natureza da propriedade das redes de atenção à saúde. Se for propriedade de uma única organização, totalmente integrada verticalmente, como a Kaiser Permanente nos EUA, a governança será única; se for constituída por diferentes entes institucionais, como no SUS, que articula, como gestores, redes compostas por organizações públicas federais, estaduais e municipais e, como prestadores de serviços, organizações públicas, privadas lucrativas e não lucrativas, a governança será multi-institucional, constituída, portanto, por meio de acordo ou aliança estratégica.

Há outros fatores que influenciam o desenho institucional: o ambiente regulatório, os interesses e as expectativas dos diferentes atores sociais, a capacidade de cooperação, o grau de integração gerencial e clínica, a valorização da promoção da saúde e da prevenção das condições de saúde, a prestação de contas e a responsabilização (*accountability*) e a adaptabilidade a diferentes situações.

O desenho institucional deve ser feito de forma a facilitar um processo-chave nas redes de atenção à saúde que é a coordenação das ações gerenciais e assistenciais. Vai se conformando uma ideia de que a coordenação se faz melhor em sistemas de governança de redes de atenção à saúde que favorecem a comunicação entre profissionais que intervêm em processos assistenciais comuns, que operam com sistemas de informação integrados verticalmente e que adotam, rotineiramente, a organização matricial (LONGEST e YOUNG, 2000).

A cultura organizacional é outro fator que influi no desenho institucional da governança de redes de atenção à saúde. De um lado, porque a implantação de objetivos e estratégias dessas redes requer que seus membros aceitem e compartilhem visão, missão e objetivos comuns; de outro, porque a cultura de cada organização componente dessas redes deve estar alinhada com a missão e com os objetivos. Valores presentes nas organizações como atitudes de cooperação, interdependência, trabalho em equipe e orientação para resultados são fundamentais. Além disso, é importante que haja, na governança dessas redes, uma liderança orientada para a ação cooperativa e para a comunicação de objetivos e de estratégias e seu aprendizado.

Qualquer que seja a forma de ente institucional adotada, há que se elaborar o desenho organizacional das redes de atenção à saúde, o que pode ser feito de diferentes modos. Lega (2007) propõe três diferentes desenhos. O desenho P, onde P significa produtos e se refere a estruturas e responsabilidades centradas em dois tipos de produtos: doenças como diabetes, câncer, asma etc. e pessoas usuárias, como mulheres, pessoas idosas e portadores de distúrbios mentais etc. Esse desenho P busca uma integração multiprofissional em diferentes pontos de atenção à saúde. O desenho G, onde G significa área geográfica, busca uma integração com base em uma população em determinado território sanitário (área de abrangência da atenção primária à saúde, município, microrregião e macrorregião). Finalmente, o desenho matricial envolve uma estrutura com um sistema de autoridade dual em que se combinam os produtos e as áreas geográficas.

Estabelecida a natureza jurídica das redes de atenção à saúde, determinam-se as regras do jogo formais que se compõem de um conjunto estável de normas consensadas e compartilhadas por todos os atores da governança dessas redes. Essas normas devem estar institucionalizadas, mas devem ter a possibilidade de serem modificadas quando conveniente aos atores (FRANCESCA *et al.*, 2012).

Os âmbitos de responsabilidade

A governança das redes de atenção à saúde implica a definição clara dos âmbitos de responsabilidade que são assumidos, interna e externamente, pelo ente de governança. Esses âmbitos são: planejamento territorial, planejamento estratégico, sistema de contratualização, sistema de monitoramento e avaliação, participação social, prestação de contas, estratégias de comunicação interna e externa, sistema de acreditação e sistema de financiamento (MENDES, 2011; FRANCESCO *et al.*, 2012).

O planejamento territorial constitui-se na definição dos diferentes espaços de vida das populações e que dão a base territorial para a constituição das redes de atenção à saúde. Esses espaços concretizam-se em Planos Diretores de Regionalização.

Os territórios sanitários consistem em espaços interorganizacionais cujas dinâmicas sociais delimitam uma estrutura de interdependência entre atores autônomos que mantêm relações mais ou menos estáveis de interdependência de recursos, constituindo a base de desenvolvimento das redes de atenção à saúde (FLEURY e OUVREY, 2007).

Na dinâmica das redes de atenção à saúde, os territórios são, ademais, espaços de responsabilização sanitária por uma população definida. Dado o princípio da cooperação gerenciada, é necessário que haja uma definição clara dos serviços que as redes de atenção à saúde daquele território irão ofertar à sua população adstrita. Isso é que marca, com clareza, as redes construídas com base em espaços/população e a gestão da saúde da população (DAWSON, 1964).

Por consequência, os territórios sanitários são recortados de forma a se compatibilizarem com os princípios da construção das redes de atenção à saúde, especialmente para aumentar a interdependência entre os atores participantes, e de propiciarem a imposição de uma responsabilização inequívoca de uma autoridade sanitária em relação a uma população definida. Mais, eles constituem um instrumento de ampliação da racionalidade sistêmica, pela possibilitação de incremento da eficiência de escala e de aprofundamento da interdependência entre os atores sociais em situação.

O planejamento estratégico das redes de atenção à saúde é realizado por um processo que envolve a formulação estratégica da qual resultam ações coordenadas de longo, médio e curto prazos. A formulação estratégica implica uma análise do entorno político, institucional e sanitário. Pode ser sustentada pela análise das fortalezas, debilidades, oportunidades e ameaças e deve levar à definição da missão, da visão e dos valores compartilhados pelo ente de governança instituído, bem como a definição do seu posicionamento estratégico no mercado público. Esse trabalho envolverá ampla consulta a diferentes atores sociais que atuam, direta ou indiretamente, nas redes de atenção

à saúde, envolvendo os gestores, os prestadores, as pessoas usuárias e os órgãos representativos da sociedade civil organizada.

O sistema de planejamento estratégico exigirá, para sua operação, a elaboração de contratos de gestão entre os entes gestores das redes de atenção à saúde e os entes prestadores de serviços envolvidos nessas redes.

O sistema de atenção à saúde é um sistema complexo, composto por diferentes atores sociais em situação e portadores de diferentes objetivos, interesses e representações (MENDES, 2002). Uma vez que a cooperação entre esses atores não é automática, eles devem negociar entre si e estabelecer acordos que permitam obter vantagens que não seriam alcançadas na ausência de uma cooperação formalizada. Ou, segundo a teoria dos jogos, deve-se buscar uma solução cooperativa que produza um excedente cooperativo (COOTER e ULEN, 1988). A melhor forma de negociar e acordar é por meio de contratos firmados entre partes diferentes.

A participação social deve estar garantida na governança das redes de atenção à saúde. É sua responsabilidade posicionar o cidadão e a comunidade como eixo dessas redes, transmitindo a toda a organização o papel central que deve ter para todos os seus componentes, entendendo-se como o mandato de orientar a organização e seus serviços para responder às necessidades, demandas e preferências da população adstrita (FRANDESC et al., 2012).

A prestação de contas é um elemento central na governança de redes de atenção à saúde. Essa prestação de contas deve ser ampla, envolvendo vários destinatários como gestores públicos, os prestadores, os profissionais e a população vinculada à rede. Essa prestação de contas se faz periodicamente e abrange resultados sanitários em termos de processos e resultados sanitários e os resultados econômicos (FRANDESC et al. 2012).

A governança de redes de atenção à saúde inclui a responsabilidade de definir as políticas de comunicação a serem utilizadas, nos âmbitos interno e externo, para responder aos princípios da transparência e dever de informação. As políticas de comunicação social consistem no estabelecimento dos sistemas e dos canais que se utilizarão para comunicar-se com a organização e seu entorno e para realizar a prestação de contas (FRANDESC et al., 2012).

A governança de redes de atenção à saúde implica um sistema de acreditação. A acreditação é um sistema de verificação periódico, voluntário e reservado, para o reconhecimento da existência de padrões previamente definidos na estrutura, nos processos e nos resultados, com vistas a estimular o desenvolvimento de uma cultura de melhoria contínua da qualidade da atenção à saúde e da proteção da saúde da população.

O sistema de acreditação das redes de atenção à saúde exige uma nova forma de acreditação, diferente da que vem sendo praticada. Na perspectiva sistêmica que marca o funcionamento das redes de atenção à saúde não é suficiente acreditar, isoladamente, cada um dos seus componentes, pontos de atenção à saúde e sistemas de apoio porque é a operação harmoniosa e integrada de to-

dos os elementos das redes que possibilitam agregar valor para a população (PORTER e TEISBERG, 2007). Numa rede de atenção à saúde, a presença de um excelente hospital, acreditado num nível superior, mas que não está organicamente articulado, em rede, com a atenção primária à saúde, com a atenção ambulatorial especializada e com os sistemas de apoio, não garante que os seus serviços, separadamente, irão melhorar os níveis de saúde da população. A acreditação das redes de atenção à saúde impõe uma nova atitude acreditatória que implica a acreditação de todos os componentes da rede e de suas relações, de forma a tornar imperativa a sistemicidade e a continuidade da atenção à saúde (JOINT COMMISSION ON ACCREDITATION OF HEALTHCARE ORGANIZATIONS, 2004).

A governança de redes de atenção à saúde exige a implantação de sistemas de financiamento adequados. Um bom sistema de financiamento de redes de atenção à saúde é aquele que se faz de forma mais equitativa, que incentiva os prestadores a prover serviços de forma eficiente e com qualidade, que induz a que os serviços produzidos melhorem os níveis de saúde gerando valor para as pessoas e que permite aumentar o valor do dinheiro empregado.

O desenho institucional das redes de atenção à saúde

O desenho institucional das redes de atenção à saúde sustenta-se na cultura institucional e na coordenação das ações gerenciais e assistenciais. Além disso, o federalismo brasileiro e a especificidade do SUS impõem um modelo institucional singular.

A CULTURA ORGANIZACIONAL

A cultura organizacional é um fator fundamental que influi na governança das redes de atenção à saúde. De um lado, porque a implantação de objetivos e estratégias das dessas redes requer que seus membros aceitem e compartilhem visão, missão e objetivos comuns; de outro, porque a cultura de cada organização componente dessas redes deve estar alinhada com a missão e com os objetivos. Valores presentes nas organizações como atitudes de cooperação, interdependência, trabalho em equipe e orientação para resultados são fundamentais. Além disso, é importante que haja, na governança das redes de atenção à saúde, uma liderança orientada para a ação cooperativa e para a comunicação de objetivos e de estratégias e seu aprendizado.

O imperativo da mudança é inegável e decorre do fato de o mundo em que se vive está em permanente mutação. Diante desse imperativo, há três opções: ignorar a mudança, mantendo-se na zona de conforto; lutar contra a mudança; e aceitar a mudança e aderir a ela. As redes de atenção à saúde apresentam grande complexidade que traz muitas inovações em relação ao sistema fragmentado vigente. Por isso, a sua implantação envolve mudanças culturais profundas nos sistemas de atenção à saúde.

A cultura significa as atitudes, os valores e os comportamentos que caracterizam singularmente uma dada organização. De certa forma, a cultura organizacional responde à questão: o que é real-

mente importante aqui? A resposta a essa pergunta permite uma compreensão melhor de como as coisas funcionam, ou não, em uma organização e de como reforçar certas atitudes e comportamentos para a consecução das mudanças desejadas (KEY, 2008).

No ambiente de uma organização de saúde convivem diferentes culturas, ou seja, há subculturas dentro de uma cultura. Por exemplo, os médicos estão concentrados nos diagnósticos e tratamentos, os enfermeiros no cuidado das pessoas usuárias, o gestor na ordem burocrática, os assistentes sociais na proteção social etc. Dentro das subculturas há modos tácitos, estabelecidos e aceitos, de condutas e práticas que criam um ambiente seguro e familiar que promove o *status quo* e a noção de afiliação grupal. Um sentido de pertencimento a um grupo social é inerente à necessidade humana e se nutre por meio de complexos processos sociais e culturais em que o principal veículo é o uso do ritual. O ritual é uma forma de ação simbólica que serve para comunicar informação sobre os valores e os padrões culturais. Em momentos de mudança, os rituais que deram segurança já não são adequados e surge a ameaça e a insegurança. Em uma organização que está inserida em um processo de implantação de redes de atenção à saúde se poderia fazer um exercício por meio de perguntas aos seus membros: Quantas culturas diferentes há na organização? Quais são os valores pessoais e profissionais? Como os seus membros reagem a uma proposta de redes de atenção à saúde? Isso é importante porque um dos maiores desafios de um processo de mudança cultural é o desenvolvimento do respeito e do entendimento mútuo entre os profissionais. Esse processo requer que se invista tempo e energia para desenvolver uma comunicação sólida e para conhecer o que pensam e que papéis desempenham na atenção à saúde os diferentes profissionais (CHIN, 2010).

As culturas estabelecidas resistem às ameaças do novo até que chegue um momento em que compreendem que a mudança é imperativa. A chave está em entender que o que uma vez foi novo se tornou tradicional e precisa ser renovado. Há evidências de que a cultura organizacional não se auto-melhora de forma natural, mas que é aberta a mudanças deliberadas, bem planejadas e realizadas com liderança adequada. Handy (1978), na sua teoria da correção cultural, diz que o importante é dispor da cultura correta, no lugar adequado e com o propósito oportuno.

A implantação das redes de atenção à saúde vai exigir mudanças deliberadas bem definidas na proposta e forte liderança para responder aos desafios do cuidado dessa nova forma de organizar os sistemas de atenção à saúde. Isso coloca uma questão fundamental: como mudar a cultura organizacional?

Uma ferramenta interessante é a equação da mudança que diz que uma mudança só ocorre quando: $A+B+C>D$, sendo: A: a insatisfação com a situação atual; B: a visão de futuro; C: a clareza a respeito dos passos a serem adotados para a mudança; e D: as resistências naturais à mudança na organização (BECKHARD e HARRIS, 1987).

Os líderes da mudança devem trabalhar de forma constante e simultânea em A, B e C para superar as resistências existentes. Isso significará na implantação das redes de atenção à saúde:

destacar os problemas e as características da organização atual (os sistemas fragmentados) que limitam ou dificultam a atenção à saúde (A); debater, identificar e propor uma cultura organizacional que se mostre efetiva para viabilizar a implantação das redes de atenção à saúde e que permita construir uma visão comum, de aceitação ampla, que permita fazer avanços (B); e trabalhar com todos os atores implicados no desenho e na implementação das redes de atenção à saúde para dar os passos necessários, para consolidar os avanços e para conseguir, definitivamente, a transformação cultural (KEY, 2008).

A essência da mudança cultural é construir capacidade para diagnosticar a situação presente, a fim de propor um futuro melhor, as redes de atenção à saúde. Algumas ferramentas podem ser úteis para conscientizar a insatisfação com o *status quo* (A) e para difundir a visão de futuro (B). Entre elas, mencionam-se as tipologias de culturas organizacionais, como a dos deuses da gestão (BECKHARD e HARRIS, 1978) e a tipologia de Harrison (HARRISON, 1983).

A análise das tipologias de mudanças culturais atua sobre os componentes A e B da equação, mas não são suficientes para superar as resistências naturais à mudança, se não estão claros os passos a serem dados para a implantação das redes de atenção à saúde. Nesse aspecto, é fundamental a construção de reforços positivos para a mudança que, partindo da liderança, lance uma mensagem clara de compromisso com a mudança e de que é isso o que realmente importa.

Dois dimensões são fundamentais para a mudança cultural: as mudanças nas pessoas e os aspectos sistêmicos (KEY, 2008). As mudanças nas pessoas envolvem: processos de seleção, de integração, de gestão de competências, de incentivos e de gestão de desempenho alinhados com a missão. Nos aspectos sistêmicos importam os sistemas de informação e comunicação e os programas de qualidade.

A liderança é essencial na mudança da cultura organizacional. Kouzes e Posner (1995) identificaram cinco comportamentos-chave dos líderes na gestão da mudança: criar uma visão compartilhada do futuro (item A da equação); desafiar a situação atual, assumindo os riscos de experimentar e inovar (item B da equação); modelar o caminho colocando-se como modelos de referência dos valores que promovem e tendo clareza sobre os passos a serem dados para atingir a visão (item C da equação); facilitar a ação da equipe e criar capacidades para o desenvolvimento de um projeto comum; e reconhecer os esforços de toda a equipe, estimulando-a a avançar e celebrando os êxitos.

Uma liderança de mudança cultural deve ser capaz de conseguir uma resposta sincrônica e unívoca das pessoas da organização, à pergunta: “que é o que realmente importa aqui”? (KEY, 2008). Outras perguntas são fundamentais: “por que mudar a cultura da organização”? Essa pergunta pode ser seguida de outra: “é possível planejar essa mudança”? se for, cabe outra pergunta: “que tipo de mudança se fará e com que finalidade”? Algumas perguntas, dirigidas aos colaboradores de uma organização, ajudam a iniciar um processo de mudança de implantação de redes de atenção à saúde: “como descrevem a cultura atual da organização”? “como esta situação atual pode ser afetada pela

implantação das redes de atenção à saúde”? “é necessário mudar a cultura prevalente”? se for, “que tipo de mudança deveria ser feita”? (ASHTON, 2010).

Uma cultura não existe no vazio, é uma entidade viva, estabelecida num contexto determinado e enraizada em pessoas. As pessoas de uma organização de saúde apresentam diferentes valores, mitos, rituais e experiências passadas que devem ser reconhecidas e aceitas. Por isso, é importante, nos processos de mudança, respeitar o passado, viver o presente e trabalhar o futuro (BRIDGES, 1980).

A cultura organizacional deve estar atrelada à estratégia de mudança que oferece o contexto e a direção do trabalho. Bates (1999) propõe quatro tipos de estratégias de mudança: conformista – perpetua ou adapta a situação existente; deformadora – mina a situação existente; reformadora – busca eliminar a situação existente; e transformadora – passa da situação existente para outra situação que se quer implantar. Essas estratégias podem ser utilizadas isoladamente ou combinadas em um processo de mudança cultural (ASHTON, 2010).

Há diferentes modelos de mudança como o modelo da transição, o modelo da mudança do desenvolvimento, o modelo da mudança transformacional e o modelo dos sistemas adaptativos complexos (ILLES e SUTHERLAND, 2001). O modelo da transição faz-se por etapas: a compreensão da necessidade da mudança, o descongelamento; a transição que move os atores para um estado de planejamento; e a institucionalização do novo, o recongelamento. O modelo da mudança do desenvolvimento em que há o surgimento de um potencial de mudança que pode ser processado ou planejado. O modelo da mudança transformacional implica um passo desde a situação atual a algo totalmente novo em termos de estrutura, processos, cultura e estratégia e faz-se em fases: nascimento, crescimento, instabilidade estável, caos, morte e emergência. O modelo dos sistemas adaptativos complexos consiste em redes de atores que interatuam e em sistemas interconectados que apresentam como características a interdependência e a autonomia relativa.

A estratégia e os valores constituem as principais alavancas que sustentam um processo de mudança cultural e, por essa razão, devem se complementar (HILL, 1997).

Uma pergunta se segue: “se há que mudar, como fazê-lo”? A resposta coloca a questão dos diferentes enfoques de mudança: o agressivo, poder coercitivo, centrado no conflito, impositivo, unilateral e com vencedores e vencidos; o conciliador, solução em grupo, atitude colaborativa e integrativa em que todos ganham; o corrosivo, político, busca coalisões, não planejado, informal e incrementalista; o doutrinador, normativo, reeducador, dirigido à formação (BATES, 1999). Esses enfoques podem ser utilizados isoladamente ou combinados. Para muitos, a combinação desses enfoques está presente nas organizações que aprendem, conjuntos de indivíduos que aprimoram, seguidamente, sua capacidade criativa para desenvolver novas habilidades que levam a novas percepções que revolucionam crenças e opiniões. Uma organização que aprende deve operar em um ambiente sem culpabilização, transparente, com boa comunicação entre seus membros, e com uma filosofia centrada nas pessoas, sejam os membros da equipe, sejam, especialmente, as pessoas usuárias dos serviços de saúde (SENGE, 1990).

O processo de mudança implica a instituição de uma tensão criativa entre a situação atual em que se está e aonde se quer ir, a visão. A liderança mediante a tensão criativa é diferente do estilo de liderança por meio da resolução de problemas. Na resolução de problema a energia para a mudança provém da intenção de modificar um aspecto da realidade atual que é indesejável. Na tensão criativa, a energia para a mudança vem da força da visão do futuro, o que se quer criar justaposta com a realidade atual (BRIDGES, 1980).

A liderança é um dos elementos mais importantes para conseguir a mudança em uma organização. A liderança estabelece a visão, dá a direção e influi no crescimento do pessoal de maneira que possa aprender a aprender, a criar, a inovar e a assumir riscos para melhorar. Uma boa liderança baseia-se no que ela faz, mais do que no que fala; trata as pessoas como adultas e responsáveis; celebra e compartilha os êxitos; e considera os erros como oportunidades de aprendizado. A liderança é uma função de dupla direção e transformadora (CHIN, 2010).

A liderança para a mudança organizacional deve exercer um conjunto de funções: a de desenhista significa antecipar a visão e os valores e compreender como as pessoas desejam ser; a de maestro sugere estimular a equipe, incluindo-se nela, desenvolver uma visão mais profunda da realidade atual; e a de gestor. Uma liderança desse tipo pode suscitar algumas questões que podem ser colocadas para a equipe de saúde: “onde estamos agora em relação às redes de atenção à saúde”? “onde deveríamos estar”? “como poderemos chegar às redes de atenção à saúde”? (ASHTON, 2010).

A implantação das redes de atenção à saúde é uma mudança cultural que se dará em organizações complexas. Para concretizá-la é necessário geri-la por meio de uma eficaz gestão de mudança, porque a intensa função homeostática vigentes nas organizações de saúde tende a mantê-las estáveis e a conservar o *status quo* (ASHTON, 2010).

A gestão de mudança são processos, ferramentas e técnicas para gerenciar os vários aspectos desenvolvidos em um processo de mudança, a fim de que os resultados positivos previstos sejam atingidos e da forma mais eficaz possível. O objetivo da gestão de mudança é ter uma abordagem equilibrada dos aspectos técnicos e organizacionais, visando a minimizar as possíveis resistências e a obter uma transformação mais eficaz, completa e em menor tempo (RABELO, 2010).

Não obstante a existência de muita literatura sobre a gestão de mudança, predomina entre os teóricos a opinião de que não existe nenhuma fórmula mágica para efetuar mudança. A chave para manejar a mudança eficaz é compreender que os programas de mudança não têm um fim em si mesmos e que devem levar em consideração os atores organizacionais e o contexto em que operam (CHIN, 2010).

Kisil (1998), em um manual para mudanças organizacionais na saúde, dirigido a Secretarias Municipais de Saúde, define um modelo de mudança organizacional que contém seis elementos: conhecer as razões da mudança, gerenciar o processo de mudança, realizar um diagnóstico organi-

zacional, definir a direção da mudança, estabelecer um plano estratégico de mudança e monitorar e avaliar o processo de mudança.

A mudança é um processo que necessita ser gerenciado. Em geral, é necessário montar uma equipe para o gerenciamento da mudança que tenha as seguintes capacidades: usar eficientemente seu conhecimento e suas informações; ser criativa; trabalhar em equipe; projetar o futuro; ser flexível e adaptar-se facilmente aos novos processos; motivar as pessoas envolvidas; ter ótima comunicação; e ser capaz de assumir riscos e solucionar conflitos (KISIL, 1998).

A coordenação das redes de atenção à saúde

A coordenação das redes de atenção à saúde exige que o sistema de governança deverá assumir a responsabilidade de fazer que essas redes trabalhem de maneira articulada e coordenada entre seus diferentes níveis e levando em consideração os atores que a compõem. Para isso, há que se definirem os elementos-chave que devem orientar os acordos entre todos os atores das redes de atenção à saúde e os sistemas de interação necessários para alcançar, de forma eficiente, os objetivos operacionais com base em negociações e consensos (FRANCESCA *et al.*, 2012).

A coordenação da atenção à saúde pode ser definida como a concertação das diferentes atividades requeridas para atender às pessoas usuárias ao longo do contínuo assistencial ou dos pontos de atenção de uma rede de atenção à saúde (LAMB, 1997).

A coordenação da atenção à saúde, em geral, faz-se utilizando uma combinação de instrumentos destinados a harmonizar as intervenções sanitárias providas às pessoas usuárias, denominados mecanismos de coordenação.

As organizações de saúde têm utilizado vários mecanismos de coordenação. Frequentemente utilizam os mecanismos de normalização das habilidades dos seus profissionais. Em decorrência das pressões de custos e dos programas de melhoria de qualidade da atenção à saúde, começaram-se a padronizar os processos e os resultados e, em função da especialização crescente e das interdependências entre as atividades sanitárias, utilizaram-se estratégias de coordenação baseadas no ajustamento mútuo (VARGAS *et al.*, 2011).

Com base teórica no modelo de coordenação de Mintzberg (2003), Vargas *et al.* (2011) propuseram um tipo de coordenação da atenção à saúde que é adaptado, pelo autor, no Quadro 2.

Quadro 2. Tipos de mecanismos de coordenação da atenção à saúde

Mecanismos teóricos de coordenação	Mecanismos de coordenação da atenção à saúde
Normalização de habilidades	Sistema de educação permanente
Normalização de processos de trabalho	Diretrizes clínicas baseadas em evidências Gerenciamento de processos Sistema de programação
Normalização dos resultados	Sistema de contratualização
Ajustamento mútuo por comunicação Informal	Correio eletrônico Telefone Correio Internet Reuniões informais
Ajustamento mútuo por grupos de trabalho	Grupos de trabalho multidisciplinares, interdisciplinares e transdisciplinares
Ajustamento mútuo por postos de enlaçamento	Central de regulação Gestão de caso
Ajustamento mútuo por comitês permanentes	Comitês de gestão interníveis das redes de atenção à saúde
Ajustamento mútuo por matriciamento	Estrutura matricial Matriciamento entre profissionais
Ajustamento mútuo pelo sistema de informação clínica	Sistema de informação clínica vertical: prontuário clínico
Supervisão direta	Diretor assistencial

FONTE: ADAPTADO DE VARGAS ET AL. (2011)

A normalização das habilidades faz-se por mecanismos de educação permanente dos profissionais de saúde. Há tempos os processos de educação permanente têm demonstrado serem eficazes para a incorporação de práticas definidas em diretrizes clínicas e, por consequência, são instrumentos importantes para a coordenação por padronização de habilidades.

A normalização dos processos de trabalho faz-se por meio de diretrizes clínicas baseadas em evidência. As diretrizes clínicas são recomendações preparadas, de forma sistemática, com o propósito de influenciar decisões dos profissionais de saúde e das pessoas usuárias a respeito da atenção apropriada, em circunstâncias clínicas específicas (INSTITUTE OF MEDICINE, 1990).

A normalização dos resultados pode se obter com um bom sistema de contratualização.

A coordenação das redes de atenção à saúde beneficia-se muito da utilização de mecanismos de ajustamento mútuo. Em situações menos complexas, pode-se utilizar o ajustamento mútuo por comunicação informal feita por mecanismos como correio eletrônico, telefone, correio, internet e reuniões informais. Pode-se utilizar o ajustamento mútuo por grupos de trabalho constituídos por um pequeno número de pessoas com habilidades complementares e estruturados em torno de objetivos comuns. Há situações em que a coordenação é feita por ajustamento mútuo por postos de enlaça-

mento quando os profissionais de saúde atuam como fonte de informação central que direciona a comunicação e assegura a coordenação entre diferentes pontos de atenção à saúde. Em certas situações, pode-se utilizar o ajustamento mútuo por comitês permanentes que se caracterizam por contar com profissionais em função de liderança em diferentes pontos de atenção das redes. A coordenação pode ser realizada por ajustamento mútuo por matriciamento, seja na forma de estrutura matricial, seja por matriciamento entre profissionais. O ajustamento mútuo pelo sistema de informação clínica é muito efetivo na coordenação e faz-se pela integração vertical das redes de atenção à saúde por um prontuário clínico eletrônico. Por fim, o ajustamento mútuo pela supervisão direta implica dotar uma direção com autoridade formal para supervisionar a coordenação da atenção à saúde (VARGAS *et al.*, 2011; MENDES, 2015).

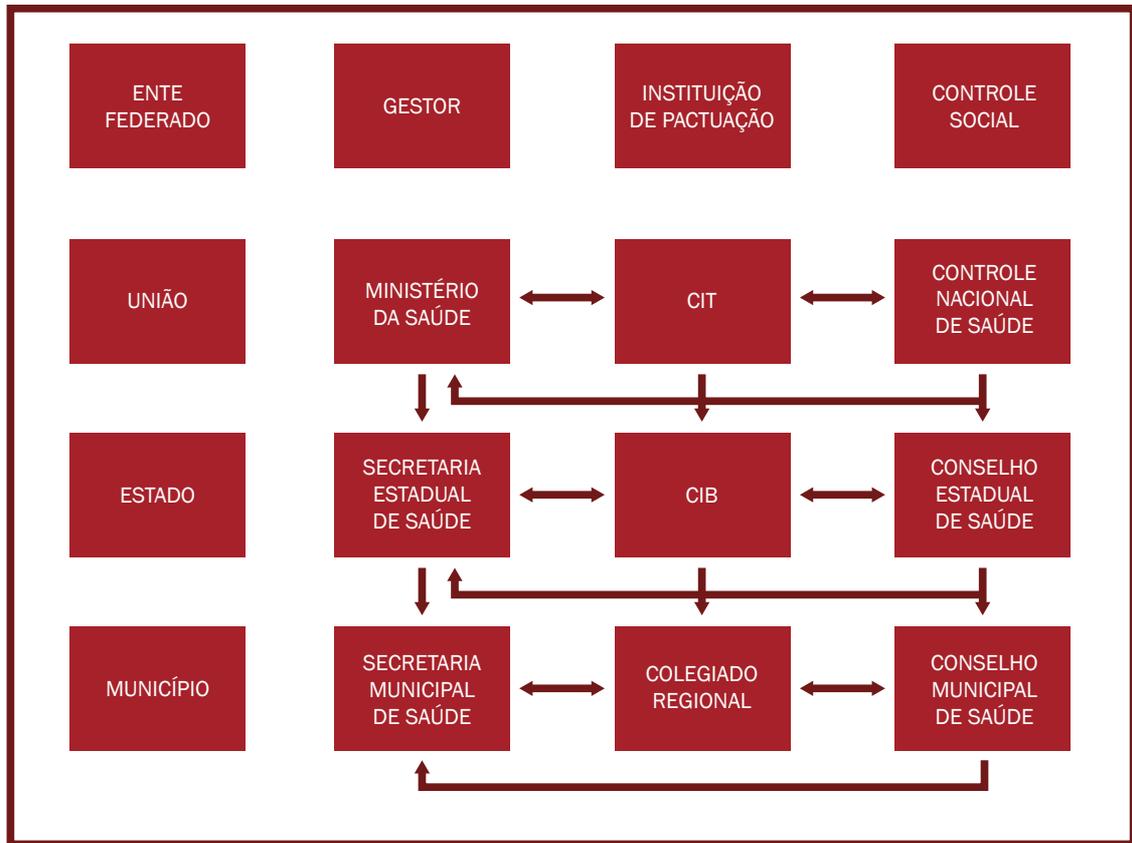
O modelo institucional para a governança do SUS

A governança das redes de atenção à saúde, no SUS, apresenta características especiais. Uma delas é que deve se inserir em um quadro institucional mais amplo de um sistema especial de federalismo. O Brasil é um país federativo e, por essa razão, o modelo institucional do SUS foi construído para ser operado cooperativamente pela trina federativa: União, estados e municípios.

Os entes federados mantêm, entre si, diretamente ou por meio da mediação de instituições de gestão compartilhada e de controle social, complexas inter-relações. O federalismo sanitário brasileiro implica uma forma de cooperação – o federalismo cooperativo –, em que todos os três entes federados são corresponsáveis pelas ações e serviços de saúde. Em outras palavras, ação sanitária é uma responsabilidade compartilhada do Ministério da Saúde, da Secretaria de Estado de Saúde e das Secretarias Municipais de Saúde, não importa onde se esteja executando esse programa.

É o que se vê na Figura 3.

Figura 3: O modelo institucional do SUS



FONTE: CONASS (2006)

O federalismo cooperativo, com seu componente de cooperação entre atores públicos distintos, manifesta-se, na institucionalidade do SUS, por meio das instâncias permanentes de governança, a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e as Comissões Intergestores Bipartites (CIBs). No melhor espírito federativo, as Comissões Intergestores funcionam como mecanismos de freios e contrapesos à concentração de autoridade em determinados entes federativos, em especial, do Ministério da Saúde, o ente concentrador da metade dos recursos financeiros e da maior parte do poder normativo.

Outro mecanismo cooperativo fundamental, criado pelo federalismo sanitário brasileiro, foi a transferência de recursos fundo a fundo que permitiu liberar o sistema das amarras dos convênios e dar agilidade às políticas públicas de saúde.

Os mecanismos institucionais das Comissões Intergestores Bipartites devem estar articulados com uma dimensão territorial expressa no Plano Diretor de Regionalização (PDR). A razão é que a proposta de redes de atenção à saúde, para funcionar bem, deve distribuir as unidades de saúde, no território estadual, de forma a garantir eficiência e qualidade dos serviços, tal como se mostra na Figura 4.

Figura 4. A lógica da distribuição espacial dos componentes de uma rede de atenção à saúde



FONTE: MENDES (2011)

Uma distribuição ótima das unidades de saúde deve se fazer em distintas regiões sanitárias, numa relação em que as unidades mais complexas são relativamente concentradas e as unidades de atenção primária à saúde sejam descentralizadas para a proximidade da residência dos cidadãos. A razão disso é que as evidências científicas demonstram que unidades mais complexas, como as unidades hospitalares, devem ter um número de leitos mínimo para operarem com eficiência e qualidade. Por exemplo, hospitais que têm um número maior de leitos funcionam com um custo por paciente/dia menor que hospitais de pequeno número de leitos. Da mesma forma, há evidências que demonstram que hospitais que fazem muitos procedimentos, como cirurgias e partos, apresentam melhores resultados clínicos e menores mortalidades institucionais que hospitais que fazem poucos procedimentos. Essa distribuição ótima tem implicações na governança das redes de atenção à saúde que decorre da aplicação dos conceitos de economias de escala e de escopo nos sistemas de atenção à saúde.

O desenho institucional que permite combinar a dimensão territorial e a distribuição espacial ótima dos recursos de atenção à saúde, estruturados por níveis de atenção, é o das Comissões Intergestores Bipartites: as Comissões Intergestores Bipartites Macrorregionais, instituídas nas macrorregiões sanitárias para a governança das ações integradas de toda a rede, incluindo a atenção terciária à saúde (“alta complexidade”), e as Comissões Intergestores Bipartites Microrregionais (CIBs Microrregionais), instituídas nas microrregiões sanitárias para a governança das ações de atenção primária à saúde e de atenção secundária (“média complexidade”). Portanto, os níveis de atenção delimitam o foco gerencial do sistema de governança das redes de atenção à saúde. Alguns estados brasileiros não operam com as Comissões Intergestores Bipartites Macrorregionais e suas atribuições são desempenhadas pela Comissão Intergestores Bipartite Estadual.

Portanto, deve ficar claro que a governança das redes de atenção à saúde tem como espaço privilegiado um espaço que é, ao mesmo tempo, subestadual e supramunicipal e que contenha o conjunto de pontos de atenção à saúde dessas redes: atenção primária, atenção secundária e atenção terciária. Portanto, a governança regional das redes de atenção à saúde só se exercita, plenamente, nas macrorregiões de saúde. Tome-se o caso de uma rede de atenção à mulher e à criança. Em uma macrorregião, todos os municípios ofertarão a atenção primária à saúde, onde se fará, por exemplo, o pré-natal das gestantes de baixo risco; nas microrregiões estarão concentrados os serviços especializados de referência para o pré-natal das gestantes de alto risco; e nas macrorregiões estarão concentradas as maternidades de alto risco para o parto das gestantes de maiores riscos. Esse modelo se repete em todas as redes temáticas. Por isso, a Comissão Intergestores Bipartite Microrregional não tem governança sobre essas unidades de alta complexidade, indispensáveis para obter os resultados da rede de atenção à saúde. Ela só será exercida, em plenitude por um ente de governança macrorregional.

O processo de instituição das redes de atenção à saúde, decorrente do Decreto n. 7.508/2011, não levou em conta, em todos os estados, essa imposição da governança de redes de atenção à saúde. Por essa razão, muitas regiões definidas são, em realidade, microrregiões que não contêm os equipamentos de atenção terciária e, portanto, não são capazes de governar toda a rede. Consequentemente, é preciso fazer uma revisão nesses processos de regionalização.

A experiência recente de alguns estados brasileiros aponta para a necessidade de se organizar a governança das redes de atenção à saúde nas macrorregiões de saúde. Contudo, o que se observou é que o mecanismo formal de operação das Comissões Intergestores Bipartite Macrorregionais não é suficiente para a instituição de uma governança eficaz. É preciso instituir, subordinado a essas comissões políticas, um ente de conformação técnica, específico para cada rede temática (por exemplo, um para a rede de atenção à mulher e à criança, outro para a rede de atenção às urgências e às emergências etc.), constituído por representantes das regionais da Secretaria Estadual de Saúde, das Secretarias Municipais de Saúde, dos Consórcios Intermunicipais, por representantes dos prestadores mais significativos, públicos e privados, envolvidos nas redes de atenção à saúde. O critério de seleção desses representantes é o da expertise técnica no tema específico da rede. Esse mecanismo tem sido denominado de Comitê Executivo ou de Comitê Gestor que funciona com vinculação a uma Comissão Intergestores Bipartite Microrregional e que é específico para cada rede temática. Como uma instância técnica, pactua e consensa, neste âmbito, proposições que são levadas, sempre, à decisão política da comissão Intergestores Bipartite Macrorregional. Em algumas circunstâncias, outro desenho pode ser feito. Quando não existem as Comissões Intergestores Bipartite Macrorregionais, esse comitê técnico é descentralizado para a macrorregião, mas está subordinado politicamente à Comissão Intergestores Bipartite Estadual.

Trabalhos de avaliação do funcionamento desse tipo de mecanismo do comitê executivo ou comitê gestor indicam que ele facilita a formação e o desenvolvimento das redes de atenção à saúde pelo reforço da comunicação e da coordenação entre vários serviços e instituições e que um elemento importante é a participação dos prestadores de serviços (SOUSA, 2012, HUÇULAK, 2016).

Os Consórcios Intermunicipais de Saúde constituem instrumentos importantes para a operação das redes de atenção à saúde nas regiões. Eles são importantes para a prestação de serviços, especialmente na atenção secundária, no âmbito microrregional, como, por exemplo, os centros de especialidades médicas de referência e os sistemas de transporte sanitário eletivo e de patologia clínica. Os Consórcios Intermunicipais de Saúde deverão superar alguns problemas que se podem apresentar como: as bases territoriais em desacordo com os planos diretores de regionalização; a não observância a regimentos do SUS, em especial, às normas de pagamento dos serviços de saúde; e a insuficiente capacidade gerencial com que, alguns deles, operam. Um processo de desenvolvimento institucional dos Consórcios Intermunicipais de Saúde deve ser instituído com o objetivo de capacitá-los a exercer a prestação, efetiva e eficiente, de serviços regionais. Uma experiência exitosa foi realizada pela Secretaria de Estado do Paraná que auspiciou um curso de especialização para dirigentes e técnicos de Consórcios Intermunicipais de Saúde do estado.

A governança regional das redes exige o fortalecimento dos entes desconcentrados das Secretarias Estaduais de Saúde. Para que essas representações regionais das Secretarias Estaduais de Saúde funcionem adequadamente, as suas estruturas gerenciais devem ser muito reforçadas em termos de infraestrutura física e de recursos humanos, materiais e financeiros.

O sistema gerencial na governança das redes de atenção à saúde

Uma das fragilidades das Comissões Intergestores do SUS está em sua baixa capacidade gerencial. Essas instituições operam bem na formulação de pactuações pelo mecanismo de consenso e nos seus registros em atas. Contudo, essas pactuações não são acompanhadas por um sistema gerencial efetivo. Assim, há de se estruturarem sistemas gerenciais potentes que garantam que as ações pactuadas sejam efetivamente implementadas. Não basta pactuar ações e registrá-las em atas.

Entre os sistemas gerenciais, destacam-se o planejamento estratégico, o sistema de contratualização e o sistema de financiamento.

O planejamento estratégico das redes de atenção à saúde

O planejamento estratégico é importante na institucionalização das redes de atenção à saúde que têm, como características intrínsecas, a convergência dos diferentes atores para objetivos comuns, o que envolve a construção de estratégias, de percepções e de valores compartilhados. Além

disso, o planejamento estratégico permite aprofundar as interdependências entre os atores envolvidos e imprimir maior racionalidade sistêmica pela ordenação dos fluxos e contrafluxos de pessoas, produtos e informações ao longo das redes de atenção à saúde.

A formulação estratégica levará à construção dos projetos estratégicos de médio e longo prazos que implicam a definição dos objetivos por áreas de desenvolvimento estratégico, as medidas estratégicas que se vão adotar e os recursos que serão investidos. Os planos de médio prazo cobrem um período governamental. Os planos de longo prazo são definidos a partir de uma visão que se deseja alcançar e em uma temporalidade maior que, em geral, situa-se entre 15 e 20 anos. Eles devem ser produzidos em função de diferentes cenários de longo prazo que dão os limites de possibilidades de alcance da visão e dos objetivos estratégicos.

A situação presente, definida pela análise da situacional, mostra onde se está; a visão de futuro, estabelecida no plano estratégico, aponta aonde se quer chegar. O caminho entre essas duas situações que implica o como chegar preside a definição da estratégia e da carteira de projetos estruturadores e associados.

Coerentes com os planos de longo e médio prazos, instituem-se, anualmente, a partir das leis de diretrizes orçamentárias, as leis orçamentárias anuais que definem os objetivos de curto prazo e os limites orçamentários e estabelecem o detalhamento das despesas.

A estratégia de uma organização deve descrever como ela pretende criar valor para as pessoas. Para isso, é necessário medir alguns poucos parâmetros críticos que representam sua estratégia para a criação de valor, a longo prazo. Nas organizações públicas, o critério mais importante de sucesso é o desempenho no cumprimento da missão (KAPLAN e NORTON, 2004).

O planejamento estratégico pode ser feito a partir de várias metodologias. Uma delas é a metodologia BSC (*Balanced Scorecard*). O BSC é um modelo de gestão que auxilia as organizações a traduzirem suas estratégias em objetivos que orientam comportamentos e desempenhos das equipes dessas instituições (SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS, 2009).

Uma forma de viabilizar o planejamento estratégico das redes de atenção à saúde é o mapa estratégico. O mapa estratégico é a representação visual das relações de causa e efeito entre os componentes da estratégia de uma organização (KAPLAN e NORTON, 2004). Esses objetivos e essas medidas são extraídos da visão e da estratégia definidas pela instituição. Assim, esse mapa ilumina o caminho escolhido para atingir os objetivos no longo prazo. Com base em uma visão integrada e equilibrada da organização, o BSC permite descrever a estratégia de forma clara, por meio de objetivos estratégicos balanceados em quatro perspectivas de análise (sociedade, processos, gestão e financiamento). O BSC está ancorado em um princípio fundamental: o que se pode medir, se pode gerenciar (KAPLAN e NORTON, 2004).

A perspectiva sociedade refere-se à população sujeita do plano estratégico e deve estar alinhada à visão e à estratégia da instituição e com foco nos produtos a serem entregues a essa população. A perspectiva processos refere-se aos processos internos críticos que impactam os produtos a serem

entregues à sociedade. A perspectiva de gestão visa a oferecer a infraestrutura e os serviços que possibilitem a consecução dos objetivos relativos às perspectivas sociedade e processos internos em campos como o modelo de gestão pública, a gestão de pessoas e de insumos, a educação permanente e outros. A perspectiva financeira, situada na base do mapa, refere-se ao financiamento da estratégia, considerado nas dimensões da quantidade e da qualidade dos gastos públicos (SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS, 2009).

Os objetivos das quatro perspectivas interligam-se uns aos outros, em uma relação de causa e efeito. Por isso, cada perspectiva deve ser monitorada por indicadores específicos. Um conjunto de indicadores, balanceados pelas quatro perspectivas, deve ser monitorado ao longo do tempo. Essa é função do painel de bordo que é o instrumento fundamental de monitoramento e de avaliação das redes de atenção à saúde e que se utiliza de indicadores que tenham evidência de que medem o que se quer medir e que se expressa em indicadores estratégicos, táticos e operacionais. Cada indicador contém a definição de como calcular o indicador, as fontes de informação, a periodicidade de medida e o âmbito territorial de medida e ponderação.

Esse é um trabalho fundamental a ser exercido, cotidianamente, pelos Comitês Executivos ou Comitês Gestores das redes de atenção à saúde.

O processo de monitoramento e avaliação implica o julgamento de valor sobre uma intervenção para racionalizar o processo decisório. Uma intervenção é constituída pelos recursos humanos, físicos, financeiros e simbólicos estruturados para produzir bens ou serviços que possam modificar a situação-problema (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 1997).

O sistema de monitoramento e avaliação da governança de redes de atenção à saúde distancia-se daquele exercitado nas organizações burocráticas em que se apresenta com um foco fiscalizatório. O objetivo central do monitoramento e da avaliação nessas organizações poliárquicas é criar complementaridades entre os atores, articulando as bases de suporte decisório para desenvolver atividades sinérgicas, e deslocando o eixo do controle dos processos para o controle dos objetivos e das metas, construídos coletivamente, e explicitados no planejamento estratégico (FLEURY e OUVÉRY, 2007).

O sistema de contratualização nas redes de atenção à saúde

O sistema de atenção à saúde é um sistema complexo, composto por diferentes atores sociais em situação e portadores de diferentes objetivos, interesses e representações (MENDES, 2002). Uma vez que a cooperação entre esses atores não é automática, eles devem negociar entre si e estabelecer acordos que permitam obter vantagens que não seriam alcançadas na ausência de uma cooperação formalizada. Ou, segundo a teoria dos jogos, deve-se buscar uma solução cooperativa que produza um excedente cooperativo (COOTER e ULEN, 1988). A melhor forma de negociar e acordar é por meio de contratos firmados entre partes diferentes.

O sistema de planejamento estratégico exigirá, para sua operação, a elaboração de contratos de gestão entre os entes gestores das redes de atenção à saúde e os entes prestadores de serviços de saúde envolvidos nessas redes. Esses contratos objetivam dar solidez jurídica aos gestores de saúde por meio de contratos que gerem direitos e obrigações.

Com relação aos contratos entre os gestores e os prestadores de serviços, na administração pública, isso vem no bojo de profunda reforma da gestão pública. A introdução das relações contratuais na gestão pública é fruto de reformas nas organizações estatais contemporâneas definidas por Kaul (1997) como o movimento dos governos no sentido de deslocarem-se do fazer diretamente para do garantir que as coisas sejam feitas.

As mudanças da administração pública vão além da separação das funções do Estado. Seus principais elementos podem ser agrupados em três grandes blocos: a propositividade que visa a assegurar uma clareza de visão e objetivos; a responsabilização (*accountability*) que pretende aumentar a responsabilidade e a prestação de contas aos cidadãos; e o desempenho que implica criar incentivos para melhorar o desempenho institucional.

A separação das macrofunções de regulação e financiamento da prestação de serviços exige a instituição de mecanismos formais entre os entes reguladores/financiadores e os entes prestadores de serviços que são os contratos de gestão.

O contrato coloca juntas duas ou mais entidades legais, entendidas como pessoas físicas, morais ou jurídicas. O contrato pode ser definido como o acordo entre dois ou mais agentes econômicos por meio do qual eles se comprometem a assumir ou a renunciar, ou a fazer ou a não fazer, determinadas coisas (PERROT *et al.*, 1997). O contrato é, pois, uma aliança voluntária entre duas ou mais partes.

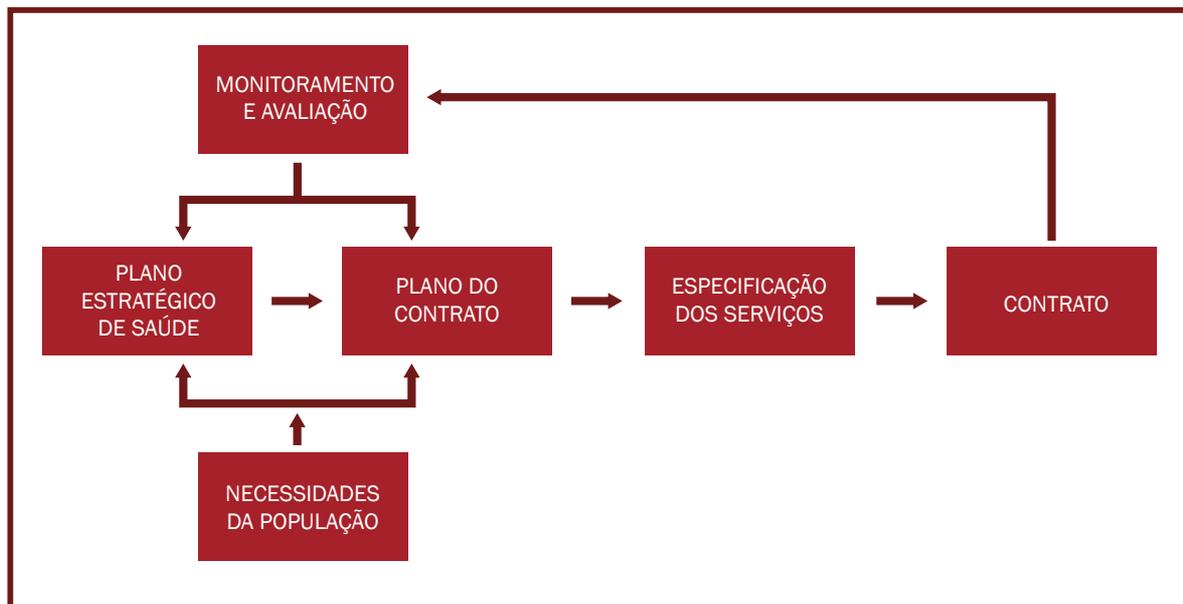
Trosa (2001), analisando a introdução dos mecanismos contratuais nas organizações estatais, fala em espírito do contratualismo, algo que supera uma visão mais limitada do contrato como mero instrumento jurídico e se consolida como uma nova cultura gerencial, cuja essência está na mudança do sistema de relações entre entes contratadores e entes contratados que passa a se reger pelo princípio da parceria. Os objetivos de uma parceria entre as partes de um contrato são: um diálogo permanente entre o contratante e o prestador de serviços; uma retificação dos problemas no momento em que surgem; uma troca de saberes e habilidades; uma partilha de riscos, lucros e perdas; instituição de relações mais estáveis e mais longas; e a construção do sentido de responsabilização.

Há várias razões que justificam a introdução dos contratos nos sistemas de atenção à saúde: estimulam a descentralização da gestão dando mais responsabilidades aos gerentes locais; permitem melhor controle sobre o desempenho quantitativo e qualitativo dos prestadores de serviços de saúde; dão maior consequência ao planejamento estratégico das instituições ao exigir maior empenho em atingir os produtos contratados; incentivam a criação e a utilização cotidiana dos sistemas de informação gerenciais; melhoram a gestão da clínica; permitem melhor focalização nos interesses da

população; e tornam as instituições mais transparentes e mais permeáveis ao controle social (SAVAS *et al.*, 1998).

Os contratos de gestão devem obedecer a um ciclo que se origina no plano estratégico que leva a um plano de contrato que deve ser monitorado e avaliado. É o que se vê na Figura 5.

Figura 5: O ciclo da contratação em saúde



FONTE: MENDES (2011)

O Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011, propõe que o SUS utilize o Contrato Organizativo da Ação Pública em Saúde (COAP) definido como o acordo de colaboração firmado entre entes federativos com a finalidade de organizar e integrar as ações e serviços de saúde na rede regionalizada e hierarquizada, com definição de responsabilidades, indicadores e metas de saúde, critérios de avaliação de desempenho, recursos financeiros que serão disponibilizados, forma de controle e fiscalização de sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde (BRASIL, 2011). Contudo, apesar de uma proposição oriunda de normativa estabelecida no ano de 2011, apenas dois estados brasileiros chegaram a elaborar o COAP. Assim, impõe-se uma avaliação rigorosa desse processo para identificar as causas dessa pouca adesão à proposta do COAP.

A introdução dos contratos nas redes de atenção primária à saúde deveria ser formatada por dois critérios fundamentais: o âmbito territorial deveria ser uma macrorregião de saúde; e o âmbito da organização das ações e serviços de saúde deveria ser por redes temáticas de atenção à saúde.

O sistema de financiamento das redes de atenção à saúde

O sistema de financiamento é um dos elementos mais potentes com que conta o ente de governança das redes de atenção à saúde para alcançar seus objetivos de eficiência, qualidade e coordenação da atenção, porque contém, em si, os incentivos econômicos que norteiam as ações de gestores e de prestadores de serviços. Dessa forma, é fundamental que o sistema de financiamento esteja alinhado com os objetivos das redes de atenção à saúde.

Para que as redes de atenção à saúde possam alcançar seus objetivos, é importante alinhá-los com o sistema de financiamento e com os incentivos econômicos. A falta de alinhamento determina a implantação de políticas inefetivas (KUTZIN, 2008). Somente se logrará enfrentar os problemas de saúde no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo e com a qualidade certa – a essência das redes de atenção à saúde –, se os objetivos dessas redes estiverem alinhados com o sistema de pagamento e com os incentivos econômicos. Por exemplo, de nada adianta fazer um discurso sobre a importância das medidas de promoção da saúde e da prevenção das condições de saúde, se o sistema de pagamento está dirigido a remunerar os serviços por procedimentos, segundo suas respectivas densidades tecnológicas.

Os espaços-chave de financiamento das redes de atenção à saúde são dois: o financiamento das redes e o financiamento dos seus componentes (LaFORGIA, 2007). O financiamento das redes envolve: o custeio, a focalização em mecanismos de pagamento para a rede cobrir as necessidades e demandas de saúde da sua população; o investimento, a focalização na compatibilização da capacidade física com as necessidades e as demandas da população; e a racionalização da estrutura operacional segundo a capacidade fiscal e financeira, mediante planejamento estratégico de investimentos para toda a rede. O financiamento dos componentes das redes de atenção à saúde engloba o custeio e o alinhamento dos incentivos econômicos, de modo a favorecer uma responsabilização compartilhada entre todos esses componentes; e o investimento, o direcionamento para os serviços de saúde, feitos segundo o plano estratégico, contemplando os princípios de economia de escala e de escopo e buscando a qualidade.

O sistema de pagamento materializa-se por meio de formas de pagamento distintas, expressas nos seguintes tipos ideais: unidade de serviço, procedimentos definidos por grupos afins de diagnóstico, diária, capitação, pagamento por performance, pagamento por pacotes, pagamentos por episódios completos, pagamentos por salários, elemento de despesa orçamentário ou orçamento global. Essas formas de pagamento apresentam, todas elas, fortalezas e debilidades. Assim, o pagamento por capitação é forte no incentivo de medidas promocionais e preventivas e na contenção de custos, mas pode induzir os prestadores a não oferecerem certos serviços necessários; por outro lado, o pagamento por unidade de serviços ou por procedimentos incentiva a sobreprestação de serviços, mas é o sistema que mais satisfaz as pessoas usuárias. Contudo, está se fixando uma posição de que o método de pagamento por

unidade de serviço ou por procedimentos deve ser evitado, porque suas debilidades são muito superiores às suas fortalezas, em quaisquer circunstâncias (CHRISTENSEN *et al.*, 2009).

O pagamento por procedimentos a diferentes organizações que compõem as redes de atenção à saúde fomenta a competição entre os atores, porque nenhuma organização será incentivada a reduzir suas atividades e aceitar que elas sejam realizadas por outras por motivos de eficiência ou resolubilidade. Diferentemente, o pagamento por capitação pressupõe que as redes de atenção à saúde, em seu conjunto, recebem o financiamento adequado para prestar serviços a uma população determinada, independentemente de que organização preste o serviço. Esse sistema de pagamento incentiva a cooperação entre os atores e favorece que as organizações consensuem qual é o nível mais adequado para prestar cada tipo de atenção e que serviços cada uma delas presta, o que favorece a boa governança (FRANCESCO *et al.*, 2012).

Alguns pontos parecem consensuais em relação aos sistemas de pagamento nas redes de atenção à saúde: os prestadores de serviços respondem aos incentivos positivos e negativos contidos em cada forma de pagamento; exige-se certo nível de capacidade gerencial para tornar qualquer método eficaz; os métodos de pagamento que geram incentivos mais positivos tendem a apresentar custos administrativos mais altos; os gestores estão se movendo das formas de pagamento por subsídio à oferta para formas de pagamento por subsídio à demanda; a forma de pagamento deve induzir a algum compartilhamento de riscos financeiros entre os gestores e os prestadores de serviços; e a forma de pagamento deve fazer parte de um contrato de gestão com base em desempenho (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000).

Há uma tendência recente de mover do sistema de pagamento *fee-for-service* para um sistema de pagamento *fee-for-value* (UNITEDHEALTHCARE, 2012).

O valor da atenção à saúde é medido pelos resultados obtidos pelas pessoas usuárias por unidade do dinheiro investido. O valor não é o volume dos serviços prestados, porque mais serviços e mais serviços caros não significa melhor atenção à saúde. Os resultados da atenção à saúde podem ser medidos em múltiplas dimensões: habilidade de funcionamento, taxa de mortalidade, desfechos clínicos e sustentabilidade da recuperação. Uma melhoria na medida dos resultados leva a uma melhoria na geração de valor da atenção à saúde, porque o sentido dos incentivos financeiros muda da remuneração por serviços mais caros para a melhoria do estado de saúde das pessoas usuárias ou de uma população (PORTER, 2010; KAPLAN e PORTER, 2011).

O sistema de pagamento com base em valor constitui uma inovação porque facilita a obtenção de melhor qualidade dos serviços, menor custo, maior transparência e inovação. Esse sistema de pagamento é virtuoso porque alinha os incentivos entre organizações de saúde, prestadores de serviços e profissionais de saúde, melhorando os resultados clínicos, a experiência das pessoas usuárias e o custo/eficiência do sistema. Há evidências de que o sistema de pagamento hegemônico, baseado no volume dos recursos aplicados, não contribui para a melhoria dos resultados sanitários.

Uma pesquisa mostrou que houve uma associação inversa entre o volume dos recursos aplicados e a qualidade da atenção; piores resultados sanitários foram obtidos em regiões com maiores ofertas de serviços e maiores gastos (JENKINS *et al.*, 2003). Parece que a explicação está em que os sistemas de pagamento focados no volume de procedimentos penaliza os prestadores que operam com mais qualidade, já que manter as pessoas saudáveis, reduzir os erros médicos e evitar serviços desnecessários geram menores receitas aos prestadores (NRHI HEALTHCARE PAYMENT REFORM SUMMIT, 2008).

As principais mudanças que contribuem para a geração de valor para as pessoas, na experiência de uma operadora de services de saúde dos EUA, a UnitedHealthcare, foram: integração clínica e fortalecimento da atenção primária à saúde como as experiências de Patient-centered Medical Homes e Accountable Care Organizations, introdução de profissionais como enfermeiros e farmacêuticos clínicos na equipe de saúde, ênfase em medidas preventivas e uso de padrões construídos com base em evidências científicas (UNITEDHEALTHCARE, 2012). Essa operadora tem como meta passar de 20% de pagamentos por valor em 2014 para 60% a 65% em 2017 (PARMAR, 2014).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ASHTON, A. Cultura organizativa. In: PICKERING, S.; THOMPSON, J. **Gobierno clínico y gestión eficiente: cómo cumplir la agenda de modernización**. Barcelona: Churchill Livingstone Elsevier, 2010.
- ATUN, R. A. **What are the advantages and the disadvantages of restructuring a health system to be more focused on primary care services?** Copenhagen: WHO Regional Office for Europe/Health Evidence Network, 2004.
- BATES, P. **Strategies for cultural change**. Oxford: Butterworth-Heinemann, 1999.
- BECKHARD, R.; HARRIS, R. T. **Organizational transitions**. Reading: Addison-Wesley Publishing Company, 1987.
- BRASIL. **Portaria nº 4.279**, de 30 de dezembro de 2010.
- BRASIL. **Decreto nº 7.508**, de 28 de julho de 2011.
- BRIDGES, W. **Transitions, making sense of life's changes**. London: Nicholas Brearley, 1980.
- CASTELLS, M. **A sociedade em rede**. São Paulo: Paz e Terra, 2000.
- CHIN, H. Cómo conseguir el cambio. In: PICKERING, S.; THOMPSON, J. **Gobierno clínico y gestión eficiente: cómo cumplir la agenda de modernización**. Barcelona: Churchill Livingstone Elsevier, 2010.
- CHRISTENSEN, C. M. et al. **Inovação na gestão da saúde: a receita para reduzir custos e aumentar qualidade**. Porto Alegre: Bookman, 2009.
- CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **SUS: avanços e desafios**. Brasília: CONASS, 2006.
- CONTRANDRIOPOULOS, A. **A avaliação na área da saúde: conceito e métodos**. In: HARTZ, Z. M. A.

(Org.). *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1997.

COOTER, R. D.; ULEN, T. S. **Law and economics**. London: Scott, Foreman and Co., 1988.

CRUZ, V. K. O. et al. Delivery of health interventions: searching for synergies within vertical versus horizontal debate. **Journal of International Development**, vol. 15, p. 67-86, 2003.

DAHL, R. **Poliarquia: participação e oposição**. São Paulo: Editora Universidade de São Paulo, 1997.

DAWSON, B. **Informe Dawson sobre el futuro de los servicios médicos y afines, 1920**. Washington: Organización Panamericana de la Salud, Publicación Científica nº 93, 1964.

DUBOIS, C. A. et al. The human resource challenge in chronic care. In: DUBOIS, C. A.; McKEE, M.; NOLTE, E. (Ed.). **Caring people with chronic conditions: a health systems perspectives**. Maidenhead: Open University Press, 2008.

FLEURY, S. M.; OUVERNEY, A. M. **Gestão de redes: a estratégia de regionalização da política de saúde**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2007.

FLORES, W.; GÓMEZ-SÁNCHEZ, I. La gobernanza en los Consejos Municipales de Desarrollo de Guatemala: análisis de actores y relaciones de poder. **Rev. Salud Pública**, vol. 12, p. 138-150, 2010.

FRANCESCO, J. M. et al. **La gobernanza de las redes integradas de salud (RISS): contextos, modelos y actores en América Latina**. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 2012.

FRENK, J. **Bridging the divide: comprehensive reform to improve health in Mexico**. Nairobi, Commission on Social Determinants of Health, 2006.

GILBODY, S. et al. Educational and organizational interventions to improve the management of depression in primary care: a systematic review. **JAMA**, vol. 289, p. 3.145-3.151, 2003.

HAM, C. et al. Hospital bed utilization in the NHS, Kaiser Permanente, and US Medicare programme: analysis of routine data. **British Medical Journal**, vol. 327, p. 1.257-1.259, 2003.

HANDY, C. **Gods of management**. London: Souvenir Press, 1978.

HARRISON, R. Strategies for a new age. **Human Resource Management**, vol. 22, p. 209-235, 1983.

HILL, S. Why quality circles failed but total quality management might succeed. **British Journal of Industrial Relations**, vol. 29, p. 541-568, 1991.

HOOD, C. C. A public management for all seasons. **Public Administration**, vol. 69, p. 3-19, 1991.

HUÇULAK, M. **A Rede Mãe Paranaense na Macrorregião Noroeste do Paraná**. Curitiba: Secretaria de Estado de Saúde do Paraná, 2016.

ILLES, V.; SUTHERLAND, K. **Managing change in the NHS: organisational change: a review for health-care managers, professionals and researchers**. London: National Coordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R&D, 2001.

INSTITUTE OF MEDICINE. **Clinical practice guidelines: directions for a new program**. Washington: The National Academies Press, 1990.

JENKINS, S. F. et al. Changes in the quality of care delivered to Medicare beneficiaries, 1998/1999 to 2000/2001. **JAMA**, vol. 289, p. 305-312, 2003.

JOINT COMMISSION ON ACREDITATION OF HEALTHCARE ORGANIZATIONS. **Comprehensive accreditation manual for integrated delivery systems**. Oakbrook Terrace, Illinois: Joint Commission Resources, 2004.

KAISER PERMANENTE. **Annual report 2013**. Disponível em: <http://share.kaiserpermanente.org/static/kp_annualreport_2013>.

KAPLAN, R.S.; NORTON, D. P. **Mapas estratégicos: como convertir los activos intangibles en resultados tangibles**. Barcelona: Ediciones Gestión 2000, 2004.

KAPLAN, R. S.; PORTER, M. E. The big idea: how to solve the cost crisis in health care. **Harvard Business Review**, vol. 89, p. 46-52, 2011.

KATON, W. J. et al. The Pathway Study: a randomized trial of collaborative care in patients with diabetes and depression. **Arch Gen Psychiatry**, vol. 61, p. 1042-1049, 2004.

KAUL, M. The new public administration: management innovations in government. **Public Administration and Development**, vol. 17, p. 11-26, 1997.

KEY, P. Condições crônicas e mudança cultural. In: BENGHOA, R.; NUÑO, R. S. **Curar y cuidar: innovación en la gestión de enfermedades crónicas, una guía práctica para avanzar**. Barcelona: Elsevier España, 2008.

KICKERT, W. J. M.; KLIJN, E. H.; KOPPENJAN, J. M. F. Introduction: a management perspective on policy networks. In: ____; ____; _____. **Managing complex networks: strategies for the public sector**. London: Sage Publications, 1999.

KICKERT, W. J. M.; KOPPENJAN, J. M. F. **Public management and network management: an overview**. In: KICKERT, W. J. M.; KLIJN, E. H.; KOPPENJAN, J. M. F. **Managing complex networks: strategies for the public sector**. London: Sage Publications, 1999.

KISIL, M. **Gestão da mudança organizacional**. São Paulo: Instituto para o Desenvolvimento da Saúde, 1998.

KLIJN, E. H. Policy networks: an overview. In: KICKERT, W. J. M.; KLIJN, E. H.; KOPPENJAN, J. M. F. **Managing complex networks: strategies for the public sector**. London: Sage Publications, 1999.

KOUZES, J. M.; POSNER, B. Z. **The leadership challenge: how to keep getting extraordinary things done in organizations**. San Francisco: Jossey-Bass, 1995.

KUTZIN, J. **Health financing policy: a guide for decision-makers**. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2008.

LaFORGIA, G. **Financiamento, incentivos financeiros e sistemas de pagamento para a conformação de redes: experiências internacionais**. Brasília: Oficina sobre redes de atenção à saúde, Ministério da Saúde/CONASS/CONASEMS, 2007.

LAMB, G. S. Outcomes across the care continuum. **Medical Care**, vol. 35, p. 106-114, 1997.

LEAT, P. et al. Organizational design. In: SHORTELL, S.M.; KALUNZY, A. (Ed.). **Health care management: organization design and behavior**. New York: Delmar Publishers, 2000.

LEGA, F. **Organisational design for health integrated delivery systems: theory and practice.** Health Policy, vol. 81, p. 258-279, 2007.

LEWIS, N. Populations, population health, and the evolution of population management: making sense of the terminology in US health care today. **IHI Leadership Blog**, 2014.

LONGEST, B. B.; YOUNG, G. Coordination and communication. In: SHORTELL, S. M.; KALUZNY, A. (Ed.). **Health care management: organization design and behavior.** New York: Delmar Publishers, 2000.

McALEARNEY, A. S. **Population health management: strategies to improve outcomes.** Chicago: Health Administration Press, 2003.

MENDES, E. V. **Os sistemas de serviços de saúde: o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas.** Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

_____. **As redes de atenção à saúde.** Brasília: Organização Panamericana da Saúde, 2011.

_____. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

_____. **A construção social da atenção primária à saúde.** Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2015.

MILLS, A. Vertical vs horizontal programmes in Africa: idealism, pragmatism, resources and efficiency. **Social Sciences & Medicine**, vol. 17, p. 1971-1981, 1983.

MINTZBERG, H. **The structuring of organizations.** Englewood Cliffs: Prentice Hall, 1979.

_____. **Criando organizações eficazes: estruturas em cinco configurações.** 2. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

MORGAN, G. **Images of organizations.** London: Sage Publications, 1986.

NRHI HEALTHCARE PAYMENT SUMMIT. **From volume to value: transforming health care payment and delivery systems to improve quality and reduce costs.** Pittsburgh: Network for Regional Healthcare Improvement, 2008.

NUÑO, R. S. Exploración conceptual de la atención integrada. In: BENGÓA, R.; NUÑO, R. S. **Curar y cuidar: innovación en la gestión de enfermedades crônicas: una guía práctica para avanzar.** Barcelona: Elsevier España, 2008.

OECD. **Health at a glance.** Europe 2014. Paris: OECD, 2014.

OOMS, G. et al. The diagonal approach to Global Fund financing: a cure for the broad malaise of health systems? **Globalization and Health**, vol. 4, p. 6, 2008.

PARMAR, A. **UnitedHealth executive: fee-for-value is here.** 2014. Disponível em: <www.mddionline.com/blog/devicetalk/unitedhealth-executive-fee-value-here?cid=nl.mddi01>.

PERROT, J. et al. **The contractual approach: new partnerships for health in developing countries.** Geneva: World Health Organization, Macroeconomics, Health and Development Series nº 24, 1997.

PORTER, M. **Population care and chronic conditions: management at Kaiser Permanente.** Oakland: Kaiser Permanente, 2007.

PORTER, M. E. What is value in health care? **N Engl J Med**, vol. 363, p. 2.477-2.481, 2010.

PORTER, M.E.; TEISBERG, E. O. **Repensando a saúde: estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos**. Porto Alegre: Bookman, 2007.

PRATS, J. C. Gobernabilidad democrática para el desarrollo humano. **Revista Instituciones y Desarrollo**, p. 103-148, 2001.

RABELO, R. J. **Gestão de mudança**. Florianópolis: Departamento de Automação e Sistemas da Universidade Federal de Santa Catarina, 2010.

ROSEN, R.; HAM, C. Atención integrada: enseñanzas de evidencia y experiencia, informe del Seminario Anual de Salud, 2008, Sir Roger Bannister. 2009. **Revista de Innovación Sanitaria y Atención Integrada**, vol. 1, iss 2, article 2. Disponível em: <<http://pub.bsalut.net/risai/vol1/iss2/2>>.

SAVAS, S. et al. Contracting models and provider competition. In: SALTMAN, R. B. et al. **Critical challenges for health care reform in Europe**. Buckingham: Open University Press, 1998.

SCHARPF, F. W. Interorganizational policy studies: issues, concepts and perspectives. In: HANF, K. I.; SCHARPF, F. W. **Interorganizational policy making: limits to coordination and central control**. London: Sage Publications, 1978.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS. **Mapa Estratégico**. Belo Horizonte: SES-MG, 2009.

SENGE, P. **A quinta disciplina**. São Paulo: Best Seller, 1990.

SINGH, D. **Transforming chronic care: evidence about improving care for people with longterm conditions**. Birmingham: University of Birmingham/Health Services Management Centre, 2005.

SMITH, S. et al. The North Dublin randomized controlled trial of structured diabetes shared care. **Fam Pract**, vol. 21, p. 39-45, 2004.

SOUSA, S. F. **A rede de urgência e emergência da Macrorregião Norte de Minas Gerais: um estudo de caso**. Belo Horizonte, Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal de Minas Gerais, 2012.

STOTO, M. A. **Population health in the Affordable Care Act era**. Washington: Academy Health, 2013.

TROSA, S. **Gestão pública por resultados: quando o Estado se compromete**. Rio de Janeiro: Revan, 2001.

TUFTS MANAGED CARE INSTITUTE. **Population-based health care: definitions and applications**, 2000. Disponível em: <<http://www.thci.org>>.

UNITEDHEALTHCARE. **Shifting from fee-for-service to value-based contracting model**. 2012. Disponível em: <http://www.consultant.uhc.com/assets/vbc_overview_flier_pdf>.

VARGAS, I. et al. **Guía para la implantación de mecanismos de coordinación asistencial em Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS)**. Washington: Organización Panamericana de la Salud/Consortio de Salud y Atención Social, 2011.

WAGNER, E. H. Chronic disease management: what will take to improve chronic illness? **Effective Clinical Practice**, vol. 1, p. 2-4, 1998.

WILLIAMSON, O. E. **The economic institutions of capitalism**. New York: Free Press, 1985.

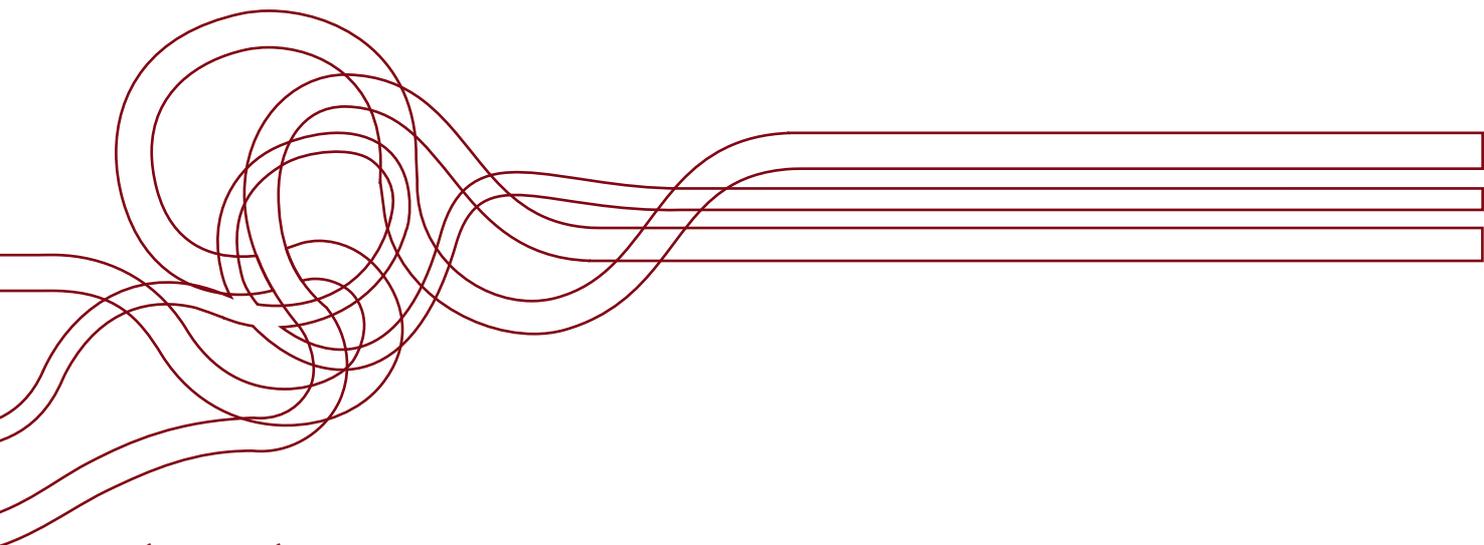
WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Integration of health care delivery**: report of a WHO study group. Geneva: WHO/Technical Report Series n° 861, 1996.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The world health report 2000**: health systems, improving performance. Geneva: World Health Organization, 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO global strategy on people-centred and integrated health services**: interim report. Geneva: World Health Organization, 2015.

3

A GOVERNANÇA DA REDE MÃE PARANAENSE



MÁRCIA CECÍLIA HUÇULAK

Enfermeira, mestre em planejamento e financiamento em saúde. Coordenadora da Rede Mãe Paranaense.

Introdução

A avaliação mais efetiva e de maior sensibilidade da qualidade de vida de uma sociedade é a tendência temporal de queda da mortalidade materna e infantil. As evidências demonstram que países que possuem bons indicadores, além de organizarem adequada assistência materno infantil, também investiram fortemente na melhoria de fatores relacionados à escolaridade da mãe, às condições de vida e ao acesso aos serviços de saúde em tempo oportuno. Portanto, a identificação dos fatores de risco que interferem na mortalidade materna e infantil é fundamental para orientar o planejamento das ações e interferir nesses indicadores.

Desde 2011, a Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA/PR) definiu, no seu planejamento estratégico, a mudança do modelo assistencial no estado, por meio da implantação das Redes de Atenção à Saúde. Em razão do perfil epidemiológico e demográfico do estado, foram definidas inicialmente cinco redes prioritárias, a Rede Mãe Paranaense, Rede Paraná Urgência, Rede de Saúde Bucal, Rede de Saúde Mental e a Rede de Condições Crônicas (hipertensão, diabetes e idoso).

A Rede Mãe Paranaense foi definida como uma rede prioritária no Plano de Governo para a Saúde desde 2011. Essa prioridade foi baseada na análise dos indicadores de mortalidade infantil e materna, que apresentava a estagnação dos indicadores, grande desigualdade entre as regiões

de saúde e a ausência de todos os pontos de atenção organizados para atender as gestantes e as crianças. E, acima de tudo, o elevado percentual de mortes maternas (85%) e infantis (65%) evitáveis.

A Organização Pan-Americana de Saúde/Organização Mundial de Saúde (OPAS/OMS) considera como baixa uma Razão de Mortalidade Materna (RMM) menor que 20 mortes por 100.000 Nascidos Vivos (NV). A RMM no Paraná caiu de 90,5/100.000 NV em 1990 para 66,42/100.000 NV em 2000, o que representou uma redução de 26,6% dos óbitos em 10 anos. No período de 2001 a 2010 a RMM foi de 65,27/100.000 NV para 65,11/100.000 NV, indicando uma redução de apenas 0,2% em uma década. Ao analisar a causa desses óbitos, verificou-se alto percentual de evitabilidade, em média 85% dos casos, sendo que 71% dos óbitos foram atribuídos à atenção pré-natal, puerpério e assistência hospitalar; 23% relacionados a causas sociais e 6% ao planejamento familiar e outros (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ, 2014). Em parte, esta situação foi atribuída à concentração do atendimento às gestantes em unidades centralizadas, o que afastou a gestante da realização do pré-natal nas unidades de atenção primária nos municípios e do seu acompanhamento adequado pelas equipes.

O coeficiente de mortalidade infantil no Paraná demonstrava redução de 16,4 em 2002 para 12,15/1000 NV em 2010, porém com grande desigualdade entre as regiões de saúde, sendo que, das 22 regiões, 14 apresentavam coeficientes acima da média do Estado. O componente neonatal (0 a 28 dias após o nascimento) representava 72% dos óbitos (BRASIL, 2009).

A partir da análise da mortalidade materna e infantil, no período de 2001 a 2010, era evidente a necessidade de se adotarem novas medidas de intervenção para mudar esse quadro no Paraná.

A REDE MÃE PARANAENSE

A implantação da Rede Mãe Paranaense está fundamentada no marco conceitual das Redes de Atenção à Saúde proposta por Mendes (2011), que adotamos no Paraná como modelo de atenção, em razão da necessidade de melhorar o acesso e a qualidade da atenção à saúde prestada ao cidadão e enfrentar o fenômeno das condições crônicas que representam mais de 76% da carga de doença no Paraná.

A Rede Mãe Paranaense é um conjunto de ações que se inicia com a captação precoce da gestante, o seu acompanhamento no pré-natal e puerpério, com no mínimo sete consultas, a realização de toda a rotina de exames pré-natais, a estratificação de risco das gestantes e das crianças, o atendimento em ambulatório especializado para as gestantes e crianças de risco, a garantia do parto por meio de um sistema de vinculação ao hospital conforme o risco gestacional.

O público-alvo são as mulheres em idade fértil e crianças menores de um ano de idade que, segundo população IBGE/2015, representa 3.428.706 mulheres. De acordo com dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), em 2015 nasceram no Paraná 160.937 crianças e

estima-se 177.031 gestantes. Em 2015 cerca de 130 mil gestantes foram atendidas pela Rede Mãe Paranaenses nos 399 municípios. Embora a Rede Mãe Paranaense tenha como público-alvo mulheres e crianças, é importante destacar que ações implantadas promovem a qualidade de vida de toda a família paranaense.

A Modelagem da Rede Mãe Paranaense

Na modelagem da Rede foi feita com base na análise epidemiológica e demográfica, na oferta dos serviços de saúde nas regiões de saúde. A partir dessa análise, foi possível estabelecer os critérios para a estratificação de risco das gestantes e crianças menores de um ano. A estratificação de risco é utilizada no manejo das condições crônicas e, baseada em análise epidemiológica, permite a organização dos serviços para oferecer o recurso assistencial mais adequado e para quem mais se beneficia desses recursos. Com base nesse estudo, definiram-se três graus de risco da gestante e da criança; risco habitual, risco intermediário e alto risco (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ, 2016).

- **Risco Habitual:** gestantes e crianças que não apresentam fatores de risco individual, sociodemográficos, de história reprodutiva anterior, de doença ou agravo preexistente ou atual.
- **Risco Intermediário:** Gestantes e crianças que apresentam fatores de riscos relacionados às características individuais (raça, etnia e idade), sociodemográficos (escolaridade) e de história reprodutiva anterior, relacionados a seguir:
 - » **Raça e ou etnia da mãe** – mães negras e indígenas
 - » **Idade da mãe** – abaixo de 15 anos e maior de 40 anos
 - » **Grau de escolaridade da mãe** – mães eram analfabetas ou com menos de 3 anos de estudo.
 - » **Mães com pelo menos um filho morto em gestação anterior** – mães com histórico de abortamento, óbito feral ou filho anterior morto.
- **Alto Risco:** Gestantes que apresentam fatores de riscos relacionados a condição clínica preexistente; intercorrências clínicas; doenças clínicas diagnosticadas pela primeira vez na gestação; má formação fetal confirmada; macrossomia do concepto com patologias.

A estratificação de risco da gestante define a sua vinculação ao pré-natal e ao hospital para o atendimento das suas intercorrências na gestação e no momento do parto. A estratificação de alto risco na criança está relacionada por ocasião do nascimento e do seu desenvolvimento da identificação de prematuridade, asfixia grave (apgar < 7 no 5.º minuto de vida), baixo peso ao nascer, desnutrição grave, crescimento e/ou desenvolvimento inadequados, presença de doenças de transmissão vertical (toxoplasmose, sífilis, Aids) e triagem neonatal positiva.

Para garantir a integralidade do cuidado para as gestantes e seus bebês a SESA desenvolveu ações no sentido garantir o atendimento nos níveis primário, secundário e terciário de atenção. Mendes considera que redes de atenção à saúde são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde

de diferentes densidades tecnológicas, que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (KAPLAN e NORTON, 1997).

O Mapa Estratégico

O mapa estratégico representa uma arquitetura genérica que permite a descrição das estratégias para o alcance dos objetivos. Auxilia a organização ao dar visibilidade para suas estratégias de forma coesiva, integrada e sistemática, ou seja, permite visualizar os diferentes itens necessários ao mapa em uma cadeia de causa e efeito que conecta os resultados almejados com as ações e objetivos. Kaplan e Norton (1997) criaram o conceito de mapa estratégico, a respeito do qual afirmam que “representa o elo perdido entre a formulação e a execução da estratégia”. O Mapa deve prever a identificação da missão do projeto, no caso Rede Mãe Paranaense, visão, valores, os resultados para a sociedade, os processos e ações de gestão necessária para que a Rede aconteça e o aporte financeiro necessário. A seguir, a visão arquitetônica do Mapa construído especificamente para a Rede Mãe Paranaense.

FIGURA 1. MAPA ESTRATÉGICO DA REDE MÃE PARANAENSE

(SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ, 2016)

MISSÃO	- Garantir o acesso e atenção, promovendo o cuidado seguro e de qualidade na gestação, parto e puerpério às crianças menores de um ano de idade.
VISÃO	- Ser, até 2020, o Estado com uma rede de atenção materno-infantil que apresenta padrões de qualidade, organizada em todas as regiões com equidade e com a mínima ocorrência de óbitos maternos e infantis.
VALORES	- Compromisso. Ética. Vínculo. Humanização.
RESULTADOS PARA A SOCIEDADE	- Reduzir a mortalidade materna e infantil. - Garantir o funcionamento da rede de atenção materno e infantil em todo o Estado.
PROCESSOS	- Melhorar a qualidade e a responsabilidade da assistência ao pré-natal, parto e puerpério; - Implantar e implementar a Linha Guia da Atenção Materno-infantil; - Implantar a estratificação de risco em todos os níveis de atenção para a gestante e para a criança; - Vincular as gestantes aos hospitais de referência, conforme estratificação de risco, promovendo a garantia do parto, estabelecendo padrões de qualidade e segurança; - Melhorar a assistência ao pré-natal de alto risco e acompanhamento das crianças de risco menores de um ano; - Implementar transporte sanitário eletivo e de urgência para gestantes e crianças em situação de risco; - Disponibilizar os exames de apoio e diagnóstico e medicamentos de pré-natal padronizados pela Linha Guia.
GESTÃO	- Contratualizar os hospitais para vinculação do parto; - Implantar Central de Monitoramento do Risco Gestacional e Infantil; - Capacitar profissionais de saúde de todos os níveis de atenção da rede de atenção materno-infantil; - Viabilizar os insumos necessários para o funcionamento da rede de atenção materno-infantil; - Consolidar sistema de governança da rede de atenção materno-infantil – Mãe Paranaense.
FINANCEIRA	- Implantar incentivo financeiro para os municípios que aderirem à Rede Mãe Paranaense e realizar o acompanhamento das gestantes e crianças, conforme critérios estabelecidos; - Implantar Incentivo de Qualidade ao Parto para os hospitais de referência com garantia da vinculação do parto.

Estratégias

1. Apoiar os municípios para melhoria da estrutura dos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS), investindo na construção, reforma, ampliação e em equipamentos para as unidades de atenção primária;

2. Estabelecer incentivo financeiro, fundo a fundo, aos municípios para custeio das equipes de saúde que atuam na APS com ênfase em critérios de vulnerabilidade epidemiológica e social;
3. Qualificar os profissionais que atuam nos pontos de atenção da rede por meio de programas de educação permanente;
4. Implantar a segunda opinião e telessaúde para apoiar os profissionais das equipes de Atenção Primária;
5. Garantir a oferta de pré-natal de qualidade (consultas e exames) para as mães paranaenses, na atenção primária e na atenção secundária;
6. Garantir referência hospitalar para o parto, de acordo com o grau de risco da gestante;
7. Apoiar os municípios para a realização do acompanhamento das crianças de risco até um ano de vida;
8. Estabelecer ambulatório de referência (Centro Mãe Paranaense) para as gestantes e crianças de risco;
9. Padronizar a utilização da carteira da gestante e da criança em todo o estado;
10. Instituir Estratégia de Qualidade ao Parto (EQP) para os hospitais que atendem os critérios para uma adequada atenção à gestante de risco habitual e risco intermediário e ao parto;
11. Ampliar as ações de incentivo ao aleitamento materno e garantir o leite humano para crianças de risco, investindo na ampliação e melhoria dos bancos (postos de coleta de leite humano).

OS PONTOS DE ATENÇÃO DA REDE MÃE PARANAENSE

(SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ, 2016)

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A atenção primária é a porta de entrada da rede e ordena o cuidado nos outros níveis de atenção. A Rede Mãe Paranaense tem adesão dos 399 municípios do estado, que desenvolvem as atividades de busca ativa precoce à gestante e às crianças menores de um ano; acompanhamento das gestantes durante todo o pré-natal e das crianças; vincula as gestantes a serviços para que o parto ocorra de modo seguro e solidário, o mais natural possível, e encaminha a gestante de risco intermediário e de alto risco para os Centros Mãe Paranaense. Toda a unidade de atenção primária organiza as ações de pré-natal e acompanhamento, de forma que toda gestante tenha como referência a Unidade de Atenção Primária (UAP) mais próxima da sua residência, organizada ou não por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Estrutura-se, portanto, um processo de detecção precoce de gestação de risco que estabelece a vinculação da gestante aos serviços de maior complexidade, contudo mantém o seu acompanhamento e monitoramento pela equipe de saúde da UAP.

A melhoria da atenção primária é pressuposto para a organização da Rede Mãe Paranaense, considerando que a captação precoce da gestante e o seu acompanhamento e o da criança são elementos fundamentais para uma atenção de qualidade, assim como a estratificação de risco da gestante e da criança, vinculando-os aos serviços especializados, que devem ser resolutivos e acessíveis em tempo adequado. Em razão disto, a SESA investiu fortemente na melhoria das condições de infraestrutura e capacitação das equipes da APS. Foram repassados recursos financeiros aos municípios para a construção, reforma e ampliação e equipamentos de 503 unidades de saúde no período de 2011 a 2015.

Os municípios que aderiram à Rede Mãe Paranaense assinaram um termo de compromisso, no qual o município se compromete a executar as ações e os indicadores previstos na linha guia da Rede Mãe Paranaense.

NA ATENÇÃO SECUNDÁRIA/CENTRO MÃE PARANAENSE

A atenção secundária ambulatorial é um equipamento nas Redes de Atenção que enfrenta uma condição de saúde específica e complementando a necessidade de atenção primária. Na Rede Mãe Paranaense, os ambulatórios de especialidades são identificados como Centros Mãe Paranaense e especificamente têm a competência de atender as gestantes e crianças estratificadas de risco pela atenção primária

O território sanitário da Atenção Secundária Ambulatorial para a Rede Mãe Paranaense são as 22 regiões de Saúde, que dispõem de uma referência ambulatorial para atendimento à gestante de alto risco e de risco intermediário, que pode estar localizado em um ambulatório do hospital de referência à gestante de alto risco e risco intermediário e/ou nos consórcios intermunicipais de saúde.

O modelo de atenção para o Centro Mãe Paranaense é o da integralidade do cuidado, onde a gestante e a criança terão todos os recursos de atendimento multiprofissional e multidisciplinar, de diagnóstico e terapêutico garantidos. Neste centro, estão disponíveis profissionais como: obstetras e pediatras, cardiologistas, endocrinologistas, nefrologistas, nutricionistas, fisioterapeutas, enfermeiros (preferencialmente enfermeiras obstétricas), farmacêuticos, entre outros.

NA ATENÇÃO SECUNDÁRIA E TERCIÁRIA HOSPITALAR

Para organizar a vinculação do parto, a Rede Mãe Paranaense estabeleceu uma tipologia hospitalar. Foram definidas três tipologias: hospitais de baixo risco, hospitais de risco intermediário e hospitais de alto risco. Para cada tipologia, foram definidas as condições de atendimento e a equipe de profissionais necessários e o território de abrangência.

Na atenção secundária hospitalar, foram definidas as referências para atendimento das intercorrências e atenção ao parto das gestantes estratificadas de baixo risco e risco intermediário. Esses

hospitais foram contratualizados mediante um chamamento público, de acordo com a tipologia estabelecida. A SESA definiu um valor de incentivo financeiro de qualidade ao parto, que é pago aos prestadores contratualizados de acordo com a tipologia do hospital e a apresentação dos relatórios de partos vinculados. Os hospitais de baixo risco são de abrangência municipal e/ou microrregional. Os hospitais de risco intermediário de abrangência microrregional e/ou regional.

As gestantes de alto risco são vinculadas aos hospitais e maternidades de alto risco que têm abrangência regional e/ou macrorregional. São hospitais e/ou maternidades que dispõem de leitos de UTI adulto, UTI neonatal e pediátrica, ambulatorios para o pré-natal de alto risco. A estratificação de risco da gestante realizada na atenção primária define a sua vinculação ao serviço hospitalar conforme a tipologia definida.

MATRIZ DOS PONTOS DE ATENÇÃO DA REDE MÃE PARANAENSE (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ, 2016)

NÍVEL DE ATENÇÃO	PONTOS DE ATENÇÃO À SAÚDE			TERRITÓRIO SANITÁRIO
Atenção Terciária à Saúde	Hospital de Alto Risco	Casa de apoio à Gestante	Unidade de Internação Pediátrica Especializada	Macrorregião de Saúde
			UTI Adulto, Neonatal e Pediátrica, UCINCa e UCINCo	
Atenção Secundária à Saúde	Hospital de Risco Habitual e Intermediário	Centro Mãe Paranaense (gestante e criança de risco)	Unidade de Internação Pediátrica	Região de Saúde
			UTI Pediátrica, UTI e UCI Neonatal	
	Hospital de Risco Habitual			
Atenção Primária à Saúde	Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)			Município
	Unidade de Atenção Primária (UAP)			Área de abrangência
	Domicílio (ACS)			Microárea
				Município

A Governança das Redes de Atenção à Saúde

As Redes de Atenção à Saúde são uma forma de organizar a atenção à saúde de determinado agravo ou condição de saúde e pressupõem a estruturação de pontos de atenção de diferentes densidades tecnológicas que devem ser distribuídos em um determinado território de forma a atender os

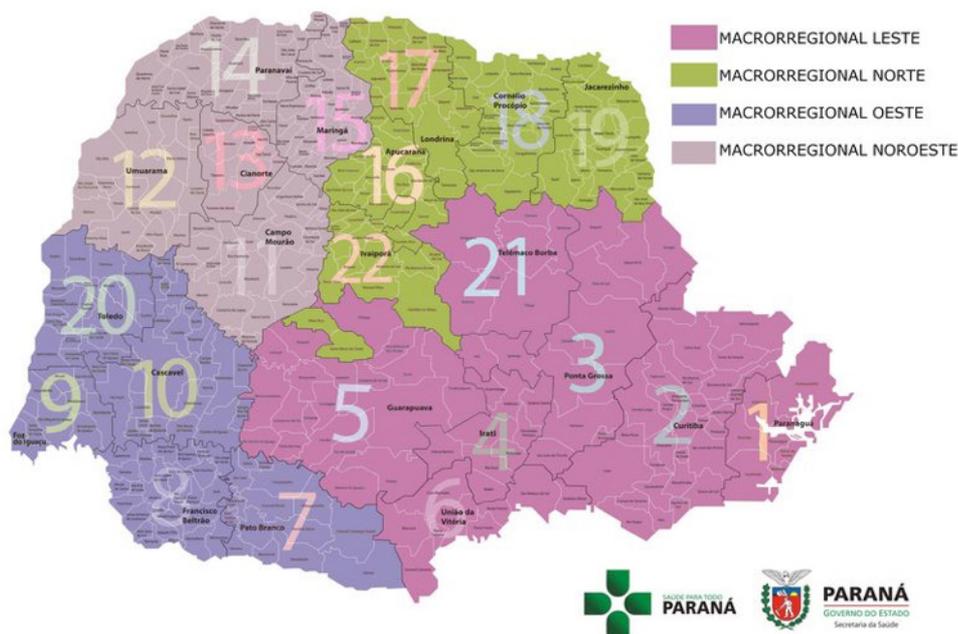
princípios do acesso e da escala. Dessa forma, a integralidade da atenção, nos três níveis atenção primária, secundária e terciária, se completa na macrorregião de saúde, o que justifica a criação de uma instância de monitoramento e gestão que abrange o território sanitário macrorregional (MENDES, 2011).

Nas redes de atenção, há, portanto, a necessidade de se estabelecer uma coordenação entre gestores interdependentes e prestadores de serviços para que os processos de formulação, negociação e tomada de decisão coletiva ocorram de forma harmônica, objetivando o alcance de objetivos comuns. A governança não é um processo de hierarquia: pressupõe confiança e cooperação entre instituições autônomas e independentes.

As diferenças entre a governança das redes de atenção à saúde e a gerência de unidades de saúde é que a governança é a gestão das relações entre a atenção primária à saúde, os pontos de atenção secundários e terciários à saúde, os sistemas de apoio e os sistemas logísticos; a gerência é a gestão de uma estrutura isolada: da atenção primária à saúde, de cada ponto de atenção secundário e terciário à saúde, de cada sistema de apoio e de cada sistema logístico.

No Paraná, a SESA desde abril de 2014 implantou um Laboratório de Inovação em Governança da Rede Mãe Paranaense em parceria com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), Fundação Dom Cabral (FDC), Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) (FUNDAÇÃO DOM CABRAL, 2015). Essa experiência acontece na Macrorregião Noroeste onde se agrupam cinco regiões de saúde do estado (11^a - Campo Mourão; 12^a - Umuarama; 13^a - Cianorte; 14^a - Paranaíba; e 15^a - Maringá).

Figura 2. Mapa Político do Estado do Paraná – Divisão por Macrorregionais



Para organizar a Governança da Rede Mãe Paranaense, foi instituído um Comitê Executivo Macrorregional que passou a ser um comitê assessor da Comissão Intergestores Bipartite (Deliberação CIB n. 042/2014 – Anexo I do capítulo). Esse Comitê é composto por representantes da SESA (nível gerencial e regional), representantes dos principais serviços de saúde: hospitais de referência regional e microrregional e ambulatórios especializados de referência regional, representantes do Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS), que ao mesmo tempo representam municípios da macrorregião e representante do segmento dos usuários do Conselho Estadual de Saúde e que tenha vínculo com a macrorregião. As reuniões são mensais e nessas reuniões são realizadas avaliações, discussões sobre estratégias de melhoria da atenção materno infantil e definição de protocolos assistenciais, como também são debatidos os problemas relativos aos atendimentos prestados nos diversos pontos de atenção dos pontos de atenção da Rede Mãe Paranaense na macrorregião.

As atribuições do Comitê Executivo Macrorregional da Rede Mãe Paranaense são:

1. Reunir-se periodicamente ou quando necessário;
2. Acompanhar o funcionamento da Rede Mãe Paranaense nos diversos pontos de atenção da rede;
3. Monitorar os objetivos e metas da Rede Mãe Paranaense que devem ser cumpridos a curto, médio e longo prazo;
4. Monitorar os indicadores estabelecidos no painel de bordo da Rede Mãe Paranaense na Macrorregião;
5. Recomendar novos arranjos, fluxos e organização da Rede Mãe Paranaense;
6. Recomendar capacitações e Educação Permanente para as equipes de saúde;
7. Recomendar medidas que favoreçam as articulações das políticas Interinstitucionais;
8. Encaminhar para a CIB Estadual as recomendações.

Essa experiência possibilita melhor arranjo interinstitucional da Rede, dando encaminhamento aos problemas identificados nos diversos serviços que compõem a rede na macrorregião para o seu bom funcionamento. Considerando o êxito nessa experiência, foi implantado o comitê na macrorregião Norte, e já está em elaboração o painel de bordo da Rede Paraná Urgências para a implantação da governança dessa rede também.

Para o acompanhamento, monitoramento e avaliação da Rede Mãe Paranaense, desenvolveu-se o painel de bordo. O painel de bordo é uma ferramenta de gestão que permite que todos os envolvidos na prestação da assistência e na gerência de unidades de saúde e na gestão do sistema avaliem rotineiramente os indicadores e a coerência entre os objetivos a serem alcançados; as metas; e a missão definida no Mapa Estratégico. Ao verificar e refletir sobre os indicadores que o painel de bordo definiu, observa-se que esses permitem obter as respostas ante as seguintes perguntas: Estamos fazendo o que é certo? Estamos fazendo corretamente? Podemos fazer melhor?

O monitoramento possibilita o gerenciamento da atenção à saúde, por meio do acompanhamento do atendimento da mulher e da criança ao longo de toda a rede de atenção à Mãe Paranaense e irá orientar o processo de decisão para a implementação de novas medidas.

No Anexo II deste capítulo pode-se verificar o Painel de Bordo para a Rede Mãe Paranaense, que estabeleceu indicadores nas seguintes perspectivas: resultado para a sociedade, indicadores de processo, indicadores de gestão e indicadores relacionados ao financiamento.

Resultados

Nesses quatro anos de trabalho de implantação das ações da Rede Mãe Paranaense, verificamos a melhora em vários indicadores. Em 2015 tivemos uma redução de 23,5% dos óbitos maternos em relação a 2010, a Razão de Mortalidade Materna (RMM) caiu de 65,11/2010 para 41,3/100.000 NV em 2014, ou seja, em 4 anos com a implantação das ações da Rede Mãe Paranaense a redução da mortalidade materna foi maior que nos últimos 20 anos. Vale ressaltar que o Paraná possui, de acordo com avaliação do Ministério da Saúde, bom sistema de investigação de óbitos, sendo que 100% dos óbitos maternos são investigados.

Outro dado importante nessa redução que verificamos foi a redução no número de óbitos maternos em 50% por Doença Hipertensiva Específica da Gravidez (DHEG) e 40% por hemorragias em relação a 2010. Entretanto, observamos um aumento nos casos de óbito por infecção. A mortalidade infantil caiu 10,3% em relação a 2010, com uma redução dos óbitos por causas evitáveis de 80% para 60%.

As taxas^a de cesariana, segundo dados do Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC), têm variado entre 2010 e 2014, de 58,6% e 63,7%, respectivamente. Contudo, ao separarmos o percentual de cesarianas realizadas no SUS verificamos que em 2015 tivemos 55,4% de partos normais. Esse dado elevado do Paraná é em razão do elevado percentual deste procedimento nas usuárias de planos de saúde e particulares.

A proporção de pré-natal com sete ou mais consultas tem-se mantido desde a implantação da Rede acima de 82%, e 83% das gestantes vinculadas ao hospital de acordo com o risco gestacional, em 2015. E de acordo com a avaliação dos gestores e prestadores, a melhoria da atenção materno infantil em todos os pontos de atenção da rede.

Um dos grandes avanços que observamos com a implantação da governança da Rede foi a integração dos serviços da atenção primária com a atenção secundária ambulatorial e dos hospitais, e a melhoria nas relações entre os profissionais das instituições que compõem a rede. Esta integração permite que o fluxo de encaminhamento das gestantes e de seus bebês ocorra de forma natural.

^a OS RESULTADOS FORAM OBTIDOS A PARTIR DO SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE NASCIDO VIVOS (SINASC), DO BANCO ESTADUAL DO PARANÁ.

A Rede Mãe Paranaense tem ainda muitos desafios, tais como a manutenção e ampliação da redução da mortalidade materna e infantil; a implantação de estratégias para a redução de cesáreas; a implantação de especialização em enfermagem obstétrica; o monitoramento dos hospitais para a melhoria da qualidade da atenção durante o trabalho de parto, parto e puerpério; a implantação dos Centro Mãe PR nas regiões onde ainda não foram implantados; a ampliação da gestão de caso para as gestantes para acelerar a redução da mortalidade infantil; a implantação do protocolo de qualificação dos pontos da Rede Mãe PR (monitoramento), entre outras que irão surgir a partir das discussões do comitê executivo macrorregional.

CONCLUSÕES



Assista o vídeo sobre a Rede Mãe Paranaense pelo QR Code ao lado ou pelo link <https://goo.gl/9jsGFM>



A melhoria dos indicadores da atenção materno infantil e em especial a queda da mortalidade materna de forma rápida têm-se mostrado consistente, resultado das diversas mudanças que foram introduzidas com a implantação da Rede Mãe Paranaense. A frequência do evento óbito materno é cada vez menor em termos absolutos, e esse é grande desafio: reduzir cada vez mais. Essa realidade aponta para necessidade de melhoria na qualidade da assistência, já que a maior parte dos casos é decorrente de causas evitáveis, portanto a redução da RMM e Coeficiente de Mortalidade Infantil (CMI) no Paraná ainda é um objeto a ser buscado constantemente.

Para a organização de Rede de Atenção, fomos desafiados cotidianamente em face da complexidade de mudar conceitos e processos de trabalho nas equipes de saúde. Consideramos que o planejamento das ações com base nas necessidades da população foi basilar para uma boa aceitação das propostas. E, ainda, ressalta-se que a aplicação das ferramentas do planejamento com o alinhamento dos objetivos estratégicos e a alocação dos recursos financeiros contribuíram para os resultados alcançados. Além disso, o monitoramento constante dos indicadores, definidos no painel de bordo e avaliados mensalmente no comitê executivo macrorregional, permitem-nos o acompanhamento e a constatação dos problemas com uma intervenção rápida. Há, de acordo com Mendes, a geração de excedente cooperativo entre gestores e prestadores e em especial com as equipes que atuam nesses serviços, que dificilmente conseguiríamos sem o comitê executivo macrorregional. Há vários relatos dos gestores municipais e das equipes regionais da SESA da melhoria na relação com os prestadores, de uma melhor compreensão dos problemas e da busca de solução conjunta, e a pactuação dos fluxos e de protocolos nos pontos de atenção da Rede.

A ideia força da Rede Mãe Paranaense é “O Paraná nasce com Saúde” e consideramos que a implantação do sistema de governança dessa rede tem contribuído para o alcance desse objetivo.

Anexo I



DELIBERAÇÃO N. 042 – 25/02/2014

A Comissão Intergestores Bipartite do Paraná, reunida em 25/02/2014, na cidade de Curitiba

CONSIDERANDO

- O Decreto nº 7.508, de 28 de julho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa;
- O Plano Estadual de Saúde do Paraná, que tem, entre as suas estratégias para a organização do Sistema Único de Saúde no Paraná, a implantação de Redes de Atenção à Saúde;
- A Deliberação n. 266 de 27 de agosto de 2012, que define as Diretrizes para implementação do COAP – Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde no Estado do Paraná;

APROVA

- Instituir o Comitê Executivo Macrorregional da Rede Mãe Paranaense, da Macrorregião Noroeste do Estado do Paraná;
- O Comitê Executivo Macrorregional tem como objetivo monitorar, acompanhar e propor soluções para o adequado funcionamento da Rede Mãe Paranaense na macrorregião;
- O Comitê Executivo Macrorregional será composto pelos seguintes membros:

DA COMPOSIÇÃO

Grupo	Representação	Quantidade
A	Diretores das Regionais de Saúde	05
B	Presidente dos Conselhos Regionais de Secretários Municipais de Saúde – CRESEMS de cada região de saúde que compõe a macrorregião e mais o Secretário Municipal de Saúde dos municípios sedes das regiões de saúde, desde que este não seja presidente do CRESEMS	05 a 10 (variável)
C	Representante do segmento dos usuários do Controle Social que seja Integrante do Conselho Estadual e que tenha vínculo com a macrorregião	01

D	Prestadores de Serviços – Os diretores dos hospitais de referência Macrorregional: Hospital Universitário de Maringá Santa Casa de Maringá Os diretores dos hospitais de referência regional: Santa Casa de Campo Mourão Hospital NOROSPAR Hospital São Paulo Santa Casa de Paranaíba	06
E	Um representante dos Consórcios Intermunicipais de Saúde das regiões de Saúde da Macrorregião	05

OBS.: O COMITÊ EXECUTIVO DEVERÁ DISPOR DE APOIO TÉCNICO DAS EQUIPES REGIONAIS DE SAÚDE.

São atribuições do Comitê Executivo Macrorregional:

- Reunir-se periodicamente ou quando necessário;
- Acompanhar o funcionamento da Rede Mãe Paranaense nos diversos pontos de atenção da rede;
- Monitorar os objetivos e metas da Rede Mãe Paranaense que devem ser cumpridos a curto, médio e longo prazo;
- Monitorar os indicadores estabelecidos no painel de bordo da Rede Mãe Paranaense na Macrorregião;
- Recomendar novos arranjos, fluxos e organização da Rede Mãe Paranaense;
- Recomendar capacitações e Educação Permanente para as equipes de saúde;
- Recomendar medidas que favoreçam as articulações das políticas Interinstitucionais;
- Encaminhar para a CIB Estadual as recomendações.

Do funcionamento do Comitê Executivo Macrorregional:

- O Comitê reunir-se-á mensalmente de forma ordinária e extraordinária quando necessário.

Da alteração do regimento interno da CIB/PR

- O Comitê Executivo Macrorregional passa a fazer parte da composição e organização da CIB/PR

René José Moreira do Santos
Coordenador Estadual

Cristiane Martins Pantaleão
Coordenadora Municipal

PAINEL DE BORDO DO MAPA ESTRATÉGICO DA REDE MÃE PARANAENSE – SESA/PR SETEMBRO/2016							
Perspectiva	Objetivo Estratégico	Indicador	Classificação do Indicador	Responsável pela sistematização do indicador a. sistematização do indicador b. análise do indicador	Periodicidade a. análise do responsável pela sistematização do indicador b. análise pelo Comitê Executivo da Rede Mãe Paranaense	Fórmula/Fonte	Parâmetro
Resultados para a sociedade	1 - Reduzir mortalidade materna e infantil	1.1 - Razão de morte materna do município, região e macrorregião	1.1 - Estratégico	1.1 - a) SMS, Comitê de Mortalidade de Prevenção da Mortalidade Materna e Infantil (CPMMI); b) SMS, Regional de Saúde e Comitê Executivo		RMM = Total Mortes Materna/Nº de nascidos Vivos x 100.000 Fonte: SIM, SINASC	Verde Abaixo do indicador do Estado ou Regional, considerando o indicador mais baixo. Amarelo Iguar ao indicador do Estado ou Regional, considerando o indicador mais baixo
		1.2 - Coeficiente de mortalidade infantil do município, região e macrorregião	1.2 - Estratégico	1.2 - a) SMS, Comitê de Mortalidade de Prevenção da Mortalidade Materna e Infantil (CPMMI); b) SMS, Regional de Saúde e Comitê Executivo		TX MI = Total de mortes em menores de 1 ano/ pelo nº de NV x 1000 Fonte: SIM, SINASC	Vermelho Acima do indicador do Estado ou Regional, considerando o indicador mais baixo
	2 - Garantir o funcionamento da rede de atenção materno e infantil em todo o Estado.	2.1 - Índice de satisfação das usuárias da rede	2.1 - Estratégico	2.1 - a) e b) SMS, Centros Mãe Paranaense e Hospitais	2.1 - a) mensal b) semestral	Pesquisa direta dos serviços que atendem a Rede Mãe Paranaense	Verde Acima de 80% Amarelo de 79,9% a 60% Vermelho Abaixo de 60%

PAINEL DE BORDO DO MAPA ESTRATÉGICO DA REDE MÃE PARANAENSE – SESA/PR SETEMBRO/2016							
Perspectiva	Objetivo Estratégico	Indicador	Classificação do Indicador	Responsável pela sistematização do indicador a. sistematização do indicador b. análise do indicador	Periodicidade a. análise do responsável pela sistematização do indicador b. análise pelo Comitê Executivo da Rede Mãe Paranaense	Fórmula/Fonte	Parâmetro
Processo	3 - Melhorar a qualidade e a resolução na assistência ao pré-natal parto, puerpério e puericultura.	3.1 - % de mulheres que iniciaram o pré-natal até 12 semanas de gestação	3.1 - Operacional	3.1 - a) APS/SMS b) APS/SMS; Comitê executivo	3.1 a) mensal b) semestral	Nº de gestantes que iniciaram o pré-natal antes das 12 semanas/ Nº estimado de gestantes no mês e no semestre x 100	Verde Acima de 80%
		3.2 - Cobertura vacinal em menores de um ano	3.2 - Operacional	3.2 a) APS/SMS; b) APS/SMS, Regional de Saúde e Comitê executivo	3.2 a) mensal b) semestral	Número de doses de vacinas aplicadas/nº população-alvo x 100 no mês e no semestre (por imunobiológico) Fonte: SI-PNI	Verde Acima de 95%
							Amarelo De 79,9% a 60%
							Vermelho Abaixo de 60%
							Amarelo De 90% a 94,4%
							Vermelho Abaixo de 90%

PAINEL DE BORDO DO MAPA ESTRATÉGICO DA REDE MÃE PARANAENSE – SESA/PR SETEMBRO/2016

Perspectiva	Objetivo Estratégico	Indicador	Classificação do Indicador	Responsável pela sistematização do indicador b. análise do indicador	Periodicidade a. análise do responsável pela sistematização do indicador b. análise pelo Comitê Executivo da Rede Mãe Paranaense	Fórmula/Fonte	Parâmetro
Processo	3 - Melhorar a qualidade e a resolução na assistência ao pré-natal parto, puerpério e puericultura.	3.3 - Taxa de cesarianas	3.3 - Operacional	3.3 - a) APS/SMS e Hospital; b) Regional de Saúde e Comitê executivo	3.3 a) mensal b) semestral	Nº de AIHS pagas com procedimentos de cesarianas no período/ηº total de AIHS pagas com procedimentos de parto no período x 100 (SUS)	Verde Abaixo de 40%
						Nº de partos cesarianas informados na DN/Nº de nascimentos x 100 (Taxa geral)	Amarelo 40% a 60%
						Fonte: SIH/para SUS e SINASC para todas as gestantes	Vermelho Acima de 60%

PAINEL DE BORDO DO MAPA ESTRATÉGICO DA REDE MÃE PARANAENSE – SESA/PR SETEMBRO/2016							
Perspectiva	Objetivo Estratégico	Indicador	Classificação do Indicador	Responsável pela sistematização do indicador a. sistematização do indicador b. análise do indicador	Periodicidade a. análise do responsável pela sistematização do indicador b. análise pelo Comitê Executivo da Rede Mãe Paranaense	Fórmula/Fonte	Parâmetro
	4 - Implantar a estratificação de risco em todos os níveis de atenção para a gestante e para a criança	4.1 - % de gestantes estratificadas de risco de acordo com os critérios estabelecidos na linha guia da Rede Mãe Paranaense	4.1 - Operacional	4.1 - a) APS/SMS e Centro Mãe Paranaense; b) APS/SMS; Centro Mãe Paranaense e Comitê executivo		- Nº de gestantes de risco intermediário atendidas na referência ambulatorial/ Nº de gestantes estratificadas de risco intermediário para o período x 100	Verde Acima de 80%
	Processo				4.1 - a) mensal b) semestral	- Nº de gestantes de alto risco atendidas na referência ambulatorial/Nº de gestantes estratificada de alto risco no período x100	Amarelo De 60% a 79%
						Fonte: Planilha de estratificação de risco	Vermelho Abaixo de 60%

PAINEL DE BORDO DO MAPA ESTRATÉGICO DA REDE MÃE PARANAENSE – SESA/PR SETEMBRO/2016

Perspectiva	Objetivo Estratégico	Indicador	Classificação do Indicador	Responsável pela sistematização do indicador a. sistematização do indicador b. análise do indicador	Periodicidade a. análise do responsável pela sistematização do indicador b. análise pelo Comitê Executivo da Rede Mãe Paranaense	Fórmula/Fonte	Parâmetro
Processo	4 - Implantar a estratificação de risco em todos os níveis de atenção para a gestante e para a criança	4.2 - % de crianças estratificadas de risco de acordo com os critérios estabelecidos na linha guia da Rede Mãe Paranaense	4.2 - Operacional	4.2 - a) APS/SMS e Centro Mãe Paranaense; b) APS/SMS; Centro Mãe Paranaense, Regional de Saúde e Comitê executivo	4.2 - a) mensal b) semestral	- N° de crianças de risco intermediário atendidas na referência ambulatorial/N° de crianças de risco intermediário em todo o período x100	Verde Acima de 80%
						- N° de crianças de alto risco atendidas na referência ambulatorial/N° de crianças estratificada de alto risco no período x100	Amarelo De 60% a 79%
						Fonte: Planilha de estratificação de risco	Vermelho Abaixo de 60%

PAINEL DE BORDO DO MAPA ESTRATÉGICO DA REDE MÃE PARANAENSE – SESA/PR SETEMBRO/2016							
Perspectiva	Objetivo Estratégico	Indicador	Classificação do Indicador	Responsável pela sistematização do indicador a. sistematização do indicador b. análise do indicador	Periodicidade a. análise do responsável pela sistematização do indicador b. análise pelo Comitê Executivo da Rede Mãe Paranaense	Fórmula/Fonte	Parâmetro
Processo	5 - Vincular as gestantes aos hospitais de referência, conforme estratificação de risco, promovendo a garantia do parto, estabelecendo padrões de qualidade e segurança.	5.1 - % de gestantes vinculadas atendidas pelo hospital de acordo com a estratificação de risco	5.1 - Operacional	5.1 - a) APS/SMS, Centro Mãe Paranaense e Hospital; b) Regional de Saúde e Comitê executivo	5.1 - a) mensal b) semestral	- Nº de gestante de risco intermediário atendidas na referência hospitalar/Nº de gestantes vinculadas pela APS no período x100 - Nº de gestante de alto risco atendidas na referência hospitalar /Nº de gestantes vinculadas no período x100	Verde Acima de 80%
							Amarelo De 60% a 79%
						Fonte: Planilha de estratificação de risco do município e do hospital de referência	Vermelho Abaixo de 60%

PAINEL DE BORDO DO MAPA ESTRATÉGICO DA REDE MÃE PARANAENSE – SESA/PR SETEMBRO/2016

Perspectiva	Objetivo Estratégico	Indicador	Classificação do Indicador	Responsável pela sistematização do indicador a. sistematização do indicador b. análise do indicador	Periodicidade a. análise do responsável pela sistematização do indicador b. análise pelo Comitê Executivo da Rede Mãe Paranaense	Fórmula/Fonte	Parâmetro
Processo	5 - Vincular as gestantes aos hospitais de referência, conforme estratificação de risco, promovendo a garantia do parto, estabelecendo padrões de qualidade e segurança.	5.2 - % de gestantes com acompanhamento no pré-parto, parto e puerpério		5.2 - a) Hospital; b) Regional de Saúde e Comitê executivo	5.2 - a) mensal b) semestral	Nº de gestantes com acompanhamento durante o pré-parto, parto e puerpério /Número de gestantes atendidas no hospital para realização do parto no período x 100 Fonte: Informação do hospital e verificação das condições para a participação do acompanhamento no hospital	Verde Acima de 80% Amarelo De 60% a 79% Vermelho Abaixo de 60%

PAINEL DE BORDO DO MAPA ESTRATÉGICO DA REDE MÃE PARANAENSE – SESA/PR SETEMBRO/2016

Perspectiva	Objetivo Estratégico	Indicador	Classificação do Indicador	Responsável pela sistematização do indicador a. sistematização do indicador b. análise do indicador	Periodicidade a. análise do responsável pela sistematização do indicador b. análise pelo Comitê Executivo da Rede Mãe Paranaense	Fórmula/Fonte	Parâmetro
Processo	6 - Melhorar assistência ao pré-natal de alto risco e acompanhamento das crianças de risco menores de um ano	6.1- % de gestantes de alto risco atendidas na referência hospitalar	6.1 - Operacional	6.1 - a) APS/SMS/CMP; b) Comitê executivo	6.1 - a) mensal b) semestral	Número de gestantes de alto risco que realizaram o parto no hospital de referência/ Número de gestantes com alto risco identificadas na unidade de saúde/ x 100 Fonte: Relatório do hospital de partos de AR e planilha de vinculação do município	Verde Acima de 80% Amarelo De 60% a 79% Vermelho Abaixo de 60%

PAINEL DE BORDO DO MAPA ESTRATÉGICO DA REDE MÃE PARANAENSE – SESA/PR SETEMBRO/2016

Perspectiva	Objetivo Estratégico	Indicador	Classificação do Indicador	Responsável pela sistematização do indicador a. sistematização do indicador b. análise do indicador	Periodicidade a. análise do responsável pela sistematização do indicador b. análise pelo Comitê Executivo da Rede Mãe Paranaense	Fórmula/Fonte	Parâmetro
Gestão	7 - Consolidar sistema de governança da Rede de Atenção Materno-Infantil	7.1 - % de gestantes estratificadas de risco e vinculadas ao Centro Mãe Paranaense e aos Hospitais de Referência	7.1 - Tático	7.1 - a) SMS, Regional Saúde, Centros Mãe PR e hospitais; b) Regional Saúde e Comitê executivo	7.1 - a) mensal b) semestral	Nº de partos de alto risco realizados nos hospitais da Rede Mãe Paranaense de AR/Nº total de partos SUS realizados na região e maior região no período x100 Fonte: AIH emitidas nos hospitais de referência para o Alto Risco	Verde Acima de 80% Amarelo De 60% a 79% Vermelho Abaixo de 60%

PAINEL DE BORDO DO MAPA ESTRATÉGICO DA REDE MÃE PARANAENSE – SESA/PR SETEMBRO/2016							
Perspectiva	Objetivo Estratégico	Indicador	Classificação do Indicador	Responsável pela a. sistematização do indicador b. análise do indicador	Periodicidade a. análise do responsável pela sistematização do indicador b. análise pelo Comitê Executivo da Rede Mãe Paranaense	Fórmula/Fonte	Parâmetro
Gestão	7 - Consolidar sistema de governança da Rede de Atenção Materno-Infantil	7.2 - % de crianças estratificadas de risco e vinculadas ao Centro Mãe Paranaense	7.2 - Tático	7.2 - a) SMS, Regional Saúde, Centros Mãe PR e hospitais; b) Regional Saúde e Comitê executivo		Nº de crianças atendidas no Centro Mãe Paranaense (intermediário e alto risco)/ Nº de crianças estratificadas de risco (intermediário e alto risco) x 100 Fonte: Própria – planilha de estratificação e vinculação dos municípios e relatório de atendimento das gestantes do centro Mãe PR.	Verde Acima de 80%
							Amarelo De 60% a 79%
							Vermelho Abaixo de 60%

PAINEL REVISADO EM SETEMBRO/2016 PELA COORDENAÇÃO DA REDE MÃE PARANAENSE

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde, Coordenação Geral de Informação e Análise Epidemiológica. **Manual de Vigilância do Óbito Infantil e Fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

FUNDAÇÃO Dom Cabral. Governança em Rede no SUS: o caso da Rede Mãe Paranaense. **Relatório de Pesquisa**. Rosileia Milagres, fevereiro, 2015.

KAPLAN, R. S.; Norton, D. P. **A estratégia em ação: Balanced Scorecard**. 7. ed. Rio de Janeiro: Campus, 1997.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Panamericana de Saúde, 2011.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ. Superintendência de Atenção à Saúde. **Linha Guia da Rede Mãe Paranaense**. 2016.

_____. Superintendência de Vigilância em Saúde. **Perfil da Mortalidade Materna e Infantil no Paraná**. 2014.