



UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS  
CÂMPUS UNIVERSITÁRIO DE PALMAS  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO PROFISSIONAL EM  
GESTÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

**ELIANE DA COSTA ASSIS**

**A PARCERIA INTERFEDERATIVA NO PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO  
DE POLÍTICAS PÚBLICAS NACIONAIS NA ÁREA DE SAÚDE:  
DESAFIOS E PERSPECTIVAS DE UMA GOVERNANÇA  
INTEGRADA DOS ENTES FEDERADOS**

Palmas

2021

ELIANE DA COSTA ASSIS

**A PARCERIA INTERFEDERATIVA NO PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO  
DE POLÍTICAS PÚBLICAS NACIONAIS NA ÁREA DE SAÚDE:  
DESAFIOS E PERSPECTIVAS DE UMA GOVERNANÇA  
INTEGRADA DOS ENTES FEDERADOS.**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Gestão de Políticas Públicas da Universidade Federal do Tocantins, como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Gestão de Políticas Públicas.

Área de Concentração: Gestão e Avaliação de Políticas Públicas.

Orientador: Prof. Dr. Héber Rogério Grácio

Palmas

2021

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)**  
**Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal do Tocantins**

---

AS48p Assis, Eliane da Costa.

A Parceria interfederativa no processo de implementação de políticas públicas nacionais na área de saúde:: desafios e perspectivas de uma governança integrada dos entes federados . / Eliane da Costa Assis. – Palmas, TO, 2021.

156 f.

Dissertação (Mestrado Profissional) - Universidade Federal do Tocantins – Câmpus Universitário de Palmas - Curso de Pós-Graduação (Mestrado) Profissional em Gestão de Políticas Públicas, 2021.

Orientador: Héber Rogério Grácio

1. Política Pública de Saúde . 2. Governança. 3. Interfederatividade. 4. Implementação de política pública. I. Título

**CDD 350**

---

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS – A reprodução total ou parcial, de qualquer forma ou por qualquer meio deste documento é autorizado desde que citada a fonte. A violação dos direitos do autor (Lei nº 9.610/98) é crime estabelecido pelo artigo 184 do Código Penal.

**Elaborado pelo sistema de geração automática de ficha catalográfica da UFT com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).**

ELIANE DA COSTA ASSIS

**A PARCERIA INTERFEDERATIVA NO PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO  
DE POLÍTICAS PÚBLICAS NACIONAIS NA ÁREA DE SAÚDE:  
DESAFIOS E PERSPECTIVAS DE UMA GOVERNANÇA  
INTEGRADA DOS ENTES FEDERADOS.**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Gestão de Políticas Públicas da Universidade Federal do Tocantins para obtenção do título de mestre.

Orientador: Dr. Héber Rogério Grácio.

Aprovada em 03/03/2021.

BANCA EXAMINADORA:



Prof. Dr. Héber Rogério Grácio, Orientador, UFT.



Profa. Dra. Helga Midori Iwamoto, Examinadora, UFT.



Profª. Maria Sortênia Alves Guimarães, Examinadora, UFV.

Dedico esse trabalho às forças feminina e masculina que me nutrem, embasam e impulsionam, trazidas pela história vivida por todas as mulheres e homens de minha família, cujos exemplos de força, resiliência e caráter eu honro com dedicação e amor a tudo que me disponho a fazer.

## AGRADECIMENTOS

Registro meu sentimento mais lindo de gratidão e completude a tudo e a todos que contribuíram para a realização deste trabalho. Mas muito singularmente, agradeço a cada um que nomeio a seguir, por iluminarem essa trajetória com flores, cores, sabores e amores perfeitos, alimentando, com suficiência, o essencial para essa realização.

Deus e a toda egrégora do bem, pela proteção, amparo e orientação.

Meus antepassados, pela história que viveram, me permitindo estar aqui, alicerçando minha própria história para ser como sou.

Meus pais, João e Laila, por todos os tijolinhos que me propiciaram colocar em minha construção, alinhados fortemente pela massa do amor, da confiança e do respeito.

Meus filhos, Diogo, Ernane e Eduardo, pelo apoio, presença, amor incondicional e incansável crença de que sou capaz, me impulsionando para frente e para cima, sempre.

Meu esposo, Antônio, pela confiança e renúncia amorosa dos muitos momentos não convividos, na espera paciente por minha inteira presença.

Minha família e meus amigos, pela disponibilidade infinda que fez com que eu nunca me sentisse só.

Meu mestre orientador, Professor Doutor Héber Grácio, pela generosidade em cultivar as sementes dos saberes plantados, sustentando a aprendizagem consciente e possibilitando mudanças de certezas paradigmáticas.

Aos gestores que permitiram a oferta deste curso pelo Ministério da Saúde, assim como aqueles com quem trabalhei durante esta pesquisa, por acreditarem na intencionalidade do tema e me oportunizarem inseri-lo no contexto institucional.

Aos coordenadores e professores do curso, que, com a sabedoria dos que aprenderam além dos saberes acadêmicos, souberam conduzir com acolhimento benevolente as necessidades e possibilidades dos discentes que abraçaram.

Com vocês, eu consegui! Sou muito grata!

“Há um tempo em que é preciso abandonar as roupas usadas, que já têm a forma do nosso corpo e esquecer os nossos caminhos, que nos levam sempre aos mesmos lugares. É o tempo da travessia: e, se não ousarmos fazê-la, teremos ficado, para sempre, à margem de nós mesmos”.

*Fernando Teixeira de Andrade*

## RESUMO

O sistema público de saúde brasileiro nasceu inovador, ancorado pelo federalismo cooperativo trinário instalado na Constituição de 1988, inaugurando os desafios para reestruturar formas de pensar e executar políticas de saúde. Nesse contexto, esta dissertação buscou analisar o papel das parcerias interfederativas na continuidade local das políticas públicas nacionais de saúde, identificando obstáculos e indicando sugestões para sua execução, norteadas pela nova lógica federalista constitucional. Para alcançar esse objetivo, a investigação recorreu aos instrumentos norteadores da análise de conteúdo, permeada transversalmente pela observação participante e embasada na análise documental do acervo normativo e na pesquisa bibliográfica referenciada. Os dados analisados foram providos por consulta a gestores federais, estaduais e municipais de todo o país, experientes em articulação interfederativa e em processos relacionados às fases de uma política nacional. Os resultados são apresentados em categorias analíticas que evidenciam fragilidades nacionais de colaboração intergovernamental. Apontam lapsos processuais e instrumentais de coordenação federal, de atuação do estado como coordenador e apoiador regional e de gestão municipal para assumir a execução local da política. Diante dos desafios apontados, o estudo sugere ações para fortalecer os compromissos entre os governos, pactuar responsabilidades e responsabilizações, criando um ambiente de cooperação e controle consciencioso no acompanhamento da execução das políticas implantadas, segundo as necessidades e condições do ente e do ambiente executor. As sugestões evidenciam caminhos para a efetividade na implementação de políticas nacionais de saúde nos territórios, vencendo os obstáculos mediante mudanças corresponsáveis no modelo de relacionamento intergovernamental. Conclui com a confirmação da força motriz das parcerias interfederativas permanentes e autônomas na estruturação de uma governança integrada estável e ativa. Segundo o estudo, este é um caminho para a qualidade da execução e do impacto positivo das políticas nacionais de saúde no cumprimento das ações do SUS, para a melhoria de vida dos cidadãos.

Palavras-chave: Política Pública de Saúde. Governança. Interfederatividade. Implementação de política. Federalismo.

## ABSTRACT

The Brazilian public health system was born innovative, anchored by the Trinitarian cooperative federalism installed in the 1988 Constitution, inaugurating the challenges to restructure ways of thinking and executing health policies. In this context, this dissertation sought to analyze the role of inter-federative partnerships in the local continuity of national public health policies, identifying obstacles and indicating suggestions for their execution, guided by the new constitutional federalist logic. To achieve this goal, the investigation used the guiding instruments of content analysis, permeated transversely by participant observation and based on the documentary analysis of the normative collection and on the referenced bibliographic research. The analyzed data were provided by consultation with federal, state and municipal managers from all over the country, experienced in interfederative articulation and in processes related to the phases of a national policy. The results are presented in analytical categories that show national weaknesses in intergovernmental collaboration. They point out procedural and instrumental lapses of federal coordination, of the state's performance as coordinator and regional supporter and of municipal management to assume the local execution of the policy. In view of the challenges identified, the study suggests actions to strengthen commitments between governments, to agree responsibilities and accountabilities, creating an environment of cooperation and conscientious control in monitoring the implementation of the policies implemented, according to the needs and conditions of the entity and the executing environment. The suggestions show paths to effectiveness in the implementation of national health policies in the territories, overcoming obstacles through co-responsible changes in the intergovernmental relationship model. It concludes with the confirmation of the driving force of permanent and autonomous inter-federative partnerships in the structuring of a stable and active integrated governance. According to the study, this is a path for the quality of execution and the positive impact of national health policies on the fulfillment of SUS actions, for the improvement of citizens' lives.

Keywords: Public Health Policy. Governance. Interfederativity. Policy implementation. Federalism.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Participação de gestores federais.....	54
Figura 2 - Decisão sobre a participação de gestores federais.....	55
Figura 3 - Participação de gestores locais.....	94
Figura 4 - Decisão sobre a participação de gestores locais.....	95
Figura 5 - Palavras mais citadas como desafios para uma parceria interfederativa na implementação de PN por grupo consultado.....	127
Figura 6 - Palavras mais citadas como desafios para uma parceria interfederativa na implementação PN.....	128

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Participação por órgão federal.....	55
Gráfico 2 - Formação acadêmica dos respondentes.....	56
Gráfico 3 - Participação por tempo de experiência profissional.....	57
Gráfico 4 - Participação por tempo em cargos de gestão.....	58
Gráfico 5 - Participação por fase da política.....	60
Gráfico 6 - Participação por esfera de atuação.....	61
Gráfico 7 - Taxa de citação do macroprocesso como condição impactante na execução de PN.....	66
Gráfico 8 - Taxa de citação do macroprocesso como motivo de descontinuidade de PN..	69
Gráfico 9 - Taxa de citação do macroprocesso em ações municipais para continuidade de PN.....	72
Gráfico 10 - Taxa de frequência dos elementos constitutivos do conceito de Relação Interfederativa.....	75
Gráfico 11 - Taxa de citação do macroprocesso em ações federais para efetividade de PN.....	81
Gráfico 12 - Taxa de citação do macroprocesso em ações estaduais para continuidade de PN.....	85
Gráfico 13 - Taxa de citação do macroprocesso como obstáculo para parcerias interfederativas efetivas.....	87
Gráfico 14 - Taxa de citação do macroprocesso para instituir parcerias interfederativas na execução de políticas nacionais.....	91
Gráfico 15 - Média de citação do macroprocesso.....	92
Gráfico 16 - Número de participantes por estado e região.....	95
Gráfico 17 - Participação por instituição.....	96
Gráfico 18 - Formação Acadêmica dos participantes.....	96
Gráfico 19 - Participação por nível de atuação gestora em saúde.....	99
Gráfico 20 - Participação por região do Brasil.....	100
Gráfico 21 - Média de citação das políticas nacionais por situação local.....	103
Gráfico 22 - Média de citação do grau de (in)suficiência do macroprocesso na execução de PN.....	107
Gráfico 23 - Média de citação do grau de (in)suficiência das práticas interfederativas nos ciclos de PN.....	108

Gráfico 24 - Taxa de citação da inexistência/insuficiência das atividades gestoras para a efetividade de PN.....	111
Gráfico 25 - Média de citação da qualidade do macroprocesso para a efetividade das PN.....	112
Gráfico 26 - Média de citação da qualidade das atividades gestoras interfederativas por região.....	112
Gráfico 27 - Taxa de citação do grau de interferência de situações processuais na (des)continuidade das PN.....	115
Gráfico 28 - Média de citação do grau de interferência de situações processuais na (des)continuidade de PN por região.....	115
Gráfico 29 - Média de citação dos desafios e sugestões.....	123
Gráfico 30 - Média de citação da importância dos macroprocessos por grupo pesquisado.....	125
Gráfico 31 - Média geral de citação da importância dos macroprocessos na execução de PN.....	126

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Participação por profissão/formação.....	56
Tabela 2 - Participação por cargo na saúde nos últimos 5 anos.....	58
Tabela 3 - Participação por tempo em gestão na saúde.....	59
Tabela 4 - Participação por nível de atuação em gestão na saúde.....	59
Tabela 5 - Taxa de citação das condições de impacto na implementação de PN por macroprocesso.....	63
Tabela 6 - Taxa de citação dos motivos de descontinuidade de PN por macroprocessos.....	67
Tabela 7 - Taxa de citação de sugestão de ações municipais para efetividade de PN por macroprocesso.....	71
Tabela 8 - Taxa de citação de sugestão de ações federais para efetividade de PN por macroprocesso.....	77
Tabela 9 - Taxa de citação de sugestão de ações estaduais para efetividade de PN por macroprocesso.....	82
Tabela 10 - Taxa de citação de obstáculos para execução efetiva de PN por macroprocesso.....	86
Tabela 11 - Taxa de citação de sugestões para instituir parcerias interfederativas na execução de PN.....	88
Tabela 12 - Participação por profissão/formação.....	97
Tabela 13 - Participação por tempo de experiência profissional e em cargos de gestão em saúde.....	98
Tabela 14 - Participação por cargo na saúde nos últimos 5 anos.....	98
Tabela 15 - Taxa de citação da situação local das PN vigentes.....	101
Tabela 16 - Taxa de citação do grau de (in)suficiência de práticas interfederativas na execução de PN.....	105
Tabela 17 - Taxa de citação da qualidade de atividades gestoras interfederativas na execução de PN.....	109
Tabela 18 - Taxa de citação do grau de interferência de situações processuais na (des)continuidade local de PN.....	113
Tabela 19 - Desafios e sugestões para execução efetiva de PN.....	117

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CF	Constituição da República Federativa do Brasil
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIR	Comissão Intergestores Regional
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
COSEMS	Conselho de Secretarias Municipais de Saúde
ENAP	Escola Nacional de Administração Pública
ESF	Estratégia Saúde da Família
LOS	Lei(s) Orgânica(s) de Saúde
M&A	Monitoramento e Avaliação
MS	Ministério da Saúde
PICS	Práticas Integrativas e Complementares em Saúde
PN	Políticas(s) Pública(s) Nacional(is) de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNPIC	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
PROADESS	Metodologia de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde
RePP	Relatório de Políticas e Programas de Governo
SAES	Secretaria de Atenção Especializada à Saúde
SAGE	Sala de Apoio à Gestão Estratégica
SAPS	Secretaria de Atenção Primária à Saúde
SCTIE	Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde
SE	Secretaria Executiva
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SEMS	Superintendência Estadual do Ministério da Saúde
SESAI	Secretaria Especial de Saúde Indígena
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SMS	Secretarias Municipais de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde
TCU	Tribunal de Contas da União

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	16
1.1	JUSTIFICATIVA	23
1.2	OBJETIVOS	28
<b>2</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO</b>	29
2.1	FEDERALISMO	29
2.2	FEDERALISMO NO BRASIL	30
2.3	FEDERALISMO E POLÍTICAS PÚBLICAS NO BRASIL	33
2.4	FEDERALISMO NO SUS	37
2.5	FEDERALISMO E GOVERNANÇA INTEGRADA DA SAÚDE NO BRASIL	40
<b>3</b>	<b>METODOLOGIA</b>	43
<b>4</b>	<b>RESULTADOS</b>	53
4.1	DADOS DOS GESTORES FEDERAIS	54
<b>4.1.1</b>	<b>Caracterização Organizacional</b>	54
<b>4.1.2</b>	<b>Perfil do Participante</b>	56
<b>4.1.3</b>	<b>Percepções dos Gestores Federais</b>	62
4.1.3.1	Qualidade da Implementação de PN	62
4.1.3.2	Motivos de Descontinuidade da PN	67
4.1.3.3	Sugestões de Ações para o Gestor Municipal	70
4.1.3.4	Relação Interfederativa: Concepções	73
4.1.3.5	Sugestões de Ações para o Gestor Federal	76
4.1.3.6	Sugestões de Ações para o Gestor Estadual	81
4.1.3.7	Desafios para uma Parceria Interfederativa	86
<b>4.1.4</b>	<b>Síntese Analítica das Contribuições Federais</b>	91
4.2	DADOS DOS GESTORES LOCAIS	93
<b>4.2.1</b>	<b>Caracterização Organizacional e Identificação do Participante</b>	96
<b>4.2.2</b>	<b>Situação Local das Políticas Nacionais de Saúde</b>	101
<b>4.2.3</b>	<b>Relações Interfederativas na Implementação de PN</b>	104
4.2.3.1	Boas Práticas Interfederativas para a Implementação de PN	105
4.2.3.2	Gestão Intergovernamental para a Execução de PN	109
4.2.3.3	Continuidade da Execução Local de PN	113
4.2.3.4	Situações Impactantes para uma Governança Integrada	116

<b>4.2.4</b>	<b>Síntese Analítica das Contribuições Locais</b>	122
4.3	PERCEPÇÕES FEDERAIS E LOCAIS: AFINIDADES E ASSIMETRIAS	124
<b>5</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	129
	<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	134
	<b>APÊNDICE A – CONVITE À PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA</b>	140
	<b>APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO PARA GESTORES FEDERAIS</b>	141
	<b>APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO PARA GESTORES LOCAIS</b>	147

## 1 INTRODUÇÃO

A presente pesquisa pretende investigar o papel da parceria interfederativa no processo de implementação de políticas públicas nacionais na área de saúde. Nasce da inquietude causada pela vivência pessoal na execução de políticas públicas nacionais em âmbito estadual e municipal, com a experimentação de frágil permanência das diretrizes implantadas, derrogando esforços e investimentos a elas destinados.

Desde a Constituição de 1967, o Brasil deixou de ser chamado “Estados Unidos do Brasil” e passou a ser a “República Federativa do Brasil” (BRASIL, 2012). Como um Estado federado, resta imperiosa a necessidade de articulação entre os entes federativos que lhes permitam planejar e gerir seus serviços de forma sistêmica e integrada, para que a interdependência política, administrativa e financeira não resulte em subordinação hierárquica e perda de autonomia. Esse permanente diálogo e constantes pactuações é o que se conhece por parceria interfederativa ou cooperação intergovernamental (SANTOS; ANDRADE, 2011). Essas parcerias constituem-se importante ferramenta nos processos de elaboração e implementação de políticas públicas nacionais por promoverem o fortalecimento dos vínculos e dos mecanismos institucionais e políticos. Isso possibilita a identificação de demandas e de reais possibilidades locais de execução, fornecendo subsídios para elaboração de políticas públicas orientadas às necessidades e expectativas dos territórios (SANTOS; ANDRADE, 2007).

Um dos principais desafios para atender às demandas sociais continua sendo o alcance da efetividade das políticas públicas. Do ponto de vista administrativo, as políticas públicas são um conjunto de projetos, programas e atividades realizadas por um governo, seja ele federal, estadual ou municipal, para promover o bem-estar de seus governados (LOPES; AMARAL; WAHRENDORFF, 2008). Neste trabalho, o destaque foi dado às políticas públicas de saúde de âmbito nacional, criadas pelo Ministério da Saúde (MS), ente federal que oferta as diretrizes para implantação em todo país.

A história da saúde do Brasil relata reincidentes discussões sobre formas e processos de elaboração e implementação de políticas públicas nacionais de saúde (PN), que possam ter seus efeitos identificados em todo país e a continuidade temporal necessária para promover os avanços prenunciados em seus textos. Atingir os resultados pretendidos pelas diretrizes concebidas, trazendo melhorias à vida de milhões de brasileiros é a principal justificativa para responder ao investimento de recursos humanos, financeiros e administrativos, utilizados na elaboração, implantação e implementação das políticas.

Porém, é preciso avançar no campo da implementação de políticas em âmbito nacional. O mesmo modelo de participação coletiva usado para a elaboração e validação dos textos, não vem sendo exitoso no momento da sua execução, característica da atuação segregada dos atores federados, como relatado em sucessivos relatórios anuais de avaliação do MS, apresentados pela Controladoria Geral da União (BRASIL, 2020).

Para legitimar a parceria interfederativa na execução de ações programáticas em saúde, incorporada às competências do Sistema Único de Saúde (SUS) e deflagrada por discussões plurais das conferências de saúde, é necessário evocar a Constituição da República Federativa do Brasil (CF) promulgada em 1988. Ao instituir o novo sistema de proteção social – a Seguridade Social – o texto constitucional anuncia caminhos que poderiam conduzir para a almejada integração de esforços, por meio da participação de sujeitos sociais na discussão das propostas de governo em favor do bem comum (BRASIL, 2016).

Definido no artigo 194 da CF de 1988 como um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social, esse novo sistema é anunciado com abrangência e objetivos que estabelecem o caráter democrático e descentralizado de sua administração. Conforme expresso no artigo 198 do mesmo texto constitucional, o SUS é instituído por uma rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços públicos de saúde e orienta para a descentralização em cada esfera de governo como diretriz organizativa do Sistema.

Para que esses comandos constitucionais tivessem eficácia plena e aplicabilidade integral, em 1990 foram promulgadas as Leis Orgânicas de Saúde (LOS: Lei nº 8.080 e nº 8.142). Criadas para regulamentar as ações de saúde em todo território nacional, as referidas leis reforçam a descentralização político-administrativa dos seus serviços e instituem a participação da comunidade na gestão do SUS, por meio de instâncias colegiadas em cada esfera de governo: as Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde (BRASIL, 1990).

Santos e Andrade (2007) discutem a necessidade de construção desses processos de cooperação organizados a partir das ações do gestor federal, para efetivar a descentralização regulamentada. Nesse sentido, analisam a estrutura organizativa do SUS e reiteram o modelo de federalismo cooperativo empregado no Sistema, como uma rede interfederativa de serviços, com direção única. Em linha contígua, Carvalho *et al.* (2011) mencionam a primordialidade de qualificar o espaço da relação interfederativa, envolvendo gestores, instituições de ensino e pesquisa e organizações internacionais. Ressaltam que esse processo de gestão do SUS, tem na ação programática “Pacto pela Saúde”, a estratégia para uma nova pactuação federativa.

Fruto de uma decisão unânime entre União, estados e municípios, o comemorado Pacto pela Saúde, divulgado pela Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, formalizou uma aliança federativa baseada na gestão solidária e cooperativa, na definição de responsabilidades compartilhadas de cada gestor e no fortalecimento do controle social. Apresentou um conjunto de reformas institucionais para promover inovações nos processos e instrumentos de gestão, visando alcançar maior eficiência e qualidade ao SUS. Em suas linhas normativas, reconhece e institui a articulação interfederativa como espaço estratégico para definir prioridades articuladas e integradas que tragam melhorias no atendimento das necessidades de saúde da população, por meio das Comissões Intergestores e do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (BRASIL, 2006).

Nesse contexto e por força das diretrizes instituídas pelo SUS e pelo Pacto pela Saúde, modelos de elaboração coletiva e participativa de políticas públicas de saúde foram ganhando credibilidade e fomentando discussões importantes. Uma delas foi o uso conceitual de governança pública, definida pelo Decreto nº 9.203/2017 em seu artigo 2º como o conjunto de mecanismos de liderança, estratégia e controle, postos em prática para avaliar, direcionar e monitorar a gestão, com vistas à condução das políticas públicas e à prestação de serviços de interesse da sociedade. A prática da governança inclui mecanismos e formas de acompanhamento de resultados, soluções para melhoria do desempenho das instituições e instrumentos para a tomada de decisão fundamentado em evidências (BRASIL, 2017).

No MS, várias iniciativas foram adotadas para o fortalecimento desses espaços de ações compartilhadas, estratégicas e operacionais da gestão do SUS, como a instituição da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS em 2007 (BRASIL, 2009). Ela expressa que a articulação cooperativa e solidária entre as gestões municipais e a gestão estadual (regionalização e descentralização), representa a possibilidade concreta de construção da atenção integral à saúde. E aponta caminhos para que a gestão estratégica e participativa se efetive: as instâncias de pactuação como as Comissões Intergestores Regionais (CIR), Bipartites (CIB) e tripartite (CIT).

As comissões intergestores constituem canais permanentes e contínuos de negociação e decisão entre os gestores federados. Como bem sintetizado por Santos e Andrade (2011), a CIR reúne gestores municipais e o estado para constituição da rede regionalizada e definição das regras da gestão compartilhada do SUS, em cada espaço regional. Com o mesmo propósito de cogestão, a CIB envolve representantes das secretarias estaduais e municipais de saúde, enquanto que a CIT conta também com representantes do MS. Essas comissões constituem os chamados espaços de articulação e expressão de demandas dos gestores de todas

as esferas administrativas, conhecidos como colegiados interfederativos. E são esses espaços que as propostas de políticas públicas devem percorrer para serem discutidas, consensuadas, pactuadas e validadas.

Teoricamente, por força da representatividade dessas instâncias, todo o Brasil estaria conhecendo e validando todas as proposições. Mas observa-se que isso parece não acontecer com as políticas nacionais, pelo menos não na completude que se esperava, já que muitas delas não são nem conhecidas em muitos municípios, como revelam os dados coletados neste estudo. Algo no processo teorizado não se mostra suficiente, na prática. É provável que um dos motivos seja que essa atuação colegiada ocorre mais nas fases de elaboração do texto, não acontecendo efetivamente no apoio ao processo de implantação e de execução das ações onde os serviços são prestados.

A Sala de Apoio à Gestão Estratégica (SAGE), plataforma institucional disponibilizada pelo Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS/MS, é outro exemplo do esforço para subsidiar a governança integrada da saúde. Nesse espaço são disponibilizadas informações atualizadas e estratégicas sobre a saúde de todo o Brasil, subsidiando a tomada de decisão, a gestão e a geração de conhecimento, o que favorece o processo para planejamento local e os resultados do monitoramento do Pacto pela Saúde na relação interfederativa (BRASIL, 2012).

Merece também destaque a Metodologia de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde (PROADESS). É um projeto do MS que reúne contribuições metodológicas e conceituais importantes, no sentido de produzir subsídios para o planejamento de políticas, programas e ações de saúde, como a criação de instrumentos e processos participativos de monitoramento e avaliação (M&A) para os três níveis federados (BRASIL, 2011).

Contudo, apesar de cuidadosa metodologia de elaboração, da devida ancoragem normativa, de discussões e validações participativas de entidades colegiadas e representativas, a execução local de grande parte das políticas nacionais tende a desaparecer em curto ou médio prazo, acabando por tornarem-se letra morta. Se as diretrizes trazidas por uma política pública nacional foram definidas por serem potencialmente capazes de responder às necessidades diagnosticadas e apontavam caminhos para solucionar os problemas referentes, porque não sobrevivem à implantação por mais tempo?

Especialmente no campo em que se pretende focar essa pesquisa – Saúde – as políticas públicas nacionais em sua maioria se dedicam a mostrar estratégias para prevenir doenças e promover saúde, oportunizando uma melhor qualidade de vida à população. Então, quais os motivos para que os caminhos escolhidos para se chegar às condições ideais de saúde

não sejam trilhados conforme proposto e pactuado nos ciclos iniciais de concepção de uma política nacional? Ineficiência? Insignificância? Descontinuidade político-administrativa? Financiamento insuficiente ou ausente? Articulação interfederativa inadequada desde a elaboração até a implementação? Ou agregação de fatores diversos e simultâneos?

Fácil seria imputar à falta de investimento a causa principal e comum para essa descontinuidade, por ser um argumento frequente que percorre discursos das mais variadas origens. Porém, apesar de aceito tal como um paradigma indiscutível, observa-se que mesmo em cenários onde os investimentos são trazidos pela própria Política financiada a partir da adesão, a sua sustentabilidade muitas vezes não se consolida por seus benefícios. Em diversas situações, os recursos passam a ser o motivo maior de sua existência no território, longe de ser o resultado que suas diretrizes pretendiam. Assim, findado o aporte de recursos para a implantação, a Política tende a desaparecer, como se motivo outro não existisse, que justificasse insistir em sua continuidade. Isso parece indicar que, mesmo sendo importantes, fatores ligados ao financiamento não respondem sozinhos à descontinuação da política nacional implementada.

Aparentemente esse processo pode ser ilustrado com a experiência da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), institucionalizada pela Portaria GM/MS nº 971/2006. Esta política parametriza abordagens baseadas na atenção humanizada, centradas na integralidade do indivíduo, trazendo inicialmente em seu texto práticas como a Fitoterapia, Medicina Tradicional Chinesa, Homeopatia, Termalismo/Crenoterapia e Antroposofia, mas deixa aberta a possibilidade de implantação de outras práticas que sejam do interesse e vocação do município (BRASIL, 2006). As práticas integrativas e complementares em saúde (PICS) – hoje já normatizadas 29 práticas – são ações de cuidado transversais realizadas na atenção primária e na média e alta complexidade, sendo subsidiadas de acordo com os blocos de financiamento desses níveis de atenção, disponíveis na época.

Apesar de ter sido instituída a partir de demandas nacionais formalizadas na 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986 e com recomendações da Organização Mundial de Saúde desde a década de 1970, a PNPIC esteve mais presente apenas na Atenção Primária à Saúde, nos primeiros 10 anos de existência, em decorrência do esforço dos profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF), seus maiores promotores no SUS (TESSER; SOUSA; NASCIMENTO, 2018).

Por conta dessa expansão limitada e como estímulo à implantação das práticas, foi lançado o edital MCTI/CNPq/MS-SCTIE-Decit Nº 07/2013. Esse instrumento ofereceu recursos específicos a municípios que quisessem realizar pesquisas para produção de conhecimento sobre as PICS como custo-efetividade de ações dessas práticas no SUS, avaliação

dos resultados desses serviços e pesquisas clínico-epidemiológicas com enfoque no uso das práticas integrativas no cuidado a pessoas com doenças crônicas não transmissíveis. O edital foi desenvolvido pela Coordenação Geral de Áreas Técnicas do Departamento de Atenção Básica, em parceria com o Departamento de Ciência e Tecnologia do Ministério da Saúde, por meio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico e contemplou 27 projetos em 10 estados da federação. Os projetos investigaram sobre: acupuntura (26%), auriculoterapia (10%), fitoterapia (21%), homeopatia (2%), medicina antroposófica (4%), meditação (2%), investigação de mais de uma PIC (16%); e 19% não especificaram nenhuma PIC (TESSER; SOUSA; NASCIMENTO, 2018).

Um amplo trabalho de divulgação e apoio aos projetos foi realizado nos municípios contemplados, disponibilizado suporte técnico para alinhamento das necessidades às práticas mais adequadas à vocação local e finalmente repassado o recurso nos termos do edital. Apesar do apoio técnico, da divulgação dos resultados alcançados, como o atendimento da demanda da população, a redução das consultas eletivas e dos gastos com medicamentos, entre outros benefícios, 60% dos recursos repassados não haviam sido executados um ano após o término do prazo regular previsto no edital. Isso motivou a prorrogação do instrumento e a alteração de projetos para minimizar a devolução dos recursos. Entre as justificativas mais presentes estavam a mudança de governo, que teria ocasionado o desinteresse pelo tema, e a redução de profissionais e/ou de condições estruturais antes disponíveis para execução do programado na gestão anterior.

Desse modo, mesmo tendo recursos federais repassados no bloco de financiamento específico para oferta das práticas, além do recurso do edital que sustentava a produção do conhecimento e a argumentação para a implementação da Política, a PNPIC não teve a execução fortalecida por esse caminho, tendo sido necessárias outras estratégias. Como se pode observar nesse caso e nessa época, parece não ter sido estritamente falta de recursos, nem ineficiência ou insignificância da Política. Outros fatores contribuíram para que a Política não avançasse na proporção da demanda identificada. Além disso, algumas políticas não dependem de financiamento específico contínuo para serem executadas, pois apenas avocam formas e processos mais eficazes de executar recursos já existentes, orientando para decisões gestoras que levem a novas escolhas e novos caminhos para maior efetividade no uso dos recursos já alocados.

Diante do exposto e confirmado pelos dados apurados, parece que o financiamento sozinho não tem o protagonismo muitas vezes anunciado, apesar de sua reconhecida importância. Torna-se evidente a existência plural de fatores sincrônicos importantes para que

as ações propostas tenham continuidade e sejam incorporadas ao fazer local. Essa combinação de diversos fatores dá corpo à complexidade dos processos de implementação de políticas nacionais, que envolvem ainda múltiplos atores decisórios das três instâncias federadas, além da diversidade local dos municípios brasileiros.

Olhar para essa sincronicidade, à luz do arcabouço legal do SUS, capitaneado pelo texto constitucional de 1988 e detalhado nas LOS, pode contribuir para que os princípios do Sistema – universalização, integralidade e equidade – finalmente se corporifiquem. Cabe ressaltar que esses princípios foram fortalecidos, sob o ponto de vista organizativo do SUS, com as diretrizes que buscam garantir um melhor funcionamento do Sistema, como a descentralização com comando único, a regionalização e hierarquização dos serviços e a participação comunitária.

Neste estudo, o foco estará na operacionalização dessas diretrizes, especialmente na parceria entre os entes federados na execução de políticas nacionais, que vise à continuidade de atendimento à população, sem depender exclusivamente de aporte permanente de recursos públicos federais. Isso pode minimizar a instabilidade da execução, conferindo um olhar renovado e singular sobre formas de implementação de iniciativas federais nos territórios. Além do mais, traria a garantia da autonomia regulamentar e um certo grau de sustentabilidade econômica e administrativa, o que possibilitaria a permanência efetiva das diretrizes implantadas. Decorre dessa possibilidade a escolha por conhecer melhor os fatores que concorrem para a influência das parcerias interfederativas nessa implementação efetiva das PN, oportunizando maior compreensão sobre os desafios de uma governança integrada eficaz para essa finalidade.

Muitas são as instâncias e instituições que se debruçam sobre a efetividade das políticas públicas. Iniciativas, pesquisas, marcos legais e outras orientações diversas são produzidas sobre o tema, ilustradas no referencial desta pesquisa. A reflexão sobre tal abordagem torna-se ainda mais importante no contexto brasileiro de saúde, considerando ser um campo de pesquisa relativamente novo. Esse cenário demonstra necessidade de referenciais analíticos consistentes para desenvolver uma prática diferenciada e inovadora, capaz de elevar os níveis de eficiência e a continuidade dos resultados da execução das diretrizes instituídas pelas PN.

O chamado à reflexão proposto por essa dissertação está estruturado em sete seções, iniciando com esta Introdução, a Justificativa e os Objetivos projetados. Em seguida, o Referencial Teórico explora o conceito de Federalismo e o modelo vigente no Brasil, seu impacto nas diretrizes normatizadoras do SUS, sua influência nas políticas públicas nacionais

de saúde e na governança integrada desses processos. Na quinta seção está descrita a Metodologia utilizada para o alcance dos objetivos e na sequência são apresentados os Resultados com a organização dos achados fenomenográficos, a partir das percepções reveladas pelos dois grupos pesquisados. E, na última seção, o estudo conclui a contribuição que se propôs com as Considerações Finais, embasadas pela teoria e prática investigadas.

Resta o convite para uma jornada reflexiva sobre as parcerias interfederativas na implementação de políticas públicas nacionais de saúde no Brasil, permeadas pelos desafios e perspectivas de uma governança integrada entre os entes da Federação.

## 1.1 JUSTIFICATIVA

Altos investimentos institucionais são necessários para que políticas públicas nacionais existam e tenham significado e relevância suficiente para serem implantadas e executadas em todo o país, em conformidade com os objetivos de sua elaboração. Via de regra, as políticas são criadas para solucionar problemas sociais previamente detectados e analisados.

Entretanto, além do recurso financeiro específico para compor um orçamento na implementação da política, outras formas de investimentos são necessárias, como: (i) realização de pesquisas para identificar as necessidades nacionais, regionais e locais; (ii) estudos para o desenvolvimento de metodologias e tecnologias que possam atender às necessidades identificadas; (iii) construção participativa, regionalizada e hierarquizada da política, como preceitua a Constituição Federal e as normas do SUS; (iv) divulgação da política elaborada nos locais onde a implantação foi pactuada; (v) desenvolvimento dos profissionais que atuarão com a política e (vi) busca de parcerias que possibilitem uma implementação adequada às possibilidades locais, com a devida governança integrada.

Esses são exemplos importantes de investimento para que uma futura política exista, com autoria coletiva e significativa, e justificam a adoção de uma abordagem técnica e científica para estudar as parcerias interfederativas como eixo estruturante e orientador dos processos de governança na implementação de PN. O conhecimento gerado poderá contribuir para minimizar os desperdícios de tempo, recursos e esforços com políticas que existem normativamente, mas inexistem na prática, ou pelo menos sem efetividade em parte do território nacional a que nasceu destinada.

Vale observar que, apesar da complexidade imposta pela diversidade da realidade brasileira, as metodologias utilizadas para criação de políticas nacionais de saúde seguem padrões semelhantes de ciclos de políticas públicas. Segundo Raeder (2014) são cinco os

estágios principais de uma política: (1) identificação de problemas; (2) formação da agenda decisória; (3) formulação de programas e projetos; (4) implementação das políticas delineadas; (5) monitoramento e avaliação das ações planejadas.

O primeiro e segundo estágios são onde normalmente as políticas públicas são iniciadas e os discursos políticos são construídos. Decorrente disso está o terceiro estágio, que encerra também decisões políticas importantes, contendo a etapa de formulação e formas de implantação. Nesse estágio ocorrem discussões participativas que percorrem caminhos para pactuação e validação entre os entes federados e com a participação social, até o nascimento da política, com sua publicação.

Ao final destas etapas – elaboração e implantação – é preciso implementar, colocar efetivamente em uso tudo que está disponibilizado, assegurando a permanente execução da política implantada, sob o risco de todo investimento e esforço dispendidos serem nulos, no que se refere aos resultados esperados. Portanto, é na implementação que as ideias acontecem na prática. É quando e onde a política, ao ser executada, produz os efeitos e as consequências esperadas. Nessa etapa, a política está sujeita à interpretação e recriação para se adequar ao cenário de execução. Isso pode trazer mudanças e transformações significativas na política original.

Por fim, permeando todo o processo e mais fortemente a fase de execução, estão os processos de M&A que retroalimentam o processo, sinalizando para possíveis intervenções ou adequações. Essa fase transversal aos ciclos de uma política, fornece elementos para análise que impactarão na (des)continuidade da política, seja em nível local ou até nacional. Ela poderá continuar, com modificações ou não, se estiver mostrando eficiência, ou ser interrompida, caso o problema que ela se destinou a resolver já se mostrar sanado, ou se ações propostas se mostraram inócuas.

Considerando essas diretrizes gerais, percebe-se um lapso metodológico que responda com suficiência e eficácia às expectativas criadas pela legislação do SUS. Essa lacuna é pragmaticamente identificada no momento em que a política nacional elaborada deixa de ser uma diretriz federal (implantação) para ser uma (ou várias) estratégias de execução local (implementação), tanto no âmbito do estado, como do município.

Esta lacuna é a motivação deste estudo. É nela que se encontra um dos maiores entraves para a eficiência do processo: a articulação entre MS, estados e municípios para implantação e implementação das políticas nacionais de saúde em âmbito local, onde os serviços são finalmente ofertados, como aponta o Relatório de Políticas e Programas de Governo (RePP) apresentado pelo Tribunal de Contas da União (TCU):

Embora a coordenação seja essencial para garantir que os diversos sistemas institucionais e gerenciais que formulam e implementam as políticas públicas trabalhem juntos, a aplicação deste componente de governança ainda é bastante incipiente. A análise revelou que deficiências de coordenação entre setores e/ou entre esferas de governo e ausência de articulação entre os atores envolvidos têm prejudicado a coerência entre ações, resultando em ações esparsas e desconectadas, incapazes de gerar soluções integradas e de atender às necessidades da população. (2018, p. 28)

O RePP é instrumento de transparência, de comunicação e de prestação de contas à sociedade acerca da atuação do Estado no âmbito das políticas públicas. Busca diagnosticar e prevenir riscos, irregularidades e deficiências recorrentes nas ações programáticas que comprometem os resultados da ação do governo. Com esse propósito, apresenta uma análise que identifica déficits sistêmicos e institucionais relevantes da Administração Pública, apontando um conjunto de falhas comuns e constantes na implementação das políticas. Dentre os aspectos mais críticos relatados está a falta de coordenação interfederativa (federal, estadual e local) e o descasamento entre o grau de responsabilidade do município com sua estrutura e capacidade técnica e administrativa para gestão da política, que se mostraram presentes em 100% das políticas fiscalizadas (TCU, 2018).

Por conta de fragilidades como essas de governança e gestão, várias políticas são implantadas, mas não encontram êxito na implementação, por vezes nem chegando ao destino inicialmente determinado. Esses reveses sinalizam déficits sistêmicos que comprometem significativamente os resultados da ação governamental, deixando as necessidades locais sem solução, limitando a eficácia do SUS e a consequente prestação eficiente e qualificada dos serviços públicos de saúde (TCU, 2018).

Vale ressaltar que isso não ocorre por falta de determinação legal. O ordenamento constitucional e as LOS preveem a interdependência dos entes federados, autônomos entre si, constituindo uma rede interfederativa que sustente um sistema único e descentralizado de saúde (SOUZA, 2002). Contudo, apesar de teoricamente lógica e necessária, por conta da extensão do território nacional e da diversidade cultural, não tem sido simples essa organização de ações compartilhadas no SUS. A divisão de competências entre os entes federativos, expressa na CF, parece ampliar os desafios para uma atuação conjunta, coordenada e socialmente eficaz na implementação das políticas nacionais.

Em que pese a relevância da rede, como destacam Santos e Andrade (2008) e as tentativas de institucionalizá-la por meio dos pactos interfederativos, na prática isso só ocorrerá com o fortalecimento dos mecanismos político-institucionais em vigor e especialmente com

instrumentos metodológicos e processuais que orientem para o fortalecimento dos vínculos entre os entes públicos envolvidos.

Santos e Andrade (2011) reconhecem que, além de planejamento integrado e financiamento tripartite, é preciso que o SUS tenha uma gestão integrada que supere simples relações entre os governos. Segundo os autores, sendo o SUS uma política pública composta por elementos que demandam um modelo de gestão dinâmico e condizente com as diretrizes da moderna administração pública, precisa atuar mais próximo do cidadão e com permanente articulação entre os entes políticos.

Contribuindo para esses argumentos, Lima e D'Ascenzi (2013) reforçam que os estudos de implementação de políticas públicas devem caminhar ligados ao desenvolvimento de melhorias nos processos político-administrativos, que permitam o incremento das atividades implementadoras. O “problema de implementação” como descrevem, apresenta dois vieses: um que a natureza do problema é administrativo-organizacional e o segundo que o problema decorre de conflito de interesses. Nas duas situações a solução apontada seria estabelecer mecanismos institucionais que criassem um contexto de cooperação para os participantes.

Para esses autores, a multiplicidade de atores de diferentes organizações e com interesses diversos, precisam interagir para executar a política. E como as pessoas mudam periodicamente, as interações também se alteram, o que insere pontos de descontinuidade e de necessidade de novas e permanentes negociações. Essa percepção permite conceber a implementação como um processo de apropriação de uma ideia, consequência da interação entre a intenção expressa no texto da política e os elementos dos contextos locais de ação, dando vida à política nacional de fato, adaptada às necessidades locais e à decisão gestora de assumir sua execução.

Nesse cenário, a conscientização das especificidades de implementação de políticas nacionais em contextos federativos tão diversos torna-se fundamental para a continuidade local de suas ações. A redefinição das responsabilidades coletivas dos três entes gestores e a pactuação diferenciada de prioridades, objetivos e metas a serem atingidos em cada território, poderão conceder um estado de pertencimento e importância da política em âmbito local. Como recomendado pelo TCU (2018), é preciso definir arranjos institucionais para atingir a coerência e a coordenação entre (i) programas e ações que integram o planejamento plurianual, (ii) planos e políticas nacionais, regionais e setoriais e (iii) políticas públicas que dependam de integração setorial e federativa, para aumentar a eficiência e a efetividade do gasto governamental.

Participando dessa interlocução, a Escola Nacional de Administração Pública (ENAP), cuja missão é desenvolver competências de servidores públicos para aumentar a

capacidade de governo na gestão de políticas públicas, fomenta o Programa Cátedras Brasil. Com o objetivo de apoiar iniciativas de produção e disseminação de conhecimento aplicado à Administração Pública, o Programa tem entre suas áreas temáticas o uso de evidências para subsidiar a formulação e implementação de políticas públicas. Diante da necessidade de aumento da efetividade da ação governamental, a Escola reconhece que é fundamental evidenciar as necessidades locais e nessa base descrever e propor formatos e ferramentas que possam facilitar a comunicação entre os atores envolvidos no processo, como exposto em sua página institucional. Olhar para esta complexidade, com foco nos benefícios para a saúde pública, pode favorecer a compreensão ainda não pragmática de que uma governança integrada respeita e valoriza o pluralismo local, minimizando o isolamento e ampliando o apoio institucional assertivo e pactuado (BRASIL, 2018).

Para melhor compreensão dessa abrangência e multiplicidade e o alcance dos objetivos propostos, algumas ponderações foram feitas para definir e justificar o perfil amostral desta pesquisa. Nesse sentido, por entender a necessidade de aproximação entre os entes federados, optou-se por ouvir profissionais: (i) com experiência em gestão de processos que envolvem articulação interfederativa para a elaboração, implantação e execução de PN e (ii) que representassem órgãos federais, estaduais e municipais em cada estado e no Distrito Federal.

Com os dados trazidos pelos participantes dessa amostra, o presente estudo pôde identificar desafios que, segundo os gestores pesquisados, comprometem o estabelecimento de uma parceria interfederativa que favoreça a implementação de PN com maior autonomia e independência onde serão executadas. Também conseguiu apontar caminhos que mostraram viabilidades para a fusão de interesses nas três esferas de governo, reforçando os compromissos na divisão de responsabilidades. E por último, conseguiram oportunizar o conhecimento de práticas que demonstram possibilidades de MS e secretarias de saúde (estaduais e municipais) trabalharem de forma solidária e colaborativa, fortalecendo a horizontalidade das suas relações e reunindo esforços para implantação e implementação de políticas nos territórios.

À vista do exposto, o estudo revelou significativa relevância das percepções trazidas pela identidade com os objetivos sociais do SUS, que se mostram disciplinados e com reverses para se realizarem em um único ente federativo. As reflexões que se objetiva a provocar, pode alcançar a comunidade acadêmica, profissionais de saúde, a classe política e mesmo a sociedade em geral, para desencadear discussões, repensar paradigmas e descobrir motivos e meios para trilhar novos caminhos. Identificar esses desafios e as possibilidades que potencializem as

parcerias interfederativas para o fortalecimento da implementação de PN, com efetiva governança integrada, é o que justifica esse Projeto.

## 1.2 OBJETIVOS

O Ministério da Saúde é o órgão do Poder Executivo Federal responsável pela organização e elaboração de planos e políticas nacionais voltados para a promoção, a prevenção e a assistência à saúde dos brasileiros, conforme divulgado em seu portal institucional. Para desempenhar suas funções, formula, implanta e apoia a implementação de políticas nacionais de saúde, executando sua missão mediante a integração e a construção de parcerias com os órgãos federais, os estados, municípios, a iniciativa privada e a sociedade, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida dos cidadãos.

Entendendo a importância central dessas articulações para a promoção da saúde e do bem-estar da população, norteadas pelos princípios da universalidade, integralidade e equidade, o presente estudo se desenvolveu com o objetivo geral de analisar o papel das parcerias interfederativas na continuidade produtiva da execução local das políticas públicas nacionais de saúde. O caminho percorrido para essa finalidade foi pautado pelos seguintes objetivos específicos:

- a) apresentar os preceitos legais sobre implementação de políticas nacionais de saúde, no que se refere à parceria interfederativa, a partir da Constituição Federal de 1988;
- b) compreender como os gestores públicos de saúde, federais, estaduais e municipais, percebem as parcerias interfederativas na implementação de políticas nacionais de saúde no Brasil, em conformidade com as orientações normativas do SUS;
- c) identificar a percepção de gestores do SUS sobre a condição local de cada PN normatizada e vigente; e
- d) Verificar recomendações dos gestores do SUS que favoreçam a constituição de parcerias interfederativas que possibilitem uma governança integrada, para a implementação eficaz de políticas nacionais de saúde.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 FEDERALISMO

Considerando a essência etimológica do termo Federalismo, Abrucio e Franzese (2007) nos mostram que sua essência deriva do latim *foedus* (aliança, pacto), prenunciando um acordo capaz de organizar uma soberania territorial compartilhada.

É considerado uma forma de governo que promove a divisão dos territórios em níveis distintos, com autonomia política e poder distribuído a órgãos e instâncias independentes, mas submetidos a um sistema de controle do poder central, que garante a unidade e regulamentação previstas numa única Constituição Federal e legislações decorrentes. Por sua complexidade, tem sido tema de destaque em diversos campos acadêmicos e objeto de estudos, interesses políticos e controversas discussões sobre sua prática (SOARES; MACHADO, 2018).

Na tentativa de captar o significado comum e basal do Federalismo, mas sem a intenção de esgotar o tema, foi considerada essa perspectiva formalista, selada na CF vigente. Nesta carta constitucional atribuiu-se essa perspectiva ao sentido de federalismo, expresso ou implícito em várias partes do texto, indicando que as várias unidades federativas se reúnem numa só nação e os diferentes entes autônomos compatibilizam o princípio de autonomia com o de interdependência entre as partes. Essa composição qualifica uma união indissolúvel de territórios com governo próprio, delegado por um poder centralizador e constituindo um único Estado Federal, uma Federação, administrada em polos jurisdicionais distintos (BRASIL, 2016). Assim sendo, a lógica das federações é o Federalismo, sendo possível afirmar dedutivamente que pode haver federalismo sem federação, por meio da adoção de princípios federativos em outras formas de estado, mas o contrário não faria sentido.

As federações são diferentes e mutáveis, em decorrência dos interesses e condições plurais que as compõem e das diversas variáveis como constituição local, democracia, descentralização e economia (SOUZA, 2008). Por meio de adequações normativas locais, a distribuição de poder proposta pelo Federalismo, envolve transferência de autoridade para espaços territoriais antes excluídos dos processos decisórios, na tentativa de manter uma divisão equilibrada de poder capaz de assegurar o atendimento das necessidades regionais.

O Federalismo comporta-se como uma das opções conhecidas pelos governos para acolher heterogeneidades advindas de diferenças territoriais, étnicas, socioeconômicas, culturais e políticas entre as regiões de um país. A escolha por essa forma de governo perpassa também pelo conceito do ideal da unidade na diversidade, resultando no modelo de

instabilidade dos arranjos federativos, por tentar combinar o princípio da unidade com o da autonomia interna (SOUZA, 2008).

Nesse sentido, as características do federalismo também são diversificadas, conforme as particularidades das federações que o assumem. Porém, seguindo o que nos ensina Souza (2008), algumas são compartilhadas pela maioria das federações. Uma dessas características é a descentralização política, que concede a independência administrativa, legislativa e política dos estados-membros, permitindo o direcionamento das decisões governamentais ao atendimento dos interesses locais. Também está entre esse entendimento partilhado a autonomia – mas não soberania – das unidades federativas, impondo não existir níveis de subordinação hierárquica entre elas. Por fim, os alinhamentos constitucionais, que possibilitam a divisão de competências e a cooperação entre o governo central e os entes federados.

Essas características comuns o diferenciam do modelo de Estado Unitário, onde as relações de poder são hierarquizadas, ficando as instâncias subnacionais subordinadas ao Governo Central. Porém, um pacto federativo não se sustenta apenas por uma Constituição, apesar de ser ela a base fundamental para sua efetividade. Abrucio e Franzese (2007) nos mostram que outros institutos são necessários, como uma estrutura de controle mútuo e a criação de incentivos à cooperação e de processos intergovernamentais de decisão conjunta. Nesse sentido, um sistema de freios e contrapesos entre os níveis de governo, a interação entre as unidades e a definição de formas de coordenação entre os entes, possibilitaria evitar a centralização ou a fragmentação excessiva de poder, o que traria consequências estruturais danosas para a atuação governamental.

Tão importante quanto o já citado é a coordenação legítima dessas inter-relações cooperativas, que deve ser orientada pelas normas constitucionais, sendo indispensável para a manutenção da ordem e da devida repartição de funções e competências, imprescindíveis a um pacto federativo efetivo. E essa efetivação depende de relações dialógicas sistemáticas entre os entes federados, de interação das comunidades políticas e de processos de cooperação estabelecidos, pautados na atuação conjunta e complementar entre os diversos níveis de governo (ABRUCIO; FRANZESE, 2007).

## 2.2 FEDERALISMO NO BRASIL

No Brasil, os primeiros movimentos para uma República Federativa tiveram origem em ações de lideranças políticas regionais para conquistar o poder do Estado nacional unitário

estabelecido desde 1822. Com o fim do laço colonial com Portugal, surgem as manifestações para “canalizar os diversos interesses políticos das oligarquias locais, unificar e pacificar o país ameaçado por rebeliões regionais, com concessões às elites regionais, como a manutenção das assembleias provinciais” (SOARES; MACHADO, 2018, p. 73).

O marco legal da Federação se deu com a Proclamação da República em 1889, seguida pela Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil, em 1891, que preconizava em seu art.1º: “A Nação Brasileira adopta como fôrma de governo, sob o regimen representativo, a República Federativa proclamada a 15 de novembro de 1889, e constitui-se, por união perpetua e indissolúvel das suas antigas províncias, em Estados Unidos do Brasil.” (BRASIL, 1891).

Estavam instituídas três modificações importantes na estrutura do país: a forma de governo (de monárquica para republicana), o sistema de governo (de parlamentarista para presidencialista) e a forma de Estado (de unitário para Federal), sendo que o modelo adotado foi o Federalismo dual, ou dualista, tendo como entes federativos a União e os estados (BONAVIDES, 2019).

Assim, baseada no modelo da estrutura institucional dos Estados Unidos da América à época, nasce a forma federativa de Estado, no Brasil. Porém, apesar de ter acontecido como resposta do governo central aos anseios das elites regionais, a federação brasileira não foi resultado de um pacto constitucional para conferir unidade política mais ampla, como no país norte-americano, mas guarda similaridades, como nos ensina Soares e Machado:

A Constituição de 1891 ofereceu ao país uma estrutura institucional federal muito similar à norte-americana: as províncias se converteram em 20 estados, todos dotados de poder executivo, legislativo e judiciário; os governadores e membros das assembleias legislativas estaduais seriam eleitos por voto direto; os estados teriam uma constituição própria e responderiam pelas competências que não estavam asseguradas à União – competência legislativa residual; o senado seria a casa de representação dos estados no governo nacional; foi criado o Supremo Tribunal Federal; o imposto de exportação seria de competência dos estados, entre outros (2018, p.74).

Contudo, a realidade não correspondeu à expressão da nova Constituição e nem mesmo aos ideais de democracia e liberdade do modelo norte-americano que a inspirou. Como lembra Soares e Machado (2018), a maioria da população continuava excluída da participação política. Os interesses políticos da elite agrária dominavam o cenário, o que acabou por se tornar o maior obstáculo para a efetividade da primeira experiência federativa brasileira: o caráter oligárquico e excludente da política nacional.

Esta constatação deixa claro que o modelo federativo no Brasil ocorreu de maneira oposta à inspiração trazida pela experiência norte-americana. A forma como se instalou a Federação brasileira em vários momentos fugiu dos propósitos da organização territorial do poder, dos princípios de autonomia e de interdependência, bem como as noções de controle bilateral e de coordenação intergovernamental apresentam problemas até hoje para se efetivarem (ABRUCIO; FRANZESE, 2007).

Para os autores, o federalismo brasileiro não resultou de um pacto entre unidades autônomas, mas de um processo de descentralização de poder do centro para os estados, como relembra Abrucio e Franzese:

Isso fica nítido na frase de Rui Barbosa: “tivemos União antes de ter estados, tivemos o todo antes das partes”. Com isso, os estados se fortaleceram e a União foi enfraquecida, gerando um modelo centrífugo bem diferente dos Estados Unidos. Por esta razão, enquanto nos EUA o pacto federativo significou a criação de um Poder Central até então inexistente, no vocabulário político brasileiro federalismo é sinônimo de descentralização (2007, p.3).

Nesse caminho, outras constituições se sucederam (1934, 1937, 1946 e 1967). Porém, a segunda experiência democrática federal só foi definida pela CF de 1988, quando ficou estabelecido o federalismo que se mantém nos dias atuais. Em seu art 1º determina que “A República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado Democrático de Direito [...]”. E institui, em seu art. 18, que a organização político-administrativa do Brasil passa a compreender a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, todos autônomos, nos termos da referida Constituição (BRASIL, 2016, p. 11).

Dessa forma, a República deixa de ter um federalismo dualista e elege o sistema trinário, formalizando como entes federativos a União, os estados e os municípios. E, na intenção constituinte de estabelecer cooperação entre os três entes, definiu a forma federalista como cláusula pétrea e o modelo passa ser o federalismo cooperativo. Estava estabelecida a parceria interfederativa como instrumento basilar para a implantação das reformas anunciadas, que visavam uma democracia participativa, com a promoção do desenvolvimento regional e a redução das desigualdades entre os entes (BONAVIDES, 2019).

Nesse breve histórico sobre o federalismo no Brasil, pode-se considerar que, entre avanços e retrocessos, houve percurso positivo em termos políticos, econômicos e sociais. Soares e Machado (2018) relatam um aperfeiçoamento do federalismo ao registrar a mais prolongada vigência da democracia no país e progressões na participação social, nos órgãos de controle públicos e nas políticas públicas. E ainda observam avanços, embora nem sempre

contínuos, na definição de direitos e nos ciclos percorridos pelas políticas públicas, além de uma evolução positiva em indicadores sociais e em políticas como saúde, educação e assistência social.

Depreende-se do já exposto, que a dinâmica do federalismo brasileiro ainda carece de melhorias e adequações. Como visto, a federação brasileira se formou por meio de uma oligarquização local, que exigiu uma resposta federativa vigorosa e imediata por meio de políticas que respondessem às demandas instaladas e reduzissem as desigualdades entre os municípios brasileiros. Sobre isso, Ribeiro et al. (2018, p. 1.779) ponderam que, embora a Constituição tenha buscado a interligação entre pacto federativo, descentralização das políticas e equilíbrio fiscal, fatores históricos estruturais bloquearam a redução das desigualdades locais. Isso denuncia a necessidade de uma coordenação central forte, com suficiência para gerar cooperação local e regional permanente, favorecendo o intercâmbio de experiências exitosas, o apoio e a cooperação intergovernamental.

Assim, essa coordenação entre os níveis de governo torna-se essencial, mas nem sempre a decisão de um ente federativo é compatível com a dos demais. Articular as dissonâncias desse complexo jogo é fundamental, para que uma Federação se comporte com a coerência de uma forma de organização político-territorial baseada no compartilhamento, tanto da legitimidade como das decisões coletivas, entre mais de um nível de governo (ABRUCIO; FRANZESE, 2007).

Os autores confirmam ainda o impacto do Federalismo na construção do moderno Estado brasileiro, na redemocratização e na descentralização, influenciando gestores públicos com graus variados de autonomia, relações intergovernamentais complexas e contribuindo para o estabelecimento de políticas públicas relevantes para a Federação.

### 2.3 FEDERALISMO E POLÍTICAS PÚBLICAS NO BRASIL

O debate sobre a influência bilateral envolvendo federalismo e políticas públicas tem como dimensão central a organização territorial do poder. No caso brasileiro, a discussão reflete a influência das instituições e dos interesses subnacionais no processo eleitoral e nas decisões dos gestores governamentais, envolvendo a formulação e implementação de políticas públicas (ABRUCIO; FRANZESE, 2007). Nesse sentido, afirmam o forte impacto da dinâmica federativa nas políticas públicas brasileiras, cuja produção é amplamente afetada pelo desenho institucional adotado por cada país. Destacam que entre os fatores institucionais que mais

impactam a ação estatal estão o peso do sistema de governo, da variável partidário-eleitoral, das características da burocracia e do papel do Judiciário.

A distribuição de poder e funções entre União, Estados e Municípios proposta pelo federalismo e as diversas formas que os entes federados utilizam para coordenar esse processo vem interferindo, positiva e/ou negativamente, na trajetória das políticas brasileiras. Souza (2008, p.27) chama a atenção para o “caráter instável, mutante e experimental dos arranjos federativos, que contradiz a lógica da estabilidade das instituições, principalmente das regras constitucionais”, trazendo uma dinâmica que envolve necessariamente pactuações entre os níveis federados.

O sentido de tratado, aliança, pacto impresso ao conceito etimológico da palavra Federação torna-se imperativo para que a autonomia política dos governos locais possa viabilizar a implementação de políticas propostas pelo governo federal. O poder de veto que a Constituição confere a cada ente, caso uma aliança não seja efetivada, pode impossibilitar a implementação de políticas nacionais. Isso significa que, não existindo imposição constitucional, o sucesso das políticas nacionais pode depender da capacidade do Executivo Federal em conquistar a adesão dos governos subnacionais para sua implementação (ARRETCHE, 2002).

Esta ideia de federalismo como pacto inspirou a teoria do federalismo cooperativo, que demonstra a existência da interação necessária entre as esferas de governo no âmbito da matriz federativa, trazendo luz às discussões sobre a relação de reciprocidade entre federalismo e políticas sociais no Brasil (FRANZESE, 2010). Nesse sentido, para execução efetiva das políticas públicas em sistemas federativos, parece ser necessário ultrapassar as fronteiras da divisão de competências entre os entes que formam o Estado e a descentralização do poder. É preciso construir e coordenar uma rede de cooperação entre estados, municípios e o governo central, num sentido de gestão integrada, como aponta Ribeiro *et al.* (2018).

Para os autores, os sistemas federativos são historicamente associados à descentralização geopolítica e à desconcentração de poder. As crises federativas costumam refletir as demandas regionais por melhor distribuição dos recursos nacionais ou por maior proteção aos interesses das regiões mais ricas. Afirmam ainda que os aspectos competitivos do federalismo entre estados e municípios e os fatores socioeconômicos locorregionais podem ser importantes obstáculos às políticas nacionais. Da mesma forma, “as falhas de coordenação dos governos estaduais devem ser consideradas em planos analíticos como variáveis independentes” (Ribeiro et al., 2018, p. 1.786).

No Brasil, a Constituição Federal de 1988 trouxe uma maior autonomia financeira, administrativa e política aos municípios, para efetivar as transferências federais por meio dos fundos de participação. Como ilustram Abrucio e Franzese (2007), esse processo deu forma e força ao instituto da descentralização, mas desencadeou um aumento desordenado de unidades municipais, em busca dos recursos federais. Com isso, houve a redução dos valores repassados aos municípios, especialmente os maiores, para contemplar as novas unidades criadas, o que dificultava a implantação de políticas públicas de maior abrangência e complexidade.

Esse movimento influenciou também a atividade dos estados, que se viram obrigados a refazer os percentuais de recursos disponíveis após as transferências intergovernamentais e buscar alternativas para compensar as perdas. Iniciou-se uma guerra fiscal, uma competição federativa. Os estados se mobilizavam para conceder incentivos fiscais e atrair investimentos locais, na tentativa de recompor a arrecadação (ABRUCIO; FRANZESE, 2007).

Nesse contexto de descentralização fiscal e compartilhamento de responsabilidades entre os três níveis de governo, os estados, abrigados constitucionalmente, foram se desobrigando de participar e investir em políticas financiadas pela União. Com isso, restou aos municípios responder às demandas da população por ações governamentais, consolidando a municipalização das políticas públicas, como apontam Abrucio e Franzese (2007).

Porém, pela desigualdade entre os municípios, no tocante à situação financeira, capacidade técnico-administrativa e disponibilidade política, a municipalização das políticas não foi equânime. Os recursos recebidos para a implantação de políticas muitas vezes não foram adequadamente utilizados, inviabilizando a eficácia das ações públicas. Em muitos casos, como afirma Borges (2013), essas desigualdades restringiram a atuação autônoma dos municípios, que desempenhavam a função de meros executores das políticas nacionais. Isso sugere que a municipalização foi uma prática que não resultou em melhoria da gestão das políticas nacionais implantadas.

No entanto, Abrucio e Franzese (2007) destacam um enfoque de positividade nesse novo poder conferido aos municípios. A municipalização teria fomentado a implantação de políticas realizadas pelos próprios governos locais, trazendo à pauta municipal temas antes tratados apenas em nível nacional ou estadual.

Na opinião de Hochman e Faria (2013), não há dúvidas sobre a repercussão da atual conformação institucional do federalismo brasileiro na proposição, no financiamento e na condução de políticas públicas, permitindo identificar a interferência e o impacto da dinâmica do federalismo na gestão local das diretrizes nacionais. Porém, algumas vezes essa interferência

contribuiu para a melhoria dos processos gestores e em outras, prejudica ou inviabiliza sua efetividade. Em muitos momentos a autonomia concedida pela Constituição de 1988 favoreceu a omissão dos entes federativos diante de problemas sociais iminentes, instituindo uma responsabilização difusa e pouco transparente, sem possibilidades de reação da população, impotente diante da inércia pública (ABRUCIO; FRANZESE, 2007).

Os autores sustentam que, ao contrário dessa inação, mas sem ser menos nociva, a falta de integração entre políticas públicas efetivadas simultaneamente pelos entes federados, e às vezes divergentes, elevam custos e majoram esforços pela duplicidade do uso de recursos públicos para finalidades semelhantes. Essas situações podem ser consequência de um processo de descentralização desordenado, apontando para a importância do desenho federativo na implementação de políticas públicas e tornando evidente a necessidade de instituir uma coordenação federativa, com instrumentos de controle entre os níveis de governo.

Para Palotti e Costa (2011, p. 330), o complexo jogo de arranjos do contexto federativo brasileiro torna a implementação de políticas um fenômeno igualmente complexo, que se desenvolve em cenários e etapas desiguais, ancorados por movimentos cooperativos e competitivos entre os entes constituintes. Isso reforça o mútuo impacto entre Federalismo e Políticas Públicas e a necessidade de, por meio de coordenação política, compatibilizar a autonomia dos entes federados para alcançar objetivos comuns.

Nesse sentido, Arretche (2004) defende a tendência de estados federativos em dificultar a coordenação das políticas, gerando superposição de competências e competição entre os diferentes níveis de governo, por conta da distribuição federativa da autoridade política, derivadas da descentralização. Para a autora, esta distribuição de competências pode produzir efeitos na relação entre federalismo e políticas públicas, derivados dos limites da coordenação nacional das políticas. Entre eles, são mencionados a “superposição de ações, as desigualdades territoriais na provisão de serviços e mínimos denominadores comuns nas políticas nacionais (Arretche, 2004, p. 22).

Ancorados nos estudos citados, os temas federalismo e políticas públicas no Brasil parecem estar intrinsecamente relacionados, embora essa relação não seja linear e sua abrangência dependa de configurações institucionais, não restritas à Constituição. Disso resulta um cenário diversificado e complexo, cujo interesse alimenta atualmente as principais agendas de pesquisa no que se refere à gestão de políticas públicas. Assim, a experiência federativa brasileira apresenta notórios problemas e desafios para a gestão das políticas públicas. Entre os mais destacados estão os “aspectos pouco equitativos do federalismo fiscal, o papel dos estados

na dinâmica federal tripartite, a capacidade dos municípios na implementação de políticas públicas e tantos outros” (SOARES; MACHADO, 2018, p. 106).

Esses revezes, impostos pelo modelo de federalismo adotado no Brasil, reforçam a necessidade de ampliar os mecanismos de coordenação intergovernamental adotados, não só pelo nível federal, mas também por estados e municípios. Isso pode trazer maior efetividade das políticas públicas e evidencia como as parceiras interfederativas propostas pelo federalismo cooperativo brasileiro podem fortalecer as áreas que objetivam o bem-estar dos cidadãos, como a saúde, objeto deste estudo e detalhado a seguir.

## 2.4 FEDERALISMO NO SUS

A literatura sobre federalismo e políticas públicas no Brasil indica uma relação pendular contínua entre centralização e descentralização, apontando para a necessidade de prosseguir avançando no compartilhamento federativo fundado na negociação intergovernamental (FRANZESE, 2010). Nesse cenário, a área da saúde articulou a implantação do SUS, antiga aspiração e luta do movimento sanitário, favorecida pelo federalismo trazido pela então recente ordem constitucional de 1988, como destaca Ribeiro *et al.* (2018). O sistema foi instituído no Artigo 198 dessa CF, com o comando de assegurar a descentralização alinhada à unicidade sistêmica, reforçadas pelas leis orgânicas (Brasil, 1990), inovando na experiência nacional e internacional.

Art. 198. 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:

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - participação da comunidade.

(BRASIL, 2016, p. 119)

Por força das decisões tomadas na Assembleia Nacional Constituinte de 1987-1988, convocada em meio ao processo de transição democrática do país, as propostas para aliar descentralização fiscal com descentralização de competências foram estrategicamente derrotadas. Isso impeliu os constituintes a optarem pelo formato das competências concorrentes para a maior parte das políticas sociais brasileiras (RIBEIRO *et al.*, 2018). Da mesma forma, essa autorização constitucional também facultou a qualquer ente federado implementar ou não programas nas áreas de saúde, educação, assistência social, habitação e saneamento. Isso abalou

a estrutura da relação federativa no tocante à implementação de políticas públicas, demandando estratégias especiais para estabelecer a coordenação vertical das políticas nacionais.

Com isso, a implementação do SUS teve início com esse arranjo vertical das relações intergovernamentais, inaugurando um processo dual de fortalecimento recíproco com o modelo de federalismo proposto na Constituição. Isso se deu, formalmente, por meio das normas operacionais básicas, inicialmente, culminando com o Decreto 7.508 (Brasil, 2011), que consolidou as normativas referentes à organização do SUS:

Art. 3º O SUS é constituído pela conjugação das ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde executados pelos entes federativos, de forma direta ou indireta, mediante a participação complementar da iniciativa privada, sendo organizado de forma regionalizada e hierarquizada. (BRASIL, 2011, p. 2)

Observa-se que federalismo brasileiro, reestruturado pela Constituição de 1988, favoreceu também o redesenho da agenda nacional de políticas de saúde, até então marcada pela fragmentação e falta de integração entre as redes de atenção das três esferas de governo, que operavam suas políticas isoladamente (FRANZESE, 2010). Com o sistema de saúde passando a se pautar pela universalidade da cobertura e do atendimento, necessário se fez desenvolver mecanismos e estratégias de cooperação intergovernamental, para possibilitar atingir esse patamar em âmbito nacional e cumprir com a governança tripartite estabelecida pela legislação infraconstitucional. Dessa forma, a organização do SUS ficou embasada em responsabilidades compartilhadas entre as esferas federal, estadual e municipal, com funções distribuídas conforme o âmbito de atuação de cada ente, transformando-se em um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública do mundo.

Em linhas gerais, como explica Arretche (2004), à União coube o planejamento nacional de saúde, a coordenação das ações intergovernamentais, o financiamento e a formulação das políticas nacionais de saúde, a elaboração de normas e instrumentos de M&A do Sistema, constituindo a gestão federal do SUS, por meio do MS. Aos estados e ao Distrito Federal coube a coordenação do plano regional, a execução, por adesão, das políticas nacionais em parceria com o Ministério, a formulação de suas políticas em consonância com a normatização federal, a organização do atendimento à saúde em seu território e a coordenação e o planejamento do SUS em nível estadual, por meio das secretarias de saúde. E aos municípios, além do planejamento local, coube a prestação direta dos serviços e ações de saúde em seu território, a parceria na aplicação das políticas nacionais e estaduais de saúde, assim como a formulação das suas próprias políticas, exercendo a coordenação e o planejamento do SUS em âmbito municipal, por meio das secretarias municipais de saúde.

Porém, para garantir ao indivíduo a integralidade do cuidado à saúde diante dessa complexa rede tripartite de decisões e de prestação de serviços, mostrou-se imperativa a organização de uma governança integrada, a ponto de constituir um sistema, único, como previsto constitucionalmente. Esse modelo, inaugurou o conceito de rede interfederativa na saúde do Brasil, como destacam Santos e Andrade (2011, p. 1.676):

A rede interfederativa se caracteriza pela necessidade de haver, no SUS, “gestão” intergovernamental, e não apenas relações entre os governos. Na saúde, é imperioso haver gestão compartilhada, planejamento integrado e financiamento tripartite. A instituição de uma rede interfederativa de saúde altera substancialmente a forma de relacionamento entre os entes políticos, que passam a discutir, sem hierarquia, os interesses e as realidades locais, as diversidades culturais, econômicas e sociais dos territórios, superando a “dicotomização entre a administração e a política”.

Nesta estrutura, em que a participação de estados e municípios evoluiu para a condição de gestores, percebe-se que o gerenciamento das políticas de saúde também evoluiu para um modelo mais característico de federações, demandando um funcionamento eficiente e suficiente de mecanismos tripartites de governança.

Importante destacar que o gerenciamento dessa descentralização no âmbito da saúde se deu pela ação política articulada nos três planos da federação, fortalecido pela ação dos conselhos deliberativos de saúde (nacional, estaduais e municipais) e das comissões intergestores (CIR, CIB e CIT). Essas instâncias, palcos de negociações diretas entre os representantes dos entes federados, buscam possibilitar a pactuação e o controle da execução das políticas, definindo as diretrizes operacionais do SUS, instaurando uma “governança federativa mediadora da descentralização compartilhada com os entes subnacionais”, como enfatiza Ribeiro *et al.* (2018, p. 1.781).

Nesse cenário, Franzese (2010) destaca a importância do papel dos governos estaduais no apoio técnico e financeiro aos municípios, o que ainda se mostra um desafio a ser superado. A regionalização e a municipalização demandam essa atuação estadual, combinando descentralização com compartilhamento. A autora defende ainda, a relevância do protagonismo federal na promoção de diretrizes de universalização de políticas nacionais e no estabelecimento de um padrão de relações intergovernamentais mais cooperativo e integrado.

Assim vem sendo construído o SUS, respaldado pelo federalismo no Brasil. Entre ganhos e desafios, procura se afirmar como sistema único, descentralizado, ancorado pelos princípios de acesso universal e igualitário, por meio de serviços prestados por uma rede regionalizada. Gradualmente, o SUS e o federalismo cooperativo vêm se desenvolvendo, igualmente pautados numa atuação conjunta e complementar entre os diversos níveis de governo, favorecendo a elaboração e a execução de políticas públicas de interesse comum. O

SUS brasileiro nasceu inovador e, em mais de 30 anos de trajetória, mudou a história da saúde no Brasil.

Como resumizam Santos e Andrade (2011), o SUS é um sistema que possibilita: (i) aproximar o mundo político das necessidades dos cidadãos; (ii) a participação complementar do setor privado e da comunidade na elaboração e no controle da execução das políticas que deverão atender suas necessidades; (iii) promover pactuações colegiadas de seus entes políticos, responsáveis pelos serviços que prestam e (iv) compartilhar a efetividade do Sistema em prol da saúde da população brasileira. Como pode ser observado, conceitos como integração, pactuação e compartilhamento se mostram absolutamente indispensáveis para o fortalecimento do SUS e a governança da saúde no Brasil.

## 2.5 FEDERALISMO E GOVERNANÇA INTEGRADA DA SAÚDE NO BRASIL

O modelo de federalismo cooperativo adotado no Brasil ainda carece de melhorias e fortalecimento, sobretudo no campo das relações intergovernamentais, que deveriam ser fortemente pautadas por uma atuação conjunta e complementar entre os diversos níveis de governo. Nos sistemas federais, essas relações são de competência da esfera executiva. Normalmente se efetivam pela participação em institutos representativos como conselhos, grupos de trabalho, comitês, com finalidades específicas, como, por exemplo, a elaboração e execução de políticas de interesse comum, impondo a todos uma corresponsabilização por seus efeitos.

Nesse sentido, Franzese (2010) pondera que essa interação entre as esferas de governo vai muito além das diretrizes estabelecidas na Constituição Federal. Para a autora, discutir relações intergovernamentais é fundamental para avançar no compartilhamento, no monitoramento e na cooperação para a execução de políticas públicas, enquanto arranjos institucionais “que permitem a combinação de nacionalização de políticas sociais, com fortalecimento da negociação federativa”. Essas concepções reforçam a necessidade de instituir formas de gestão intergovernamental compartilhada que efetivem parcerias entre os entes federados e viabilizem uma governança integrada. Assim, abrem-se possibilidades para intercambiar experiências, promover a cooperação e discutir a administração conjunta na elaboração e implementação de políticas públicas (BRASIL, 2017).

Nesse cenário, os gestores estaduais têm papel relevante para o desenvolvimento das relações intergovernamentais. Estando em posição geográfica intermediária, conseguem identificar as demandas locais e repassá-las à esfera federal, para elaboração de políticas

nacionais focadas em expectativas e necessidades factuais, atuando posteriormente como bússola do êxito ou do fracasso da execução dessas políticas.

Porém, o federalismo brasileiro ainda não consegue produzir uma forte coordenação local das políticas nacionais de saúde. Ribeiro (2018) sustenta que a competição entre os entes, trazida por essa forma de governo e as fragilidades de coordenação na esfera estadual podem representar barreiras importantes para a efetividade da execução das políticas de saúde. Diante desses desafios e na exiguidade de metodologias adequadas à realidade brasileira para implementação de políticas em âmbito nacional, o governo federal elaborou em 2018 dois guias para a formulação e avaliação de políticas, na perspectiva da governança integrada: o Guia Prático de Análise *Ex Ante* e o Guia prático de Análise *Ex Post* (BRASIL, 2018).

No primeiro Guia, são apresentados alguns assuntos que demandam análise em etapa prévia de construção da política (*ex ante*). Entre eles, destacam-se a o diagnóstico do problema a ser enfrentado, o desenho inicial da política com sua caracterização e o impacto orçamentário e financeiro. Também são citadas a necessidade de definição prévia das estratégias para a futura implementação, os arranjos institucionais exigidos e a construção de confiança e suporte com os executores, bem como para o monitoramento, avaliação e controle. O Guia traz ainda modelos de gestão e governança e de mensuração do retorno econômico e social.

Os órgãos federais formuladores do Guia reconhecem que as políticas públicas só se tornam realidade quando colocadas em prática e advertem para a necessidade de maior completude na fase de elaboração. Observam que a análise *ex ante* precisa adotar uma visão detalhada de como ocorrerá a execução, antecipando problemas e as alternativas de solução. Expressam que políticas implantadas sem clareza na definição “de quem faz o quê, com que grau de autonomia, com que formas de monitoramento e controle – e sem muitas vezes especificar seu passo a passo operacional e sem planejamento de seus riscos – geram incertezas, brechas e pontos de travamento (gargalos)” (BRASIL, 2018 p.124).

Constata-se nas recomendações do Guia mencionado que os arranjos institucionais e estratégias necessárias para a implementação local devem ser pensadas antes da concepção da política, de acordo com o guia citado. Desse modo, com maior racionalidade no processo inicial de implantação da política, a decisão se alicerça em dados e recai sobre a alternativa mais efetiva para que os recursos públicos e o bem-estar da sociedade sejam otimizados. A intenção é identificar inconsistências, insuficiências ou desperdícios de maneira antecipada para minimizar os problemas futuros. Ainda na mesma publicação (p. 123-124), recomenda-se o envolvimento dos atores desde o início das ações, incluindo a construção conjunta da estratégia ou plano de implementação, que deverá ser composto por:

- a) definição do modelo de gestão e de governança, explicitando os mecanismos de liderança, estratégia e controle, que serão postos em prática para avaliar, direcionar e monitorar a política;
- b) análise das atribuições e dos incentivos dos atores envolvidos na execução da política, verificando se o arranjo institucional proposto é adequado;
- c) análise da base legal da política e da espécie de instrumento que será utilizado para constituir as obrigações e ações necessárias à sua consecução e dos seus programas e ações;
- d) definição do plano de comunicação a ser executado durante todas as etapas da política;
- e) análise de riscos eventuais ao longo da execução da política pública, com sua identificação, elaboração de estratégias de mitigação, administração e controle, compatível com a matriz SWOT, do inglês, Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats.

Complementando o ciclo de avaliação de políticas públicas, a segunda publicação – Guia Prático de Análise *Ex Post* – consiste em um instrumento para orientar a tomada de decisão durante ou após a execução de uma política pública. Nesse sentido, é uma análise avaliativa para levantar evidências sobre a correspondência do executado com o que foi inicialmente pactuado e possibilitar a definição de subprocessos que não estão regulamentados no nível macro do desenho inicial da política, mas que são necessários no nível local.

Esses dois guias parecem responder às demandas referentes aos fluxos e processos de implementação de uma política pública. Porém, são iniciativas com publicação recente, estando em fase de divulgação do material disponibilizado. Por esse motivo, ainda não é possível afirmar se as orientações trarão a suficiência necessária e adequada à capacidade técnica e operacional dos órgãos formuladores e executores de políticas de saúde, ou se conseguirá pelo menos reduzir a distância entre esses atores e processos. No entanto, pela concordância sobre o tema entre os autores referenciados, é possível assentir que articular o processo de formulação, implantação, implementação e avaliação de políticas públicas entre os entes envolvidos é uma agenda urgente e inadiável, que o país precisa cumprir sem demora, para que os esforços dos governos resultem em melhorias para a saúde dos cidadãos.

### 3 METODOLOGIA

A construção do saber passa pelo matiz da observação do real, por estudos produzidos sobre essa realidade e pela busca por dados e fatos marcada pela valoração pessoal do pesquisador, como cores e formas de um mosaico, cujas peças escolhidas e combinadas refletirão o conhecimento que se propõe produzir. Para não se acomodar aos julgamentos do senso comum, é preciso uma vigilância crítica e confiança no procedimento científico com a consciência de seus limites e, também por causa deles, da importância de ordenar e sistematizar metodologicamente os preciosos achados.

Com essa compreensão e por se tratar de uma pesquisa destinada a conhecer, compreender e interpretar dados sobre motivações, expectativas, opiniões e relatos de pessoas que atuam ou atuaram como gestores públicos, o método norteador escolhido foi a Análise de Conteúdo. As abordagens quantitativa e qualitativa propostas nessa metodologia possibilitaram o acolhimento à diversidade de informações e formas de compreensão previstas em estudos do campo social, como a saúde, objeto deste estudo.

Inspiradas na Fenomenografia, as técnicas utilizadas buscaram captar a perspectiva dos atores envolvidos, como percebem e significam a realidade pesquisada e se comportam em função dela, diante de diferentes contextos sociais, espaciais e temporais no ambiente de trabalho (CHERMAN; ROCHA-PINTO, 2016). Para as autoras, essas concepções, ao serem agrupadas em categorias descritivas, redimensionam o fenômeno investigado segundo o intelecto coletivo constituído pelo arranjo das experiências relatadas pelos indivíduos.

Os meios utilizados para coleta e análise de dados também se aproximam, em alguns pontos, da metodologia Delphi. Como descrevem Wright e Giovinazzo (2000), o método Delphi é indicado para abordagens exploratórias, em ambientes de grande variabilidade social, econômica, política e tecnológica, como é o cenário do objeto pesquisado. Ele é especialmente resolutivo por permitir conclusões relevantes sobre a visão prospectiva e para orientar a tomada de decisão, a partir das percepções de quem reconhecidamente entende o objeto pesquisado. É principalmente neste ponto que reside a aproximação metodológica desta pesquisa com o método Delphi: a busca por reunir especialistas no tema em todo o território nacional e coletar suas opiniões, para atribuir graus de importância e estimar a ocorrência dos eventos por profissionais com autoridade e experiência no assunto.

Nesse sentido, pelo entendimento que um método compreende os procedimentos utilizados para a produção e explicação dos dados coletados e para que os objetivos propostos fossem alcançados, alguns caminhos se mostraram oportunos e adequados. Inicialmente, foi

realizada uma análise documental, importante procedimento metodológico para pesquisa qualitativa, especialmente em ciências sociais e humanas.

Segundo Bardin (2011), a análise documental, parte integrante da análise de conteúdo, traduz-se por um conjunto de operações destinado a investigar o conteúdo de um documento. Nessa investigação, as informações são analisadas, tratadas, sumarizadas e apresentadas, alinhadas à forma mais adequada ao estudo, sem inferências, apenas facilitando sua consulta e referências. Nesse sentido, a técnica foi utilizada para selecionar e analisar documentos de fontes primárias, afetos à temática pesquisada, considerando as circunstâncias sociais, econômicas e políticas em que estavam inseridos. Foi um trabalho de investigação embasado no acervo normativo e planos governamentais referenciados na pesquisa e aplicáveis ao tema.

Com o objetivo de reunir as informações e dados para embasar e estruturar a construção da investigação proposta, foi realizado também um levantamento bibliográfico a partir de fontes secundárias como livros, artigos, textos e documentos monográficos. Essa pesquisa bibliográfica teve a intenção de conhecer o tema, identificar problemáticas semelhantes ou respostas já construídas, assim como contradições ou abordagens diferentes, para definir a linha de pesquisa, traçar um histórico sobre o objeto e fundamentar teoricamente o trabalho.

Essas ferramentas iniciais possibilitaram articular passado e presente, colaborando com o entendimento do conteúdo trazido pela revisão de literatura, visando ao alcance dos objetivos da investigação proposta. Foram efetivadas a partir do mapeamento, seleção, análise e organização do material investigado, tendo como marco histórico inicial a Constituição Federal de 1988, no que se refere à regulamentação sobre as parcerias interfederativas na implementação de PN.

O potencial informativo decorrente do estudo analítico desses documentos e do material literário selecionado possibilitou conhecer a base legal e as discussões teóricas, sobre as quais foi construído o conceito de integração governamental para a instituição das referidas parcerias, com capacidade para viabilizar as sistemáticas de operacionalização das diretrizes do SUS. O resultado preliminar forneceu suporte ao estudo projetado, uma vez que trouxe informações indispensáveis na observação e análise dos achados.

À luz dos preceitos identificados, o passo seguinte foi preparar a pesquisa de campo. Para isso, intentando conhecer a temática pela percepção de gestores de todo Brasil, necessário se fez definir o universo amostral para iniciar a coleta de dados. Como o universo a ser investigado não era conhecido quantitativamente, a opção foi adotar a amostra não-

probabilística, mas baseada em critérios que possibilitassem um trabalho de campo representativo, passível da realização de inferências, previstas na análise de conteúdo pretendida. Então, foi definida a Amostra por Julgamento, na qual a escolha dos respondentes é feita a partir do julgamento do pesquisador, que busca por indivíduos com características definidas previamente para sua amostra e que são considerados típicos da população que se deseja estudar (BARBETTA, 2008).

Dessa forma, a escolha dos elementos para compor a amostra teve como critério: cada respondente ser ou ter sido gestor público na área da saúde, em setores que envolvam articulação interfederativa para elaboração, implantação e/ou implementação de PN, em qualquer esfera de governo e em discussões sobre estratégias de governança integrada do SUS. Necessariamente, teria representante de pelo menos duas esferas em cada estado e do Distrito Federal. Para garantir percepções de elaboradores e executores, com olhares de quem elabora/oferta e de quem adere/executa, esses respondentes foram escolhidos segundo dois grupos de pesquisa: Gestores Federais e Gestores Locais.

Na busca por profissionais com o perfil definido, foi realizado um levantamento dos atuais gestores das áreas pretendidas em cada órgão federal, estadual e municipal. Assim, na esfera federal, foram convidados 16 gestores sediados em Brasília representando: (i) cada secretaria do Ministério da Saúde, como órgão federal responsável pela organização e elaboração de planos e políticas públicas voltados para a promoção, prevenção e assistência à saúde dos brasileiros; (ii) o Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS), ator estratégico na formulação, pactuação e implementação das políticas públicas brasileiras e na promoção da articulação e da representação política da gestão estadual do SUS e (iii) o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), que defende a eficácia do sistema público de saúde por meio de uma gestão interfederativa democrática, com municípios assumindo a gestão das políticas em seu território e primando pelo intercâmbio de informações e pela cooperação técnica.

Em âmbito local, onde as PN são finalmente implementadas, foram convidados gestores (i) da Secretaria Estadual de Saúde (SES) de cada estado e do Distrito Federal, (ii) do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS), entidade que representa os entes municipais no âmbito estadual ou de Secretarias Municipais de Saúde (SMS) em cada estado e (iii) da Superintendência Estadual do Ministério da Saúde (SEMS), sediada na capital de cada estado da Federação. Isso fez um total de 79 convidados no grupo de gestores locais, com uma amostra geral de 95 gestores do SUS.

A obtenção do conteúdo, objeto da análise referenciada, foi inicialmente programada para ser realizada por meio de entrevistas com gestores federais sediados em Brasília e por meio de entrevistas semiestruturadas com gestores federais, estaduais e municipais que atuam em cada estado, utilizando formulários para captar as informações que conduziriam ao atingimento dos objetivos propostos.

Porém, as regras de distanciamento social, decorrentes do cenário pandêmico no ano de execução desta pesquisa em todo o país em 2020, impuseram restrições a viagens e instituiu o teletrabalho para servidores e agentes públicos, impossibilitando os contatos presenciais inicialmente previstos. Por conta dessa intercorrência, o instrumento que viabilizou a consulta aos gestores em Brasília e em todo o território nacional, foi o questionário eletrônico, com perguntas abertas e fechadas. Assim, foram consultados gestores federais, estaduais e municipais, selecionados pela vivência em elaboração, implantação e/ou execução de PN, pela experiência na articulação com entes federados e pela participação em discussões importantes sobre processos que exigem governança integrada, para a melhoria das ações destinadas ao SUS.

Assim, posto o cenário possível, a coleta foi iniciada com um contato por telefone aos órgãos selecionados, anunciando a pesquisa e convidando os gestores à participação. Em alguns locais, o gestor responsável pelo órgão não se encaixava nos critérios definidos, por estar há pouco tempo no cargo ou na área da saúde, mas indicou quem mais preenchia os critérios naquela instituição. Com esse encaminhamento ficou explicado o objetivo da pesquisa e o alcance futuro que poderão ter seus resultados para a propositura de inovações nos processos e mecanismos de coordenação intergovernamental e para a indução de uma nova abordagem de gestão interfederativa, na implementação eficaz de PN em estados e municípios.

Após o primeiro contato com cada respondente, foi enviada uma mensagem eletrônica com o *link* do questionário, situando o estudo no universo do MS, como ilustrado pelo apêndice A. Também foi esclarecido que a participação seria voluntária e que os resultados seriam apresentados sem identificação pessoal dos respondentes.

Para instrumentalizar a coleta, foram utilizados dois questionários distintos: o primeiro (apêndice B), a ser enviado aos gestores federais sediados nos órgãos centrais em Brasília e o segundo (apêndice C) aos gestores locais (federais, estaduais e municipais). Os referidos instrumentos foram elaborados a partir das premissas norteadoras trazidas pelo referencial teórico, consideradas linhas-mestre da pesquisa. Após elaborados, foram submetidos a um pré-teste composto por 5% da amostra, sendo profissionais da esfera federal

e local, para identificar se a lógica interna dos questionários permitia fluidez na dinâmica das respostas, com clareza e objetividade.

Teste feito e ajustes realizados, iniciou-se a coleta de dados referentes às percepções de gestores de saúde em todo o Brasil. A intencionalidade foi identificar percepções gestoras sobre os desafios para efetivar parcerias interfederativas no processo de implementação de PN, assim como sobre a possível relação entre os processos de governança integrada e a efetividade dessas políticas, no nível de atuação de cada gestor.

Esta etapa foi norteadada pela Análise de Conteúdo, conforme proposto por Bardin (2011) e operacionalizada por um conjunto de técnicas investigativas detalhadas a seguir, que objetivaram a descrição, a sistematização e a expressão do conteúdo analisado. Isso possibilitou inferências de conhecimentos relativos às condições de produção ou de recepção, a partir de indicadores, quantitativos e qualitativos.

A análise estatística (quantitativa) extraída dos dados investigados foi baseada na frequência de aparição dos elementos na mensagem, enquanto a análise semântica (qualitativa) recorreu a indicadores não frequenciais, como a presença/ausência, a suficiência/insuficiência ou o grau de interferência, por exemplo. Assim, este estudo contou com as duas dimensões analíticas, realizando a Análise de Conteúdo a partir das três etapas proposta por Bardin (2011): descrição do conteúdo, enumerando suas características, (ii) dedução lógica de sua expressão e (iii) interpretação dessas características, alcançando o principal material dessa análise: o significado.

O Questionário para Gestores Federais (apêndice B) buscou captar a visão de quem elabora políticas com a pretensão de implantar e apoiar a execução em estados e municípios. Foram consultados quatorze gestores federais, sendo dois de cada secretaria do MS: Secretaria de Atenção Especializada à Saúde (SAES), Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS), Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde (SCTIE), Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), Secretaria Executiva (SE), Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) e Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS). Com o mesmo instrumento foram consultados também um representante do CONASS e um do CONASEMS, com atuação na articulação interfederativa dos referidos órgãos. Portanto, com esse instrumento, foram coletadas dezesseis percepções gestoras.

A estrutura do referido Questionário foi composta por dez questões abertas e sete fechadas, para conhecer a percepção dos gestores sobre as relações interfederativas na execução de PN no Brasil, organizadas em duas seções: (i) Caracterização organizacional e identificação do participante, e (ii) Política nacional de saúde e relações interfederativas.

Na primeira seção, foi possível identificar o perfil do consultado como o local de atuação, qual a formação, experiência profissional e atuação em PN que possui, e o nível gestor em que atuou por mais tempo em saúde. Neste último recorte, foram propostos três níveis: (i) Sistêmico ou de Governança, ocupado por implementadores de políticas, planejadores e reguladores; (ii) organizacional ou Estratégico, onde atuam gestores de topo dos hospitais e serviços de saúde e (iii) Gerencial ou Tático, composto por gestores intermediários de setores e equipes.

Na segunda seção, os participantes informaram até três PN em que atuam ou atuaram, indicando em quais fases das políticas aconteceu sua participação e em qual esfera de governo. Em seguida, foi apresentada uma sequência de sete questões abertas para que fossem relatadas as percepções pessoais sobre: (i) a qualidade da implementação PN em âmbito local, comparando com os objetivos para que foram idealizadas; (ii) os motivos da descontinuidade local de PN; (iii) a concepção sobre o conceito de relação interfederativa; (iv) as sugestões de ações federais, estaduais e municipais para permitir maior efetividade das PN e (v) a indicação de obstáculos, desafios e sugestões para uma cooperação interfederativa com processos interfederativos práticos, eficientes e viáveis.

Para fins de alinhamento conceitual no referido instrumento, foram definidos os seguintes significados:

- a) **IMPLANTAÇÃO**: fase em que uma política é ofertada ao ente local e este decide adotar as diretrizes propostas.
- b) **IMPLEMENTAÇÃO**: etapa em que a política implantada será executada em âmbito local.
- c) **RELAÇÃO INTERFEDERATIVA**: acordo, interação, cooperação entre os entes da federação (federal, estadual e municipal).

Para a investigação em âmbito local, foi enviado o questionário apresentado no apêndice C, nominado Questionário para Gestores Locais, destinado a conhecer um pouco da experiência do gestor local (federal, estadual e municipal), como executor de políticas nacionais de saúde. A amostra estadual foi composta por gestores que atuam em articulação interfederativa em cada SES e no Distrito Federal, perfazendo vinte e sete participantes. No âmbito municipal, a amostra foi constituída por secretários municipais de saúde ligados ao COSEMS de cada estado, que representa todos os municípios de cada ente estadual e/ou a gestores das SMS, totalizando vinte e seis gestores. Este mesmo instrumento foi também utilizado para consultar os superintendentes e/ou gestores com experiência em articulação interfederativa das SEMS, que são gestores federais sediados na capital de cada estado da

Federação. Com isso foram consultados mais vinte e seis gestores federais, mas com experiência local, atores de articulação permanente com os entes estaduais e municipais, o que possibilitou ampliar e enriquecer as percepções coletadas.

Com a mesma estrutura do questionário para os gestores federais, o instrumento enviado aos gestores locais permitiu conhecer o perfil dos participantes, além de identificar o conhecimento que possuem sobre a situação de cada PN vigente, em sua esfera de atuação. Também foram propostas práticas consideradas efetivas para a implementação de PN, de acordo como estudo realizado e que deveriam ser executadas por gestores municipais, estaduais e federais, para que os consultados analisassem a frequência e a suficiência com que são praticadas. Por fim, foi aposta uma questão aberta para registrar a compreensão sobre os desafios de uma governança integrada na execução efetiva das PN em âmbito local, apontando as dificuldades para instituir processos interfederativos esperados.

Assim, com esses questionários aplicados aos 95 gestores conforme exposto, foi possível captar informações para: (i) compreender como os gestores de saúde federais e locais percebem a importância das parcerias interfederativas na implementação de políticas nacionais de saúde no Brasil; (ii) identificar a situação macro de cada política em âmbito local e (iii) coletar sugestões de estratégias para fortalecer essas parcerias e possibilitar uma governança integrada que impacte positivamente as condições de saúde do cidadão. O retorno alcançado foi de 100% do grupo de gestores federais e 87% dos gestores locais, sendo que cada estado esteve representado por respondentes de pelo menos duas esferas entre federal, estadual e/ou municipal.

Permeando transversalmente a análise do material coletado, vale registrar outra técnica utilizada na investigação: a observação participante, natural e não sistemática. Esse potente recurso metodológico para pesquisas qualitativas permite identificar e compreender as diferentes relações conceituais entre um problema e captar os significados, simbologias e as experiências subjetivas. A inserção do pesquisador nas práticas vivenciadas revela tensões e conflitos entre as pessoas que participam do universo observado e a influência dessas relações no objeto estudado (MINAYO, 2016).

O uso dessa técnica foi possível por ser a pesquisadora parte integrante da realidade investigada (*insider*), o que facilitou o contato com as instituições e respectivos membros amostrais. Como partícipe dos mesmos desafios, comungando expectativas para um SUS melhor e com a linguagem institucional alinhada, foi possível maior aproximação profissional com os gestores convidados, inspirando confiança e otimizando o tempo de retorno dos dados.

Porém, o convívio natural exigiu atenção para a criticidade e a isenção científica, por parte da pesquisadora, zelando pelo fiel registro e sistematização das informações coletadas. Com esse cuidado foi possível manter a subjetividade em níveis aceitáveis, risco causado pela proximidade do investigador com o evento investigado e pelas relações pessoais estabelecidas no contexto, com o propósito de alcançar a lisura no entendimento científico das práticas vivenciadas. A observação participante propiciou um acesso mais legítimo a relatos do cotidiano das interações entre o MS e as secretarias estaduais e municipais de saúde, com análise crítica do objeto em seu próprio contexto e o devido controle de objetividade.

A partir do exposto, foi possível obter os dados, respaldados no pressuposto de que os indivíduos, fundamentados em suas vivências, têm maneiras diferentes de perceber e experienciar um mesmo fenômeno. Isso justifica a escolha da amostra gerada, que considerou os dois campos de vivência: o de quem elabora e divulga uma política nacional (gestores federais), e o de quem decide implementar em sua rede, assumindo sua execução em nível local (gestores estaduais e municipais).

Importante registrar a utilização da técnica de mineração de texto para agrupamento, análise e apresentação dos dados trazidos nas questões subjetivas. Essa técnica foi aplicada a partir do sistema Processador Linguístico de Corpus (2020), do grupo de linguística e computação cognitiva da Insite. Este sistema fornece um relatório estatístico detalhado sobre o vocabulário do texto, a quantidade de ocorrências de cada palavra, tamanho das palavras, frequência de letras, listagem das palavras por ocorrência e em ordem alfabética entre outras funcionalidades. Além disso, a sistematização fornecida pelo sistema inclui proporção entre palavras distintas e a porcentagem do conteúdo representada pelas palavras mais frequentes, o que permitiu analisar os textos inseridos nas questões abertas, estratificando as palavras segundo a aproximação conceitual e a ocorrência registrada.

Conforme as metodologias detalhadas todo o material coletado recebeu tratamento para interpretação e sistematização em tabelas e gráficos referentes a cada questão respondida pelos dois grupos amostrais de forma a permitir a apresentação e facilitar o acesso e o entendimento da análise realizada. A análise desse extenso material permitiu a identificação de pontos comuns passíveis de comparação, para produção de inferências embasadas nas diversas concepções apresentadas, geradas por situações e realidades distintas vivenciadas, razão principal de uma análise de conteúdo (BARDIN, 2011).

Seguindo as diretrizes propostas pela autora e, para possibilitar a exposição, interpretação e comparação analítica dos dados federais, estaduais e municipais, foi utilizado um processo de redução textual das percepções gestoras, para agrupá-las em categorias

descritivas, aqui nominadas macroprocessos. Assim, as respostas subjetivas foram transcritas e adaptadas para agrupamento segundo a similaridade do conteúdo que trouxeram, sem identificação pessoal, conforme acordado no instrumento de pesquisa.

Posteriormente foram classificadas em cinco macroprocessos analíticos identificados como influentes na implementação das PN e com amplitude de convergência suficiente para acolher as especificidades das mensagens recebidas. São eles: (i) Elaboração, (ii) Gestão Interna (Municipal, Estadual ou Federal), (iii) Governança Integrada, (iv) Implantação e (v) Investimento. Para fins de alinhamento conceitual e padronização de entendimento, foram atribuídos os seguintes significados para cada macroprocesso:

- a) **ELABORAÇÃO**: todas as atividades realizadas para produção de uma política, incluindo os processos internos e as articulações entre os atores envolvidos, para transformar as ideias propostas em alternativas com potencial para minimizar ou eliminar o problema em questão.
- b) **GESTÃO INTERNA**: atuação de gestores (municipal, estadual ou federal) na busca pelos melhores resultados dos processos assumidos, incluindo planejamento, articulação, gerenciamento de recursos humanos, financeiros, ambientais e tecnológicos.
- c) **GOVERNANÇA INTEGRADA**: capacidade dos governos em partilhar decisões, planejamentos, formulações e implementações para cumprir suas funções de forma colaborativa, alinhadas aos interesses da sociedade.
- d) **IMPLANTAÇÃO**: fase em que uma política é ofertada ao ente local (divulgação) que, decidindo adotar as diretrizes propostas (adesão), recebe a política em sua rede, promove as adequações necessárias, prepara suas equipes e assume a gestão da próxima fase: implementação.
- e) **INVESTIMENTO**: destinação de recursos, aqui restrito aos financeiros, com expectativa de benefícios futuros.

A partir das questões propostas pelos questionários e distribuídas por esses macroprocessos, as percepções coletadas foram tabuladas segundo a frequência com que foram citadas, relacionando a quantidade das citações com o universo dos gestores que contribuíram em cada item. Esse tratamento estatístico gerou as taxas de citação, evidenciando a importância de cada citação e de cada macroprocesso na qualidade de execução das PN, na visão dos gestores.

Adotando a estrutura relatada, todo o material coletado foi metodologicamente analisado, organizado, sistematizado, com representações em tabelas e ilustrado graficamente, provocando reflexão criteriosa sobre as informações que podem se tornar motivo de estudo

competente, para reconstruir cenários de relações interfederativas eficientes, solidárias e corresponsáveis.

Com esse intento, foi indispensável conhecer a percepção sobre o campo de interesse pesquisado em todo o país e em cada esfera de governo, identificando vivências, necessidades e relatos sobre expectativas e sugestões de formas mais efetivas de interação e cooperação entre os entes federados. Como descrito, a amostra constituída pelos 95 participantes procurou contemplar e conhecer essas experiências em gestão de políticas nacionais de saúde e em articulação interfederativa, em todos os níveis governamentais e regiões do país.

Por fim, ficou evidenciado que, conforme o local de atuação do gestor, os relatos das fases de uma política e dos processos envolvidos em cada uma, tem significado e relevância diferentes, mas com consequências muito semelhantes. Conhecer esses olhares e práticas distintas, pôde colaborar no entendimento sobre o papel das relações interfederativas no alcance da unicidade dos resultados pretendidos por uma PN, como indicam os resultados apresentados a seguir.

## 4 RESULTADOS

O arranjo institucional proposto pelas LOS, decorrentes da Constituição Federal de 1988, institui práticas de coordenação interfederativa para permitir a implantação e execução de políticas nacionais, com a efetividade que se espera de uma governança integrada. Para cumprir com essas diretrizes legais e constitucionais, as normativas do SUS anunciaram uma ampla integração e apoio entre os entes para “ativar coletivos, conectar redes e incluir a multiplicidade de olhares e práticas, interesses e desejos para produção de objetivos comuns, na implementação das Políticas de Saúde” (BRASIL, 2012, p.9).

Porém, neste estudo foi possível observar os inúmeros desafios ainda presentes para a implementação dessas práticas na execução de PN. Os registros informam a amplitude de obstáculos relatados, principalmente quando se considera a multiplicidade e a heterogeneidade de diferentes atores, de lugares distintos e de organizações com interesses diversos, que deveriam se integrar para executar as políticas. Conforme relatado pelos participantes, essa complexidade é majorada pelas mudanças constantes, tanto político-administrativas, como de perspectivas e percepções de cada ator ao longo do tempo. Isso exige contínuas renegociações, que fragilizam as relações intergovernamentais e majoram as chances de descontinuidade das políticas.

Esses diálogos virtuais ainda oportunizaram identificar percepções sobre as inadequações de processos, rupturas, distanciamentos e/ou vazios entre o MS e os entes locais. São desafios importantes que podem influenciar na execução de políticas nacionais em âmbito local, bem como identificar a percepção de gestores do SUS sobre a condição de cada uma das políticas implantadas na rede onde atuam.

A extensa contribuição obtida deixa tangível essa multiplicidade de fatores e sugere a necessidade de mudanças no modelo de relacionamento interfederativo, para reduzir as fragilidades que afetam os resultados das PN implantadas. Assim, os dados apurados refletem a inquietude dos participantes e, apesar da pluralidade de vivências em todas as regiões do país, revelam similaridades que permitiram reuni-los para serem organizados e expostos seguindo a estratégia descrita, o que possibilitou alcançar suficiência técnica para a elucidação do objeto proposto.

A seguir, são apresentados os resultados dos dois grupos pesquisados – Gestores federais e Gestores locais – analisados à luz dos elementos teóricos utilizados. A discussão analítica que os acompanha, fruto do diálogo com a literatura referenciada, favorecem o propósito de constituir olhares críticos para o estabelecimento das parcerias interfederativas e

das práticas de governança integrada, como caminho para a efetividade na implementação de políticas públicas nacionais de saúde.

#### 4.1 DADOS DOS GESTORES FEDERAIS

A intenção de ouvir esse grupo de gestores federais foi obter a visão do elaborador das políticas nacionais a serem ofertadas a estados e municípios e os desafios que o ente federal enfrenta para apoiar a implantação e a implementação dessas diretrizes em nível local. Nesse contexto, participaram dezesseis profissionais, sendo quatorze do Ministério da Saúde, um do CONASS e um do CONASEMS, experientes na elaboração e na articulação para a implantação de PN em todo o país, conforme relatado.

A seguir, seguem apresentados e discutidos os dados coletados, segundo a estrutura do questionário respondido.

##### 4.1.1 Caracterização Organizacional

Para fins de interpretação e conhecimento do universo pesquisado, o questionário destinado a esse grupo, apresentado no apêndice B, trouxe algumas estratificações referentes à caracterização organizacional e ao perfil do participante. A participação está quantificada nas Figuras 1 e 2, que reproduzem o relatório do questionário eletrônico encaminhado aos gestores federais.

Figura 1 – Participação de gestores federais



Fonte: Dados da Pesquisa

Figura 2 – Decisão sobre a participação de gestores federais

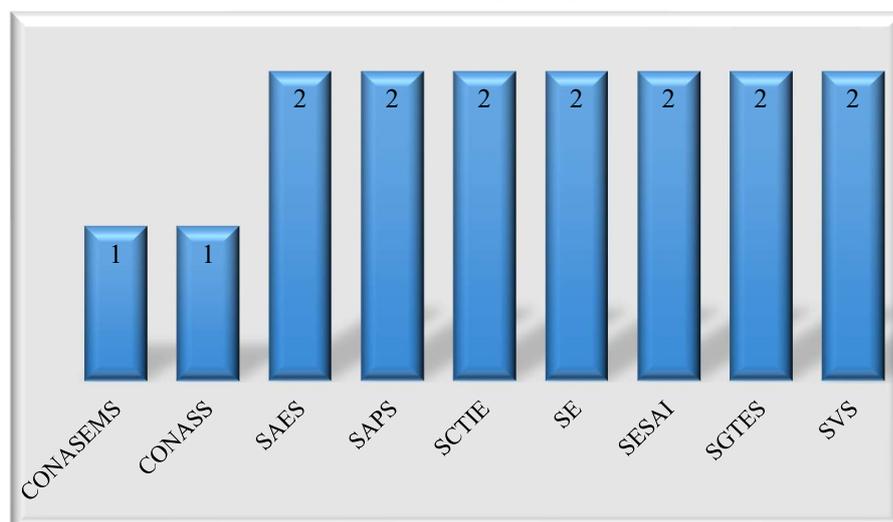


Fonte: Dados da Pesquisa

Foram recebidas dezesseis respostas, que representam 100% do público definido como amostra neste grupo, conforme demonstrado. Observa-se que todos os convidados optaram por participar da pesquisa, tendo sido registrados elogios à iniciativa de discutir e provocar reflexões sobre o tema, em todas as esferas.

Para maior especificação do órgão a que pertencem os respondentes, o Gráfico 1 demonstra a distribuição dos participantes deste grupo, segundo as instituições federais CONASEMS, CONASS e todas as Secretarias do MS, para expressar os diversos cenários e perfis funcionais federais pretendidos, conforme relatado.

Gráfico 1 – Participação por órgão federal

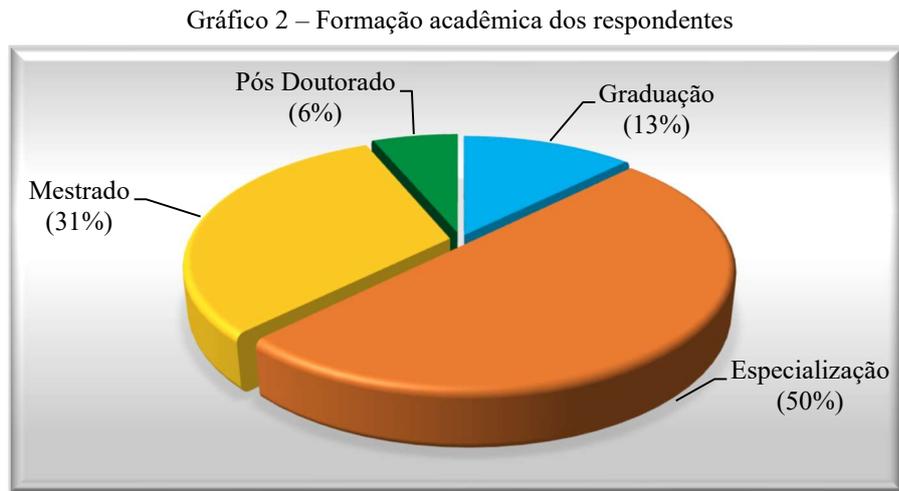


Fonte: Dados da Pesquisa

A decisão por escolher gestores do CONASEMS e CONASS, para compor a amostra federal junto ao MS se deu pela força articulativa que essas entidades possuem, por representarem os entes estaduais e municipais, em matérias referentes à saúde.

#### 4.1.2 Perfil do Participante

Em relação à formação acadêmica, a metade dos respondentes possuem Especialização como maior titulação, seguido por Mestrado (31%), Graduação (13%) e Pós-Doutorado (6%), como ilustrado no Gráfico 2.



Fonte: Dados da Pesquisa

Esses dados revelam bom nível de qualificação dos gestores federais, já que 13% possuem apenas graduação e 87% alcançaram algum título de pós-graduação.

A Tabela 1 mostra ampla diversidade das áreas de formação. Foram informadas 12 profissões, sendo apenas 38 delas da área da saúde, num universo de 16 pessoas.

Tabela 1 – Participação por profissão/formação

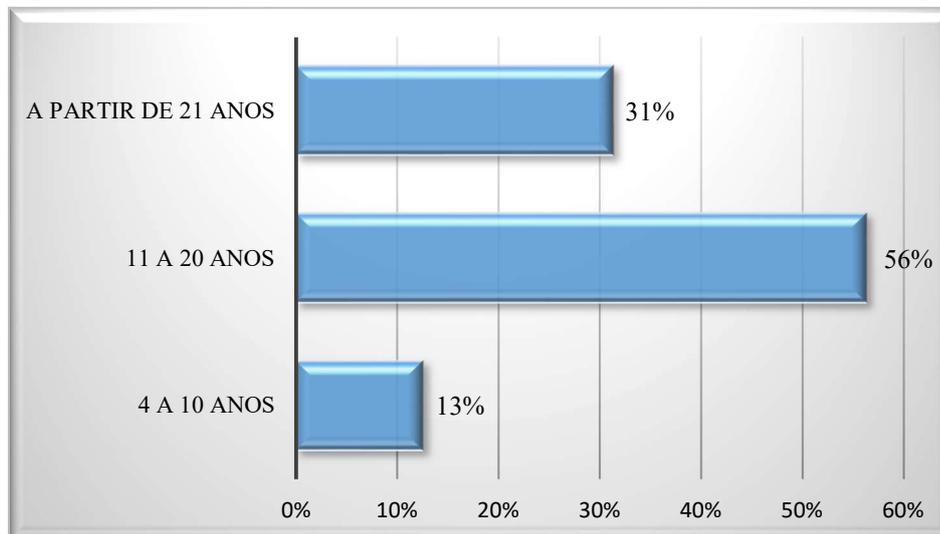
Profissão/Formação	Percentual
Administração	25%
Analista de Sistemas	6%
Arquitetura e Urbanismo	6%
Ciência Política	6%
Ciências Contábeis	6%
Ciências Sociais	6%
Enfermagem	6%
Farmácia	6%
Gestão em Saúde	6%
Odontologia	13%
Psicólogo	6%
Sanitarista	6%
<b>Total</b>	<b>100%</b>

Fonte: Dados da Pesquisa

Os dados expostos reforçam a importância das discussões em torno da formação dos profissionais da saúde, do debate político sobre a regulamentação das profissões da área e dos contrapontos dos processos que buscam defender as prerrogativas e privilégios corporativos. Nota-se que a diversidade revelada complexifica ainda mais a extensa divisão do trabalho já existente na saúde, fortalecendo o entendimento de que é preciso discutir o papel do estado na regulamentação das profissões, desde que considerados os interesses sociais e as competências específicas de cada campo profissional. Mas essa é uma questão que demanda amplos debates a partir de novas e necessárias pesquisas.

Seguindo na caracterização dos participantes, observa-se que possuem considerável experiência profissional, como representado no Gráfico 3.

Gráfico 3 – Participação por tempo de experiência profissional

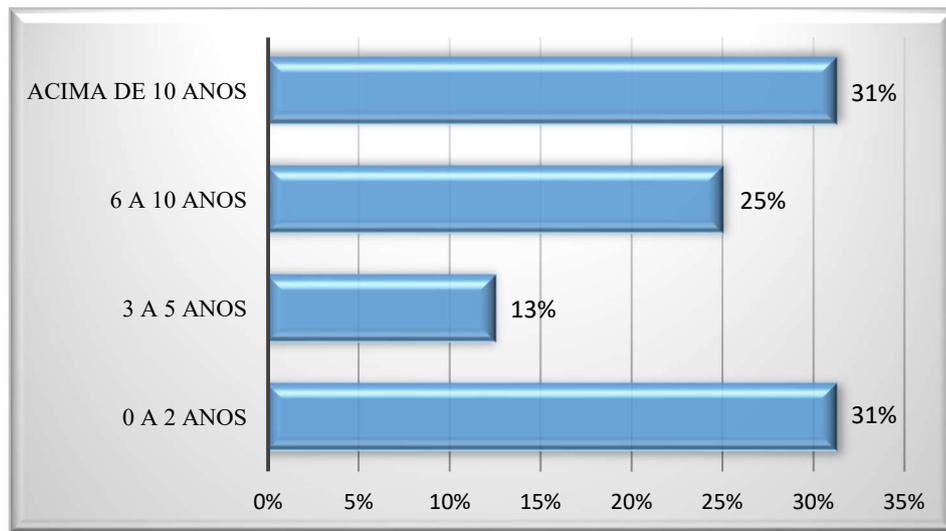


Fonte: Dados da Pesquisa

Os dados apresentam a experiência profissional dos respondentes e revelam uma força de trabalho majoritariamente experiente. Apenas 13% trabalham num período menor que 10 anos, sendo que 56% se enquadram entre 11 a 20 anos de serviços prestados e 31% acima de 21 anos.

Fazendo um recorte neste tempo de experiência profissional, considerando apenas o tempo em cargos de gestão, os relatos apontam para uma equivalência quantitativa, como demonstra o Gráfico 4.

Gráfico 4 – Participação por tempo em cargos de gestão



Fonte: Dados da Pesquisa

Nos extremos dessa representação temos 31% dos participantes que são, ou foram, gestores por mais de 10 anos, demonstrando larga vivência, e por outro lado, também 31% que são gestores por até dois anos. No intervalo, estão os 38% restantes, que relataram uma experiência gestora por um período entre 3 a 10 anos. Isso demonstra um certo equilíbrio entre manutenção e renovação da força de trabalho em gestão, na esfera federal.

Considerando essa experiência especificamente na área de saúde, os cargos ou funções ocupadas nos últimos 5 anos pelos respondentes, também são diversificados e distribuídos com relativa proporcionalidade, como mostra a Tabela 2.

Tabela 2 – Participação por cargo na saúde nos últimos 5 anos

Cargo/Função	Percentual
Analista/Consultor	19%
Assessor	13%
Coordenador	13%
Coordenador Geral	19%
Diretor	13%
Gerente	13%
Secretário	13%
<b>Total</b>	<b>100%</b>

Fonte: Dados da Pesquisa

Todos os cargos informados estão diretamente relacionados a ações voltadas para a articulação interfederativa e/ou à experiência com PN, em atenção aos critérios estabelecidos para constituir a amostra, como pode ser confirmado em itens subsequentes.

Assim, é possível afirmar que os respondentes possuem considerável experiência também em cargos de gestão da saúde, exatamente como era esperado pelos critérios de composição amostral, como informado na Tabela 3.

Tabela 3 – Participação por tempo em gestão na saúde

<b>Tempo em cargo de gestão na saúde</b>	<b>Percentual</b>
0 a 1 ano	6%
1 a 2 anos	25%
3 a 5 anos	13%
6 a 10 anos	25%
acima de 10 anos	31%
<b>Total</b>	<b>100%</b>

Fonte: Dados da Pesquisa

Conforme anunciado, o perfil pretendido dos consultados veio se confirmando, a partir dos dados apresentados. São profissionais que ocupam cargos de gestão dos órgãos onde atuam e com considerável tempo de gestão em saúde. Observa-se que 69% dos participantes são gestores da saúde há mais de três anos, sendo que deles, 56% possuem mais de seis anos de experiência gestora na área, o que imprime maior confiabilidade às percepções coletadas.

O perfil se completou com a informação dos níveis de atuação gestora dos participantes na área da saúde, descritos, neste estudo, nas seguintes categorias: (i) nível Gerencial ou Tático, ocupado por gestores intermediários de setores e equipes; (ii) nível Sistêmico ou de Governança, onde atuam os implementadores de políticas, planejadores e reguladores e (iii) nível Organizacional ou Estratégico, definido na pesquisa como gestor de topo dos hospitais e serviços de saúde, conforme ilustra a Tabela 4.

Tabela 4 – Participação por nível de atuação em gestão na saúde

<b>Nível de Gestão</b>	<b>Percentual</b>
Sistêmico/Governança	44%
Organizacional/Estratégico	6%
Gerencial/Tático	50%
<b>Total</b>	<b>100%</b>

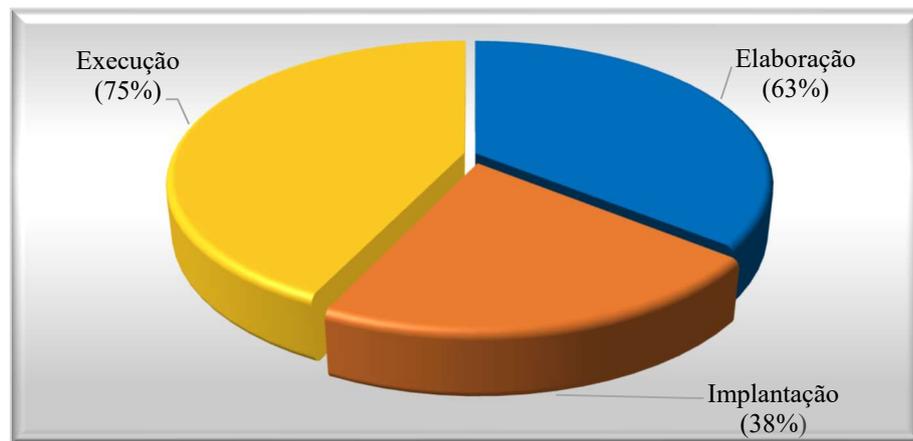
Fonte: Dados da Pesquisa

Como visto, o maior tempo de permanência ficou distribuído entre o nível Gerencial ou Tático (50%) e o nível Sistêmico ou de Governança (44%). Apenas um respondente se identificou como gestor do nível Organizacional ou Estratégico. Mais uma vez, a amostra se

confirmou adequada ao tema do estudo, já que 94% dos participantes apresentaram experiência significativa em cargos de governança e gestão, essenciais para analisar contextos e processos relacionados a parcerias interfederativas na execução de PN.

Em relação à experiência dos gestores consultados nas fases das políticas (Elaboração, Implantação e Implementação), foi identificado que todos atuaram em mais de uma fase (Gráfico 5).

Gráfico 5 – Participação por fase da política



Fonte: Dados da Pesquisa

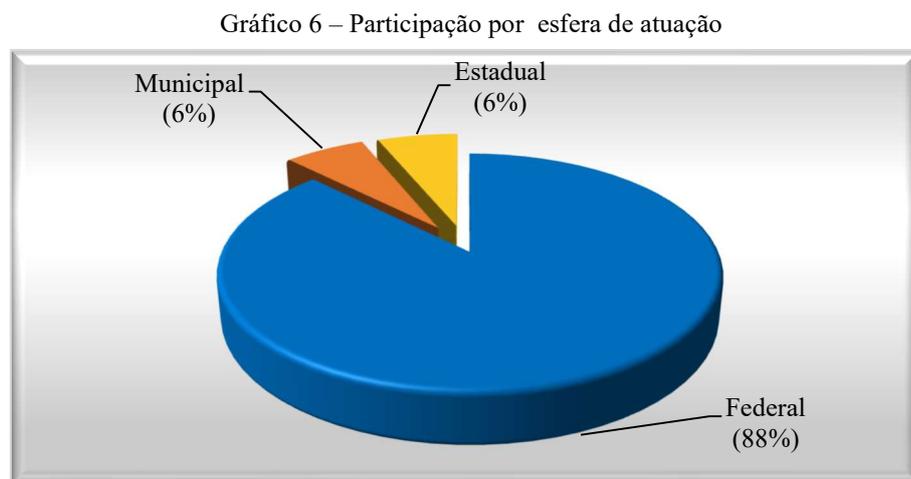
Como maior detalhe, é possível verificar que todos os respondentes atuaram com PN, sendo que 75% relataram terem trabalhado na Execução, 63% na Elaboração e 38% na Implantação de uma PN. Isso majora o valor das percepções encaminhadas, considerando a experiências dos atores nos processos envolvendo políticas públicas de saúde.

Explorando a atuação dos gestores, foi solicitado que, além da fase da política que atuou, informassem também quais políticas e demais ações programáticas de âmbito nacional participaram, durante a experiência gestora que tiveram, seja na elaboração, implantação e/ou implementação. Foram identificadas 25 políticas, expostas no rol a seguir.

- a) Estratégia Saúde da Família
- b) O Brasil Conta Comigo
- c) Política Nacional de Assistência Farmacêutica
- d) Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas
- e) Política Nacional de Atenção Básica
- f) Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde
- g) Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
- h) Política Nacional de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde

- i) Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS
- j) Política Nacional de Humanização
- k) Política Nacional de Informação e Informática em Saúde
- l) Política Nacional de Medicamentos
- m) Política Nacional de Medicamentos Biológicos
- n) Política Nacional de Medicamentos de Alto Custo
- o) Política Nacional de Monitoramento e Avaliação
- p) Política Nacional de Promoção da Saúde
- q) Política Nacional de Resíduos Sólidos
- r) Política Nacional de Saúde Mental
- s) Política Nacional de Vigilância Sanitária
- t) Programa de Educação para o Trabalho em Saúde
- u) Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar
- v) Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
- w) Rede de Urgência e Emergência
- x) Reestruturação das Superintendências Estaduais do Ministério da Saúde
- y) Telessaúde no Brasil

Para encerrar o perfil e a caracterização da atuação dos respondentes, o Gráfico 6 demonstra que a maioria atuou mais tempo em PN na esfera federal (88%), tendo apenas um gestor que relatou ter mais tempo de experiência em município e outro em âmbito estadual.



Fonte: Dados da Pesquisa

Conforme intentado, a atuação da maioria dos participantes em políticas na esfera federal (88%), permitiu alcançar a visão dos elaboradores de PN. Isso foi almejado para possibilitar um contraponto com a visão dos executores, pertencentes ao segundo grupo pesquisado. Em síntese, é possível afirmar que o perfil dos gestores que contribuíram com suas percepções, nesse grupo de estudo, é primordialmente de pessoas com considerável tempo de experiência na esfera federal em gestão de saúde, com profissões diversas, nível de formação acima de graduação e com atuação em pelo menos duas fases de uma política.

#### **4.1.3 Percepções dos Gestores Federais**

Considerando as características expostas, as percepções que serão apresentadas a seguir se tornam de máxima relevância para o objeto pesquisado, por retratarem a visão de gestores federais experientes em relações interfederativas e sobretudo no acompanhamento da implementação de políticas nacionais de saúde.

Os dados foram consolidados e apresentados em tabelas, cujas colunas indicam: (i) cada macroprocesso; (ii) as situações propostas relacionadas a eles; (iii) a taxa percentual de cada citação e (iv) a taxa de citação por macroprocesso, relacionando a quantidade das citações com o universo dos gestores que contribuíram em cada item. Como informado, os resultados obtidos foram analisados, com o cuidado de registrar cada percepção, adaptada ou não, mesmo que tenha sido citada uma única vez e por um único respondente, pelo entendimento de que ela possa ser uma ideia contributiva para os leitores interessados nos cenários apresentados.

A seguir, estão apresentadas as sete questões propostas no questionário deste grupo de gestores, com os achados organizados conforme exposto, reiterando que foi considerado “local” a esfera onde a política foi implementada, seja estadual e/ou municipal, segundo o contexto em que foi inserida.

##### **4.1.3.1 Qualidade da Implementação de PN**

Questão 1: Como você percebe a qualidade da implementação de PN em âmbito local, comparando com os objetivos para que foram idealizadas?

Este primeiro item recebeu resposta de 15 gestores (94%), sendo que um participante (6%) se absteve de respondê-lo. No total, foram enviadas 43 condições que influenciam a qualidade da execução de uma PN em âmbito local, analisadas e agrupadas em 15 condições de impacto, por terem conteúdo equivalente. Segundo os respondentes, são

condições que configuram importantes equívocos processuais que levam à incapacidade da política em solucionar os problemas locais, conforme anunciado na implantação, resultando em execução de baixa qualidade ou mesmo na sua descontinuidade. De acordo com as argumentações encaminhadas, a execução das PN em âmbito local é marcada pela fragilidade de macroprocessos que denunciam a falta de uma coordenação nacional efetiva, apoiada pelos estados, que ofereça apoio técnico, acompanhamento e avaliação, em todas as fases da política.

A Tabela 5 apresenta detalhes das percepções enviadas nesta primeira questão, com o registro da participação por condição de impacto e pela consolidação das condições por macroprocesso, considerando o universo de 15 gestores citantes.

Tabela 5 – Taxa de citação das condições de impacto na implementação de PN por macroprocesso

(Continua)

Macro processo	Condições que impactam a qualidade da implementação de PN	% de citação por condição	% de citações por macro processo
Elaboração	PN padronizadas, para demandas, capacidades locais e perfis epidemiológicos diferentes, sem previsão de adaptação para atender a grande diversidade técnica, cultural e geográfica.	33%	100%
	Falta de conhecimento do formulador sobre o problema, na prática, refletindo no não atendimento da PN às necessidades loco-regionais.	33%	
	PN elaboradas sem clareza do problema que pretende resolver, de suas causas, dos objetivos e formas de mensuração e de estratégias diferenciadas para implementação, M&A em realidades distintas (Carência de avaliação <i>ex ante</i> e previsão de avaliação <i>ex post</i> .)	20%	
	PN elaboradas sem considerar a distância entre a qualidade técnica do nível central e a dos municípios e estados, culminando com execução inadequada, insuficiente e sem o alcance planejado.	13%	
Gestão Interna (Federal)	A capacidade do MS em conseguir adesão com repasses financeiro e implantar nacionalmente uma PN.	7%	7%
Gestão Interna (Estadual ou Municipal)	Gestão local modifica a metodologia sem adequação técnica frente aos objetivos propostos, ou executa parcialmente a PN.	20%	73%
	Baixo grau de comprometimento, motivação e vontade política de gestores e trabalhadores da saúde locais.	20%	
	Implantação focada no repasse financeiro vinculado à adesão da PN, tende a ter as metas numéricas registradas como cumpridas, sem ter necessariamente os objetivos alcançados na prática.	20%	
	Carência de profissionais e gestores locais qualificados para implementação, M&A.	13%	
Governança Integrada	Indefinição de papéis e responsabilidades dos entes federados, para cada fase da PN (elaboração, implantação e implementação).	33%	73%
	Ausência de pauta permanente de articulação infra, intra e intersetorial.	20%	
	Deficiência no apoio técnico federal a estados e municípios, assim como do estado a seus municípios, causando um vazio assistencial inegável.	13%	
	PN com característica de política de governo e não como política de Estado, provocam descontinuidade da execução a cada mudança de gestão.	7%	

(Conclusão)

Macro processo	Condições que impactam a qualidade da implementação de PN	% de citação por condição	% de citações por macro processo
Implantação	Falta clareza das condições locais necessárias para alcançar a qualidade e suficiência da execução planejada pelo ente federal, para subsidiar a decisão do gestor local sobre aderir ou não à PN.	27%	27%
Investimento	Financiamento insuficiente, inexistente ou interrompido, facilitando a descontinuidade local da PN.	13%	13%

Fonte: Dados da Pesquisa

Como é possível observar, os gestores consultados consideram que a qualidade da execução local de uma PN sofre influência dos 5 macroprocessos categorizados, conforme anunciado: Elaboração, Gestão Interna (Federal, Estadual e Municipal), Governança Integrada, Implantação e Investimento. Para esses gestores, a Elaboração é o macroprocesso que tem mais influência, tendo sido citado por todos os respondentes (100%).

Entre as condições relacionadas ao impacto dos processos de Elaboração da PN nos resultados alcançados e/ou na sua descontinuidade estão: (i) a não previsão de formas tecnicamente seguras para adaptar a política às diversas realidades locais, na opinião de 33% dos participantes; (ii) o desconhecimento de quem elabora a política sobre os problemas locais que ela pretende resolver (33%); (iii) a falta de clareza dos elaboradores quanto ao problema a ser resolvido, bem como suas causas, objetivos, formas de mensuração de resultados e instrumentos para M&A (20%) e (iv) a não consideração da distância entre a qualidade técnica de quem formula com a de quem vai executar (13%).

Dois outros macroprocessos foram registrados pela maioria dos respondentes: a Gestão Interna (Estadual/Municipal) e a Governança Integrada. Esses dois macroprocessos apresentam condições citadas por 73% dos gestores cada um.

Segundo os dados coletados, as condições consideradas impactantes para o sucesso da execução de uma PN, relacionadas a fragilidades na Gestão Interna, estão ligadas (i) a modificações metodológicas sem adequação técnica (20%), retirando o foco dos resultados ou descaracterizando os objetivos; (ii) ao baixo nível de comprometimento, motivação e vontade política de gestores e atores locais (20%); (iii) ao interesse no recurso financeiro vinculado à política, motivo principal para a adesão realizada (20%); e (iv) à carência de gestores e profissionais locais qualificados para acompanhar e avaliar a execução (13%), podendo culminar com resultados não resolutivos e facilitar a descontinuidade da política.

Quanto ao macroprocesso Governança Integrada, a indefinição dos papéis e das responsabilidades dos entes federados em cada fase da política responde por 33% das condições citadas, enquanto a falta de pautas permanentes que promovam a articulação, tanto entre setores, quanto entre governos e instituições, corresponde a 20%. Outro ponto registrado foi o apoio técnico para a execução de uma PN (13%) – considerado como vazio assistencial – tanto o apoio federal ao ente estadual, quanto deste a seus municípios. E ainda, 7% das condições apresentadas se referem às políticas nacionais terem características de políticas de governo e não de Estado, o que reduz as possibilidades de permanência das suas ações, nos territórios.

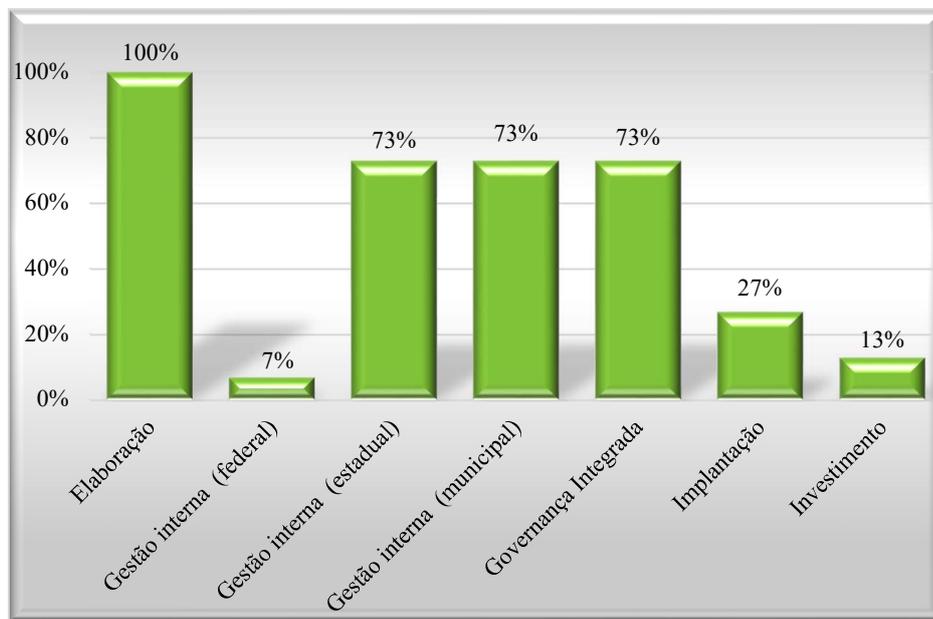
Por fim, dois macroprocessos também foram citados neste primeiro item, embora com uma frequência menor. O primeiro, diz respeito a processos incompletos ou insuficientes na fase de Implantação, apontado por 27% dos gestores, principalmente por não oferecer informações claras sobre todas as condições necessárias para executar a política, sejam humanas, técnicas, financeiras, estruturais etc. Assim, por não saber exatamente do que depende a boa execução, o gestor local acaba aderindo à implantação e depois pode não conseguir implementar com êxito.

O segundo e último macroprocesso foi o Investimento que, segundo 13% dos respondentes, quando inexistente, insuficiente ou interrompido, pode facilitar a descontinuidade da política implantada. Importante registrar que foi encaminhado um ponto positivo, por um gestor (7%) que favorece a execução das PN, registrada no macroprocesso Gestão Interna (Federal): a capacidade do MS em conseguir adesão com repasses financeiro e implantar nacionalmente uma PN, a exemplo de grandes políticas como a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e a ESF, implementadas com sucesso em todo o país.

Porém, vale ressaltar que essa mesma situação de políticas vinculadas a repasses de recursos financeiros federais foi também citada, por motivo contrário. Essa citação foi justificada, por ser considerada comprometedora da efetividade da política, já que muitas vezes o motivo principal para a adesão local às diretrizes propostas é o recurso a elas vinculado, desvirtuando seu foco.

Essa situação pode ser melhor observada no Gráfico 7, que apresenta a frequência com que cada macroprocesso foi citado, por impactar os resultados de uma implementação de PN no território.

Gráfico 7 – Taxa de citação do macroprocesso como condição impactante na execução de PN



Fonte: Dados da Pesquisa

Com estas respostas coletadas é possível inferir o quanto a qualidade da implementação das PN em âmbito local é impactada pelos fatores expostos, de acordo com a visão dos gestores federais consultados. Nota-se a preponderância de fragilidades relacionadas aos processos de Elaboração, Gestão Interna (Estadual e Municipal) e Governança Integrada, com taxa muito superior aos demais macroprocessos. Disso pode resultar, segundo os respondentes, em execução abaixo das expectativas, quando os objetivos propostos são comparados aos resultados alcançados, culminando com perda do significado da política naquela realidade.

Essa prevalência dos processos relacionados à Elaboração encontra ressonância com o que é discutido na obra de Lotta (2019), quando afirma que a Elaboração não é uma fase distinta e estanque. Envolve processos decisórios contínuos que perpassam diferentes atores na cadeia decisória e depende da interação entre os elaboradores (federais) e os executores (estaduais e municipais).

Assim, sendo as PN constituídas por diversas camadas decisórias, hierárquicas e às vezes paralelas, sua coerência e eficiência vai depender do alinhamento contínuo da gestão interna dos entes envolvidos. Com isso, será possível produzir e acompanhar essa interatividade desde a formulação das políticas, o que só se torna efetivo e permanente com uma governança integrada ativa.

#### 4.1.3.2 Motivos de Descontinuidade da PN

Questão 2: Em sua opinião, quais motivos levam as políticas nacionais, implantadas por adesão, a terem sua execução suspensa ou desativada pelo gestor local, antes de concluírem o ciclo planejado?

Neste item, o foco esteve na identificação dos motivos que levam um gestor local (estadual ou municipal) a descontinuar precocemente a execução de uma PN, mesmo que tenha voluntariamente decidido implantá-la. Todos os gestores do grupo responderam, tendo sido registrados 43 possíveis causas para essa descontinuidade. Essas causas foram agrupadas em 12 motivos, agrupados nos macroprocessos, tendo a quantidade de citações analisada em relação ao número de gestores citantes (16). Os resultados estão expostos na Tabela 6.

Tabela 6 – Taxa de citação dos motivos de descontinuidade de uma PN por macroprocesso

(Continua)

Macro processo	Motivos de descontinuidade de uma PN	% de citação por motivo	% de citações por macro processo
Elaboração	Falhas no processo de elaboração como formulação centralizada, visão de tecnocratas e gestores políticos sem articulação com os níveis federativos envolvidos, fazendo com que a política não consiga resolver o problema real que a sociedade sente ou os trabalhadores percebem.	25%	38%
	A política nacional não é adaptável aos diferentes contextos, para permitir uma gestão personalizada.	13%	
Gestão Interna Local	Rotatividade de gestores potencializam os efeitos de um contexto político desfavorável e a resistência de forças políticas locais, desconsiderando planejamentos e adesões já existentes.	31%	100%
	Baixo nível de interesse, comprometimento, articulação e/ou qualificação da gestão local, ou mesmo por desconhecimento ou divergência de interesse do sucessor.	25%	
	Falta de diagnósticos locais e de planejamento que considere os riscos, causando adesão a iniciativas que não condizem com sua realidade, necessidade ou capacidade.	19%	
	Complexidade no processo de implementação e/ou de prestação de contas.	13%	
	A gestão local não assume o protagonismo do processo de implementação em seu território, para promover a reorganização dos serviços e processos de trabalho locais, necessários para a execução eficaz.	13%	
Governança Integrada	Fragilidade no apoio técnico e monitoramento dos níveis federal e estadual, para viabilizar ações concretas de suporte e assistência técnica ao gestor local.	19%	50%
	Baixa articulação entre entes federados dificulta os alinhamentos entre a visão federal, estadual e municipal e o acompanhamento suficiente e adequado da execução, para identificar problemas e prover ajustes em tempo oportuno.	19%	
	Baixa ou inócua participação social e gestão integrada entre os entes envolvidos.	13%	

(Conclusão)

Macro processo	Motivos de descontinuidade de uma PN	% de citação por motivo	% de citações por macro processo
Implantação	PN perde a sustentação e prioridade na agenda política por motivos inadequados de adesão como: atender apenas à visão e interesse da liderança local, sem diálogo com população e profissionais envolvidos; interesse focado no recurso financeiro vinculado à PN; a maioria dos entes está aderindo; alinhamento político-partidário.	69%	69%
Investimento	Financiamento insuficiente ou ausente.	13%	13%

Fonte: Dados da Pesquisa

Analisando os motivos apresentados, observa-se muita semelhança com as condições e macroprocessos apresentados na Tabela 6. Porém, quando o foco passa a ser a descontinuidade da PN, a relevância dos macroprocessos se altera um pouco.

A Gestão Interna (Estadual e Municipal) foi apontada, por 100% dos respondentes, como o maior motivo para a descontinuidade de uma política nacional, tendo a mudança de gestores liderando os motivos relacionados a esse macroprocesso (31%). De acordo com os dados, essa rotatividade aumenta as chances de suspensão de uma PN porque os novos gestores tendem a desconsiderar os planejamentos e as adesões realizadas anteriormente. Interessante observar que não houve registro de motivos relacionados à Gestão Interna Federal.

Os participantes também apontaram mais quatro motivos: níveis baixos de comprometimento, interesse, articulação e qualificação dos gestores locais (25%); a falta de diagnósticos e planejamentos sobre as condições locais para subsidiar a decisão sobre aderir ou não à política ofertada (19%); a falta de apropriação local dos processos de execução, para reorganizá-los conforme suas necessidades e capacidades (13%); e, também com 13% de citação, as complexidades no processo de implementação e/ou de prestação de contas que podem ser acima da capacidade local de execução.

Considerando a conclusão de um processo de Implantação como o momento em que uma PN é apresentada aos gestores locais e esses, comparando os objetivos e resultados da política com as expectativas e necessidades de seu território, escolhem ou não aderir a ela, 69% dos respondentes escolheram esse macroprocesso como um dos principais responsáveis pela descontinuidade das políticas. Essa escolha se explica por alguns motivos inadequados de adesão a uma política, identificado pelos participantes da pesquisa, como: o interesse apenas da liderança local, sem diálogo com atores envolvidos; o foco apenas no recurso financeiro vinculado à adesão; o convencimento por ser uma política que a maioria dos entes está aderindo;

e o alinhamento político-partidário. Esses motivos perdem a importância com o tempo e a PN perde a sustentação e a prioridade na agenda política.

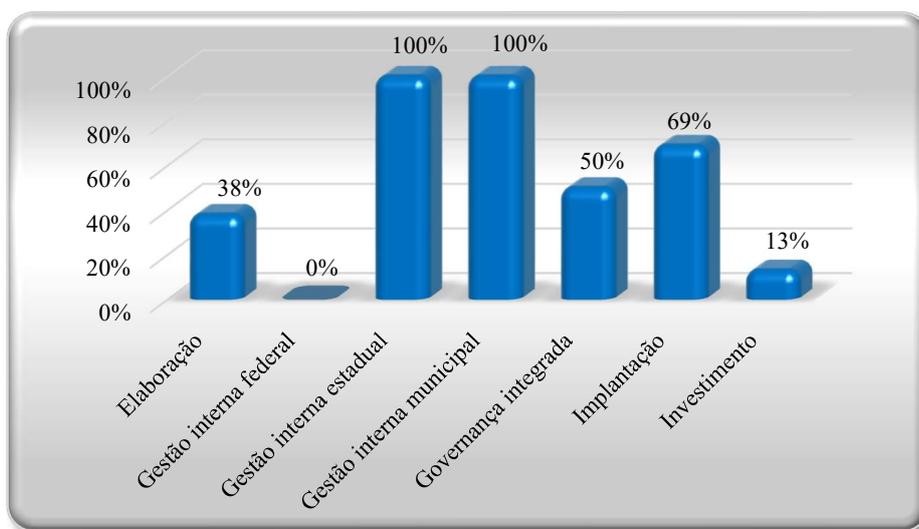
Também a Governança Integrada mostra sua relevância para a continuidade das políticas, conforme a análise de 50% dos gestores consultados. Os motivos principais são: insuficiência de ações federais e estaduais integradas para monitoramento e apoio técnico às equipes locais (19%); baixa articulação entre os entes, prejudicando a identificação de problemas com a execução para providenciar os ajustes necessários antes da interrupção da política (19%); e frágil participação social e gestão integrada dos entes envolvidos (13%).

A fase de Elaboração, também teve falhas em seus processos, apontadas por 38% dos respondentes. A formulação centralizada, sem articulação interfederativa, produzindo políticas desvinculadas dos reais problemas locais teve 25% de citação, e políticas elaboradas sem possibilidades de gestão personalizada para adaptação a diferentes contextos, (13%).

E encerrando este item, o financiamento insuficiente ou ausente, compõe o macroprocesso Investimento, prejudicando ou inviabilizando a continuidade das PN, segundo 13% dos participantes, a segunda taxa mais baixa de citação nessa questão.

Frente ao exposto, é possível deduzir que, para os respondentes, a descontinuidade de uma PN é afetada por motivos relacionados principalmente à Gestão Interna (Estadual ou Municipal), Implantação e Governança Integrada, não tendo sido citada a Gestão Interna Federal, como mostra o Gráfico 8.

Gráfico 8 – Taxa de citação do macroprocesso como motivo de descontinuidade de PN



Fonte: Dados da Pesquisa

Olhando para os dados apresentados, chama a atenção o que discute Palotti e Costa (2011) sobre os processos de descentralização de políticas nacionais. Segundo os autores, em contextos federativos como o brasileiro, é necessário compatibilizar a autonomia dos entes federados em decidir sobre a adesão (Implantação), sua capacidade gestora (Gestão interna) e a necessidade de coordenação política para alcançar objetivos comuns (Governança integrada).

Os resultados trazidos pelos respondentes sinalizam para a sensibilidade dos mesmos macroprocessos. Isso permite um recorte desses aspectos concordantes entre os autores e os pesquisados, podendo-se afirmar que alguns cuidados metodológicos precisam ser seguidos para que os objetivos previstos sejam alcançados.

Assim, ao disponibilizar uma PN é necessário divulgar com clareza os pré-requisitos para sua execução e os resultados pretendidos para que o gestor possa ter bases para sua decisão. Ademais, é imprescindível organizar uma rede colaborativa de apoio local, para M&A da implantação e da execução.

Essas premissas podem ser favorecidas por ações de Governança integrada, permitindo ampliar a capacidade organizativa e decisória, para aderir apenas quando necessário e, aderindo, adequar os processos de execução às possibilidades locais. Segundo a percepção coletada, esses podem ser bons caminhos para manter uma política implantada em execução, para que alcance os resultados pretendidos.

#### 4.1.3.3 Sugestões de Ações para o Gestor Municipal

Questão 3: Considerando ser no município onde a maioria das políticas públicas de saúde são implementadas, o que poderia ser feito pelo gestor municipal para permitir que as políticas nacionais alcancem seus resultados?

Em resposta a esse questionamento, foram enviadas 52 sugestões de ações para contribuir com o gestor municipal no alcance dos resultados propostos pela execução da política que decidiu aderir. Elas foram agrupadas em 16 ações e reagrupadas em três macroprocessos identificados: Gestão Interna, Governança Integrada e Investimento.

Neste item, todos os consultados enviaram suas respostas (100%), que seguem apresentadas no Tabela 7. Seguindo a mesma lógica das tabelas anteriores, os cálculos percentuais foram obtidos considerando o universo de 16 respondentes.

Tabela 7 – Taxa de citação de sugestões de ações municipais para efetividade de PN por macroprocesso

Macro processo	Ações do gestor municipal	Percentual de citação por ação	Percentual de citação por macro processo
Gestão Interna (Municipal)	Desenvolver processos efetivos e sustentáveis de planejamento e gerenciamento das PN implantadas, inovando em arranjos organizativos que atendam à necessidade local.	25%	56%
	Buscar equivalência de metas da política local com a nacional, promovendo a adaptação necessária, sem desvirtuar o método e o foco previstos.	13%	
	Realizar pactuação das metas previstas nas PN e inseri-las nos planejamentos e orçamentos.	6%	
	Elaborar plano de saúde focado na necessidade da população e aderir a PN que colaborem com esse plano, traçando estratégias de gestão e execução.	6%	
	Dar continuidade à implementação de políticas iniciadas em gestões anteriores, responsabilizando-se por sua execução, M&A.	6%	
Governança Integrada	Promover a articulação com a esfera estadual e federal, provocando a construção de uma rede permanente de apoio institucional aos municípios.	19%	94%
	Participar efetivamente da elaboração das PN, pactuando com lideranças locais objetivos e metas claras e factíveis, promovendo a colaboração entre os entes, para melhoria da realidade municipal.	13%	
	Estimular a participação social e a democratização da PN, oportunizando discussões com representantes dos trabalhadores, gestores de saúde e conselhos, divulgando sua importância para as necessidades locais.	13%	
	Articular parcerias com os diversos órgãos e instituições da administração municipal, tendo em vista a transversalidade das políticas de saúde, para potencializar o trabalho de execução por meio de uma abordagem sistêmica, fortalecendo sua continuidade, mesmo em trocas de gestão.	13%	
	Usar a autonomia municipal para aderir apenas às PN que tenham potencial para melhorar a realidade local, dialogando sobre sua necessidade com profissionais, gestores e outros atores locais, angariando assim o apoio e a defesa para sua execução e fortalecendo a política e dificultando sua descontinuidade.	13%	
	Potencializar o uso das comissões intergestores e a articulação com CONASS e CONASEMS, para promover a representatividade efetiva dos órgãos colegiados na elaboração de PN, garantindo diálogo permanente entre representados e representantes e permitindo a construção de políticas baseadas na realidade dos territórios.	6%	
	Construir relações permanentes com instituições de ensino técnico e universitário.	6%	
	Produzir e divulgar resultados da PN para a gestão estadual, com dados e informações criteriosos e consistentes.	6%	
Buscar fontes de financiamento para apoiar a implementação das políticas, participando de instância gestoras colegiadas.	6%		
Investimento	Investir em qualificação dos gestores e dos profissionais executores da PN.	19%	31%
	Oferecer condições mínimas de infraestrutura física, tecnológica, insumos e ferramentas de suporte ao trabalho das equipes.	13%	

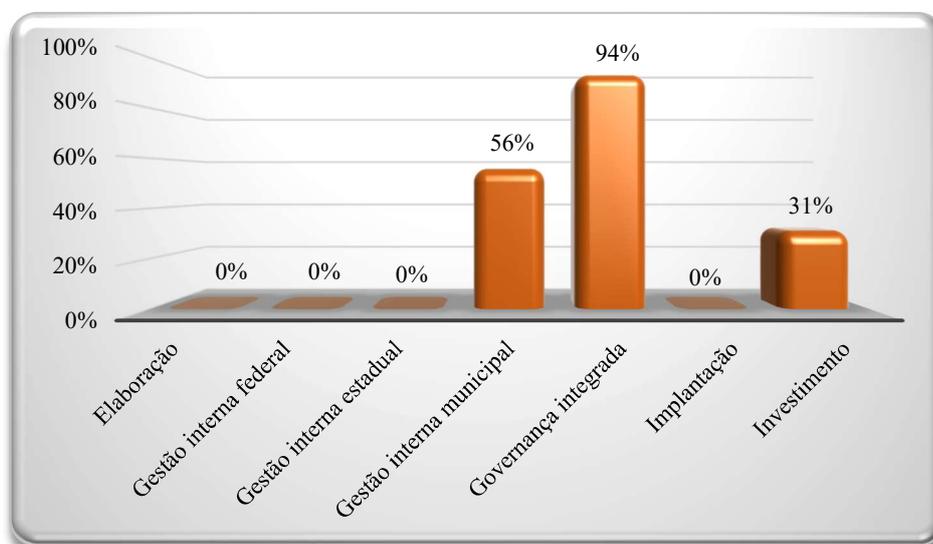
Fonte: Dados da Pesquisa

Neste item, a Governança Integrada se destacou tendo ações citadas por 94% dos respondentes, como sugestão para contribuir com a continuidade e efetividade das PN implantadas. A maior citação nesse item (19%) está na articulação entre os entes em busca de apoio institucional. Em seguida, citados por 13% dos gestores, estão a participação na elaboração das PN, a divulgação dos benefícios da política implantada, sua transversalidade, o estímulo à participação social e a qualificação da adesão com autonomia. Também foram lembradas (6%) a busca por uma representação eficiente dos órgãos colegiados, a articulação com instituições de ensino, a produção e divulgação dos resultados da PN e a captação de apoio financeiro para apoiar sua execução.

Em se tratando de Gestão Interna Municipal, 56% dos citantes sugerem: inovar em arranjos administrativos gerenciais que ofereçam sustentabilidade à execução da política (25%); promover adaptações necessárias para viabilizar a implementação como foco na realidade local (13%). Além disso, com 6% de citação, estão as sugestões para: pactuar metas e inseri-las nos planejamentos e orçamentos, elaborar planos de saúde coerentes, aderir a políticas que colaborem com sua execução e dar continuidade às políticas iniciadas em gestões anteriores, a partir de avaliação técnica de sua necessidade e eficácia. E concluindo os dados deste item, duas ações relacionadas a Investimento: qualificar gestores e profissionais executores (19%) e oferecer condições adequadas e suficientes para o trabalho equipe (13%).

No Gráfico 9, esses dados ganham evidência, podendo ser claramente identificados a Governança Integrada, a Gestão Interna Municipal e o Investimento como os principais processos para promover ações municipais, visando à continuidade das PN.

Gráfico 9 – Taxa de citação do macroprocesso em ações municipais para continuidade de PN



Fonte: Dados da Pesquisa

Sendo no município onde é executada a maioria das PN, os participantes argumentam que é decisivo investir localmente, para minimizar dificuldades locais, que resultam em execução de qualidade inferior ao planejado. Conforme discutido, os dados apresentados insistem na necessidade de articulação das esferas federal e estadual, para apoiar os municípios na construção de arranjos interfederativos e ações locais suficientes para atender as demandas e as necessidades locais.

Com argumento similar, Abrucio (2005) afirma que a autoridade política em ambientes federativos é possibilitada pelo equilíbrio entre a autonomia de cada ente federado e sua interdependência. Isso traz complexidade à implementação de PN, principalmente quando os papéis e responsabilidades entre os entes não estiverem definidos e acordados, como demonstrado nas percepções encaminhadas neste estudo.

Na mesma linha de entendimento, Arretche (2004) aponta como as diversidades regionais, estendidas à capacidade de gestão pública local, influem diretamente na implementação descentralizada das PN. Acentuando esse cenário, está a inexistência de regras claras que regulamentem competências para a cooperação interfederativa necessária, de forma a acolher essa diversidade. A sugestão para melhoria desses processos, mais uma vez, passa pelo fortalecimento da Gestão integrada, para que a efetividade do federalismo cooperativo se estabeleça no âmbito da saúde no Brasil.

#### 4.1.3.4 Relação Interfederativa: Concepções

Questão 4: O que você entende por relação interfederativa?

Por força do Decreto nº 7.508/11, novos desafios foram impostos para reorganizar o SUS, inserindo conceitos relacionados à interfederatividade em sua gestão, visando ao fortalecimento dos mecanismos e instrumentos de governança. Porém, as relações interfederativas e suas competências ainda se mostram frágeis e complexas na prática, como identificado nesse estudo, gerando muitos conflitos em todas as esferas de gestão.

Talvez não por coincidência, a expressão “relação interfederativa”, ainda é pouco conceituada na literatura, apesar da grande significância para teóricos, planejadores e estudiosos da gestão pública, principalmente na área da saúde. Frequentemente é usada para reunir complexos e variados processos, ainda imprecisos e não claramente mapeados, para aplicação nas esferas de gestão. As respostas dos 16 gestores federais a esse item ratificam essa imprecisão conceitual. O entendimento que relataram sobre a expressão, em sua maioria,

revelou uma amplitude conceitual evidente, estruturado por diversos elementos que imprimem significado e importância, mas confirmam sua complexidade.

Com essa narrativa, seguem transcritas, conforme o original, algumas colaborações recebidas, para exemplificar a concepção ampliada dos gestores sobre o conceito e a influência das relações interfederativas nos resultados das ações públicas de saúde, especialmente à efetividade das PN, que integra o objeto desta pesquisa:

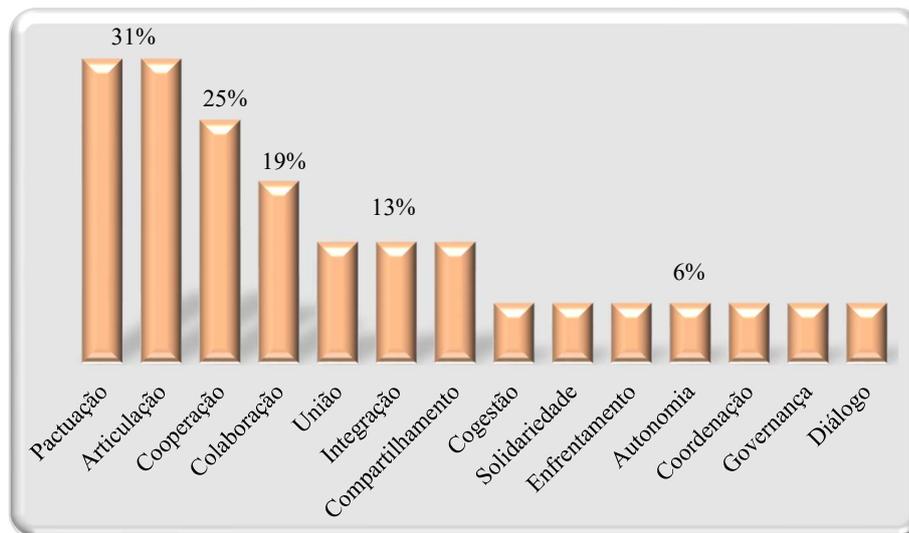
- a) “Relação interfederativa é a articulação entre os entes federativos na execução das políticas públicas. Mesmo que haja diferenças políticas, o SUS é interfederativo por natureza e exige um mínimo de cooperação e articulação entre os entes para que as políticas sejam implementadas com sucesso.”
- b) “Cooperações entre os entes da federação que visam a boa execução de políticas públicas.”
- c) “É a relação exercida durante os processos decisórios compartilhados entre os gestores do SUS na pactuação de políticas e na organização da rede de serviços.”
- d) “Relação interfederativa é cooperação, solidariedade, coordenação e financiamento conjunto, tudo pactuado para atender as necessidades de saúde da população, buscando mais qualidade, eficiência, economicidade para a gestão pública.”
- e) “É a relação intergovernamental para elaboração, implementação e execução compartilhada e colaborativa de políticas governamentais.”
- f) “É a articulação entre esferas de governo por meio de instrumentos de governança para buscar o fortalecimento da gestão e ampliar sua capacidade de resposta às necessidades do sistema.”
- g) “Responsabilidades pactuadas, relação institucional horizontal e funções definidas.”
- h) “Processo permanente de diálogo e pactuação entre as esferas de gestão, com o objetivo de buscar melhores resultados de saúde e de vida para a população.”
- i) “Colaboração entre os entes federativos (União, Estados e Municípios) na organização e integração das ações de saúde.”

A partir do material recebido, foi realizada uma análise das definições encaminhadas, a partir da mineração de texto, o que permitiu uma decomposição do entendimento que apresentaram sobre o termo, revelando quantitativamente os elementos principais que compõem o significado de “Relação interfederativa”, na compreensão dos gestores consultados. Os termos mais relevantes foram mapeados e agrupados pela frequência

que aparecem nas respostas encaminhadas, oferecendo maior clareza e discernimento sobre a expressão investigada.

O Gráfico 10 ilustra o resultado dessa análise, tendo os dados relativos comparados pelo número total de conceituações recebidas (16).

Gráfico 10 – Taxa de frequência dos elementos constitutivos do conceito de Relação Interfederativa



Fonte: Dados da Pesquisa

Ao analisar esses elementos, para compreender a visão dos gestores federais sobre as relações interfederativas, é fácil perceber a diversidade de outros conceitos buscados por eles, para explicar o sentido do termo. Todos eles remetem à necessidade de aproximação entre os entes federados, de conjugação de esforços e conhecimentos para uma gestão compartilhada e do estabelecimento de pactos interfederativos que contemplem formas de enfrentamento e cooperação, com responsabilidades e responsabilizações definidas e adotadas.

Por dedução, é também perceptível a carência identificada nas relações intergovernamentais existentes. Elas ainda se encontram distantes do engajamento idealizado, de parcerias proficientes e de trabalho conjunto permanente, que permeiam cada um dos elementos identificados, irradiando seus significados para a expressão consultada.

Nesse sentido, e diante das percepções coletadas, é possível entender a visão dos gestores federais consultados sobre importância das parcerias interfederativas nas relações governamentais, especialmente por colaborar com os desafios processuais na elaboração e na implantação de uma PN.

#### 4.1.3.5 Sugestões de Ações para o Gestor Federal

Questão 5: Em termos de relação interfederativa, o que você considera importante ser feito pelo Ministério da Saúde para que suas políticas nacionais tenham continuidade local suficiente para alcançar os objetivos anunciados?

Conforme o conhecimento alcançado com a pesquisa bibliográfica, a Constituição do Brasil prevê uma organização político-administrativa onde a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, apesar de autônomos, são interdependentes para desenvolverem suas funções, o que exige aperfeiçoamento constante das relações interfederativas (BRASIL, 2016). Refletindo a diretriz constitucional, a lei institui que essa relação prevê direitos, responsabilidades e responsabilizações de cada ente, durante a execução de processos para a governança das ações públicas.

Com foco na área da saúde, a lei ainda prevê que cabe ao governo central descentralizar as ações e serviços de saúde e prestar cooperação técnica a estados e municípios para executarem as ações nacionais que tiveram adesão do ente local. Da mesma forma, estados devem se responsabilizar pela implementação em sua rede e colaborar com a execução em seus municípios, assumindo a corresponsabilidade, ao lado do MS. E finalmente, aos municípios cabe o direito de aderir às ações e a obrigação de assumir sua execução, conforme a normativa de cada uma, buscando apoio técnico nas outras esferas, caso necessite (BRASIL, 1990).

Porém, uma instância de governabilidade se mostra essencial para que esse arranjo interfederativo tenha sucesso: a capacidade de coordenação nacional de todas as PN implantadas. Interessante perceber que as contribuições recebidas refletem o que está regulamentado. Um número elevado de ações propostas ao ente federal foi enviado por 15 gestores, sendo que um participante do grupo (6%) não encaminhou resposta para esse item.

Foram recebidas 72 contribuições, agrupadas em 33 ações sugeridas ao gestor federal. Retratam a visão interna e autorreflexiva de gestores que atuam nesse cenário e que possuem competência para apontar as melhorias técnicas, gerenciais, processuais e administrativas sugeridas.

Isso pode ser conferido na Tabela 8, que apresenta as percepções encaminhadas pelos gestores federais sobre o que pode ser feito pelo próprio MS, para melhorar a continuidade e efetividade de suas políticas, implantadas em qualquer ponto do território nacional.

Tabela 8 – Taxa de citação de sugestão de ações federais para efetividade de PN por macroprocesso

(Continua)

Macro processo	Ações do gestor federal	Percentual de citação por ação	Percentual de citação por macro processo
Elaboração	Promover a elaboração de PN com a participação dos entes federados e seus representantes colegiados, para que nasçam com capacidade de atender às realidades municipais, definindo com clareza o papel de cada ator em seu nível de atuação e minimizando a existência de políticas não adaptáveis a diferentes contextos.	27%	73%
	Priorizar a elaboração de políticas de Estado e não de governo, a partir de diagnósticos situacionais que considerem a diversidade do país, de estudos de vulnerabilidade das populações e da prevalência de doenças em diversos territórios, colaborando para contrapor desejos e pressões externas.	20%	
	Elaborar PN somente após a realização de avaliação <i>ex ante</i> , incluindo os resultados esperados diante da situação atual dos municípios e estados, as pactuações de metodologias viáveis com CONASS e CONASEMS, para ampliar a capacidade de identificar possíveis futuros problemas na fase de implementação.	13%	
	Elaborar modelos de políticas regionais, com objetivos específicos, mas sempre vinculados aos princípios da política nacional.	7%	
	Elaborar PN com visão intersetorial, para que atuem em todos os aspectos que influenciam na melhoria da saúde do cidadão.	7%	
Gestão Interna (Federal)	Estabelecer mecanismos de coordenação nacional das PN, para apoiar os processos de negociação e articulação em todos os níveis de gestão, com definição dos papéis e responsabilidades de cada esfera.	20%	100%
	Fortalecer as SEMS para ampliar o papel de representação do MS nos espaços regionais, instituindo equipes de planejamento e de M&A, possibilitando a participação nas CIBs e CIRs, para o acompanhamento do planejamento regional e o monitoramento de PN.	13%	
	Institucionalizar o processo sistemático de controle e acompanhamento das políticas no âmbito das áreas funcionais do MS, definindo padrões estratégicos de M&A para todo o órgão.	13%	
	Instituir instrumentos e processos de planejamento integrado para todas as instâncias do SUS, que possam refletir os resultados das PN implementadas e as necessidades de continuidade ou adequação em cada local de execução.	7%	
	Fazer a gestão da PN com foco na melhoria das condições de saúde da população, instituindo uma cultura de gestão de política e não apenas a habilitação de ações e serviço.	7%	
	Prover os cargos de gestão, até o nível de departamento, com o quadro técnico disponível para garantir maior continuidade aos processos de formulação e implantação de PN e integração dessas com as necessidades dos territórios, mesmo com mudanças políticas dos níveis hierárquicos superiores.	7%	
	Prospectar de maneira realista sobre a perspectiva de adesão de outros entes ao longo do tempo, considerando que municípios e estados são autônomos para decidirem se e quando aderir a uma PN e se precisam de apoio para adaptá-la.	7%	

(Continuação)

Macro processo	Ações do gestor federal	Percentual de citação por ação	Percentual de citação por macro processo
Gestão Interna (Federal)	Revisar os atos normativos e divulgar com clareza a trabalhadores e gestores do MS todos os componentes do modelo lógico adotado, com indicadores estabelecidos criteriosamente em função de um plano de monitoramento.	7%	100%
	Fomentar carreiras de gestores nacionais para atuarem nos territórios com independência frente aos interesses políticos locais, além de potencializar a redução da rotatividade de profissionais.	7%	
	Focar os recursos em ações, procedimentos e tecnologias que possuam evidência comprovada de efetividade e eficiência, bem como promover sínteses de evidências e tradução do conhecimento.	7%	
	Viabilizar uma PN de gestão do trabalho e educação na saúde que fomente a cooperação interfederativa para apoiar os municípios no dimensionamento e gestão da força de trabalho, tema central para o sucesso das políticas e a qualidade do sistema nacional de saúde.	7%	
Governança Integrada	Considerar plenamente o papel dos estados e municípios na elaboração, execução, M&A das PN nos serviços de saúde, pactuando as responsabilidades das três esferas e fortalecendo a capacidade de articulação central com demais entes e instâncias do SUS.	13%	100%
	Estabelecer diálogos horizontais com estados e municípios, fortalecendo a articulação e a colaboração interfederativa para adequar as PN às necessidades locais, customizadas conforme as características, competências e capacidades executivas de cada ente e fomentando estratégias de continuidade das ações pactuadas na implantação.	13%	
	Adotar as decisões tripartites, respeitando e cumprindo os objetivos e resultados pactuados na CIT e no CNS, promovendo a responsabilização dos atores envolvidos e colocando em prática os arranjos de contratualização e mecanismos de articulação como as Comissões Intergestores.	7%	
	Reorganizar as pactuações interfederativas para adesão e implementação de políticas nacionais, instituindo apoio técnico integrado para a implementação estadual e municipal e desenvolvendo processos para monitorar o estado na implantação em sua rede e no acompanhamento a seu conjunto de municípios.	7%	
	Promover a reformulação e atualização das PN já implantadas, para adequá-las às necessidades estaduais e municipais, colaborando para a definição da governança de sua execução, integrando nesse processo as instancias gestoras do SUS e o controle social.	7%	
	Concretizar a regionalização, definindo um modelo de regiões de saúde e criando formas de financiamento conjunto e de gestão adequadas e suficientes, mobilizando e dialogando com a sociedade brasileira sobre a importância de um sistema de saúde integral e regionalizado.	7%	
	Fortalecer a capacidade dos gestores em saúde pública para atuarem de forma sistêmica junto aos municípios, independente do contexto político-partidário local, para continuidade das PN e construção da unicidade do sistema de saúde.	7%	
	Definir indicadores essenciais de qualidade, para uso sistemático, padronizado e monitorado em todas as esferas, pactuando índices mínimos a serem cumpridos em âmbito nacional.	7%	

(Conclusão)

Macro processo	Ações do gestor federal	Percentual de citação por ação	Percentual de citação por macro processo
Governança Integrada	Garantir e ampliar a participação ativa dos gestores locais na elaboração das políticas, pactuando com CONASS, CONASEMS e representantes colegiados dos estados e municípios uma representatividade efetiva, que dialogue com os representados e os demais entes envolvidos.	7%	100%
	Estimular a divulgação da PN em nível local, envolvendo a sociedade (profissionais, prestadores, usuários, lideranças locais etc.), para que não se perca nas mudanças de gestão.	7%	
	Articular com estados e municípios a coleta permanente de informações sobre a situação da política onde foi implantada, para planejamento de ações de melhorias da execução.	7%	
	Fortalecer as atuais instâncias de pactuação e governabilidade (CIT, CIB, CIR etc.) e se necessário criar novas estruturas que aumentem a cooperação e eficiência do sistema, criando espaços para troca de experiência e boas práticas entre os entes.	7%	
	Criar comitês operacionais e científicos para efetivar a participação social (conselhos e conferências), as universidades e a iniciativa privada na construção das redes de cuidado.	7%	
Investimento	Qualificar os técnicos e gestores de PN para elaboração, implantação, implementação e M&A de PN, desenvolvendo ferramentas tecnológicas adequadas para acompanhar os resultados dos indicadores gerados com a execução da política.	13%	40%
	Investir em sistema de informação unificado e integrado, com investimento suficiente na rede lógica de informática e com capacidade de atender a todos os municípios, que permita identificação e monitoramento das ações e atividades realizadas pelos diferentes entes, possibilitando a criação de estratégias mais dinâmicas e coerentes para repasse de recursos.	7%	
	Equacionar o subfinanciamento, construindo um plano de médio e longo prazo em conjunto com os entes com a previsão de incrementos anuais de recursos para o SUS e com garantia de equidade na contribuição de cada ente, segundo sua capacidade tributária.	7%	
	Fomentar a cultura de investimentos federais, estaduais e municipais que privilegiem o desenvolvimento das capacidades locais, ampliando as possibilidades de uma execução com maior qualidade e alcance dos resultados.	7%	

Fonte: Dados da Pesquisa

Diante das ações sugeridas, percebe-se uma concordância global entre os 15 respondentes. Para 100% deles, em termos de relação interfederativa, o MS deve voltar olhares e ações para melhorar os processos de Gestão Interna e de Governança Integrada, para que suas políticas tenham continuidade local suficiente para alcançar os objetivos anunciados.

De modo geral, discorrem sobre fragilidades relacionadas às pactuações, participações e cooperações interfederativas; à inconstância de diálogos com estados e municípios para apoio, divulgação e monitoramento da execução; à produção, implantação e coordenação de indicadores nacionais e captação sistemática e permanente de dados sobre os

resultados das políticas implantadas; adotar as decisões tripartites e principalmente, por ter a maior taxa de citação nesses dois macroprocessos (20%): estabelecer a coordenação nacional das PN, na amplitude que a legislação permite atuar.

Segundo alguns respondentes, o monitoramento nacional das PN deve ser centrado mais nos resultados pactuados do que nos processos, já que esses podem ser devidamente orientados em guias e manuais que podem acompanhar a implantação das políticas.

Também merece destaque o macroprocesso Elaboração. Para 73% dos gestores participantes, algumas ações poderiam ser implementadas especificamente nessa fase inicial das políticas. Nas argumentações encaminhadas, foi relatada uma larga distância entre aqueles que elaboram e propõem as PN (equipes federais, das quais os respondentes fazem parte) e os que vão executá-la (equipes estaduais e municipais). Relatam que essa distância não é suprida por insuficiência ou ausência de importantes processos, muitas vezes interdependentes e que derivam de inação ou pouca ação do órgão federal para os provocar.

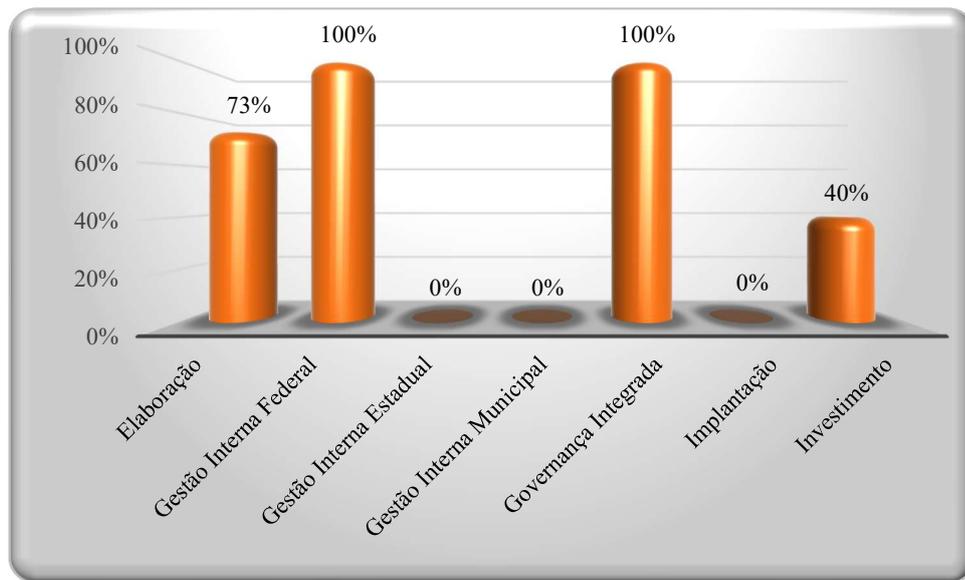
Como exemplo para suprir esses processos, citam ações focadas na Elaboração que evocam modelos capazes de privilegiar a participação dos entes federados, de órgãos colegiados e representativos, organizações sociais e acadêmicas que, apesar de previstos e instituídos, na maioria das vezes não funcionam adequadamente.

Também o Investimento foi citado pelos respondentes (40%), envolvendo a qualificação de técnicos e gestores do MS, o desenvolvimento de ferramentas tecnológicas e sistema de informação unificado e integrado, o planejamento conjunto para equacionar o subfinanciamento do SUS e o fomento à cooperação intergovernamental para o desenvolvimento das capacidades locais, ampliando as possibilidades de uma execução com maior qualidade e alcance dos resultados das PN.

Nesse item, recomenda-se conhecer cada ação proposta, visto que sugerem um número significativo de estratégias e formas do que pode e deve ser fomentado pelo ente federal, na busca pela qualidade da execução de suas políticas e o consequente impacto na qualidade da saúde da população. São proposições valiosas para inovações nos processos e mecanismos de coordenação intergovernamental e para a indução de uma nova abordagem federal sobre gestão interfederativa, na implementação de políticas nacionais de saúde em estados e municípios.

O Gráfico 11 apresenta uma leitura global sobre as proposições apresentadas neste item, destacando a participação de cada macroprocesso na indução citada, evidenciando a concentração na Governança Integrada e com significativa diferença para a Gestão Interna Municipal e o Investimento.

Gráfico 11 – Taxa de citação do macroprocesso em ações federais para efetividade de PN



Fonte: Dados da Pesquisa

Nas respostas encaminhadas pelos gestores, assim como nos escritos de Abrucio e Franzese (2007), fica evidente que os mecanismos e processos que tornam possível coordenar as políticas nacionais entre as esferas de governo são diretamente afetados pelo modo como estão estruturadas as relações interfederativas e efetivado o monitoramento nacional. De forma semelhante, é possível identificar também na opinião dos participantes, que essa coordenação nacional está frágil, exigindo atenção pragmática, para existir com a qualidade necessária e cumprir com as exigências normativas, legais e constitucionais. Vale destacar que Carvalho *et al.* (2011) também reforça essa fragilidade e defende a essencialidade da construção de espaços de discussão e diálogo, nos quais possam convergir os esforços para permitir uma visão integrada e colaborativa, no que concerne aos aspectos da gestão de PN que cabe a cada ente federado.

#### 4.1.3.6 Sugestões de Ações para Gestor Estadual

Questão 6: Como os estados poderiam melhorar sua ação para estabelecer uma relação intergovernamental eficiente na execução de políticas nacionais em sua rede, ou contribuir para a implementação na rede de seus municípios?

Como abordado anteriormente, os gestores consultados apontam para a necessidade de agrupar representantes das três esferas de governo e da sociedade civil, para discutir, elaborar, implantar e executar PN, constituindo um espaço de participação e de interlocução

entre os governos para uma gestão pública eficiente e integrada. Nesse cenário, o estado tem papel fundamental e determinante para que as ações administrativas, de gestão e de governança do SUS aconteçam conforme previsto na legislação.

Coordenar, acompanhar, avaliar e apoiar tecnicamente aos municípios são algumas atribuições reservadas à direção estadual do SUS e que, segundo os gestores consultados neste estudo, são essenciais para promover o entrosamento entre as esferas gestoras. Especialmente sobre PN, esse movimento de aproximação entre demandantes e demandados, desde a fase de planejamento até a execução, é que irá conferir sustentação aos pilares e objetivos do SUS. Porém, neste item os dados apontam falhas nessa coordenação, principalmente na realização de ações que amparem e impulsionem as mudanças locais. Isso reforça a necessidade de atuação estadual na regionalização e no fortalecimento das instâncias colegiadas (CIR, CIB e CIT).

Os relatos confirmam que essa concepção ainda não está incorporada pelos gestores estaduais, que acabam priorizando sua rede de atendimento, preterindo sua atuação como coordenador regional e articulador com os demais entes, para possibilitar a coesão nacional à política. Sobre isso, os respondentes sugerem ações para que a gestão estadual possa melhorar sua atuação como executor de PN em sua rede, assim como apoiador para a implantação nos seus municípios. Essas sugestões estão apresentadas na Tabela 9, com respostas dos 16 gestores participantes da pesquisa, trazendo o agrupamento das 38 propostas em 23 ações, distribuídas em três macroprocessos: Gestão Interna (Estadual), Governança Integrada e Investimento.

Tabela 9 – Taxa de citação de sugestões de ações estaduais para efetividade de PN por macroprocesso (Continua)

Macro processo	Ações do gestor estadual	Percentual de citação por ação	Percentual de citação por macro processo
Gestão Interna (Estadual)	Ser protagonista do processo de implementação em seu território, disponibilizando apoiadores locais qualificados e cientes do seu papel, buscando apoio técnico, quando necessário.	19%	75%
	Apoiar a reformulação e atualização das PN para adequá-las às necessidades estaduais e municipais, colaborando para a definição da governança de sua execução, integrando nesse processo as instâncias gestoras do SUS e o controle social.	13%	
	Usar a autonomia estadual para decidir se adere ou não, mas se aderir, se responsabilizar por sua adaptação e execução, buscando apoio para sua equipe e para seus municípios, quando demandado.	6%	
	Criar canais para ouvir as demandas dos usuários e da sociedade e entender melhor como determinada política afeta a realidade estadual.	6%	
	Trabalhar em prol de uma cultura de gestão de política nacional em detrimento de habilitação de ações e serviços, em todo o estado.	6%	
	Promover sínteses de evidências e tradução do conhecimento.	6%	
	Aumentar a difusão de documentos técnicos elaborados pelo MS para a equipe do estado e de seus municípios.	6%	

(Conclusão)

Macro processo	Ações do gestor estadual	Percentual de citação por ação	Percentual de citação por macro processo
Gestão Interna (Estadual)	Realizar um planejamento estratégico de seu território (envolvendo os municípios e atores relevantes), estabelecendo uma missão e visão de futuro únicas que embasem os planos de saúde a serem elaborados e as estratégias e articulações necessárias a serem realizadas.	6%	75%
	Respeitar a relação tripartite.	6%	
Governança Integrada	Assumir a responsabilidade de atuar em todo território do estado, incluindo o apoio à rede municipal, desenvolvendo estruturas de colaboração permanente com municípios e buscando manter a articulação, a comunicação e o acompanhamento da execução das PN.	19%	100%
	Participar nas instancias gestoras colegiadas e garantir a boa comunicação com os seus municípios e com o nível federal, facilitando uma pactuação local exequível para a realidade municipal.	13%	
	Estreitar relacionamento com SEMS e COSEMS para acompanhar os instrumentos de planejamento e implantação de ferramentas tecnológicas para monitorar os indicadores de todo o estado.	13%	
	Recuperar seu espaço de articulador regional e cumprir a lei apoiando os municípios não apenas tecnicamente, mas também cofinanciando as ações e serviços de saúde.	13%	
	Apoiar o MS para realizar avaliação <i>ex ante</i> da PN que se pretende elaborar, com estudos preliminares que incluam os resultados esperados diante da situação atual nos territórios.	6%	
	Estabelecer articulação e colaboração efetiva com os municípios, customizada conforme suas características, competências e capacidades executivas, aprimorando as relações em busca de resultados das PN alinhados aos interesses comuns da saúde local.	6%	
	Participar da pactuação dos resultados esperados por uma PN e de seus indicadores, permitindo que a implementação ocorra de maneira adaptável a diferentes contextos estaduais e municipais.	6%	
	Colaborar com o Ministério na identificação de políticas descontinuadas nos territórios, sem justificativas técnicas importantes, para procedimentos de responsabilização, exercendo a coordenação regional efetiva.	6%	
	Participar da elaboração das PN, apoiando as pactuações de metodologias com o CONASS e CONASEMS, para ampliar a capacidade de identificar possíveis problemas na fase de implementação e antecipar formas de evitá-los.	6%	
	Ampliar o diálogo e a participação permanente de atores locais nos processos de M&A, colaborando com o ministério nos processos de avaliação <i>ex post</i> das PN implantadas no estado e em seus municípios.	6%	
Investimento	Pactuar com conselhos e representantes colegiados do estado e seus municípios, para fortalecer uma representatividade efetiva, que dialogue com os representados e os demais entes envolvidos, promovendo a ampliação da participação ativa dos gestores locais na elaboração das PN.	6%	25%
	Organizar uma agenda de formação e apoio técnico/institucional permanente, com previsão de financiamento para atendimento de sua equipe e extensivo aos municípios que necessitarem.	13%	
	Investir em linhas de pesquisa para identificar as necessidades de ajustes no desenho das PN implantadas em seu território.	6%	
	Financiar apoio matricial/técnico de instituições públicas e privadas de ensino.	6%	

Fonte: Dados da Pesquisa

Analisando as ações propostas pelos gestores observa-se que, para 100% dos participantes, investir em Governança Integrada vai permitir melhor governabilidade das políticas nacionais, principalmente com ações estaduais voltadas para uma coordenação regional que atue em todo o território do estado, apoiando a rede municipal (19%). Também ações para apoio técnico e financeiro aos municípios e para melhoria da comunicação e articulação com cada ente municipal, as instâncias gestoras colegiadas e o nível federal, incluindo maior aproximação com as SEMS, foram lembradas por 13% dos citantes.

Outras ações, propostas por 6% dos gestores, perpassam pelo apoio ao MS para elaborar, monitorar e avaliar as PN nas redes estadual e municipal. Isso permite definir indicadores e metas nacionais que impactem a realidade de sua região, fortalecendo vínculos com atores locais, conselhos e demais órgãos representativos e instituindo relações colaborativas com a esfera municipal e federal.

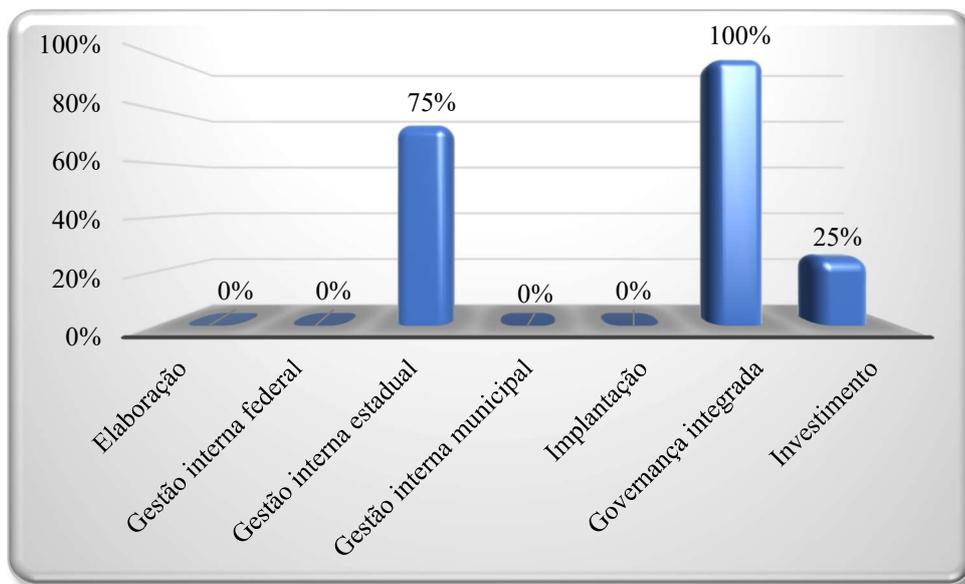
A Gestão Interna do estado também recebeu propostas de 75% dos participantes. O destaque foi para ações que reforcem o protagonismo do estado para assumir a execução das PN em seu território, com apoiadores qualificados (19%), além daquelas que promovam a articulação e a participação das instâncias gestoras do SUS e do controle social na atualização das PN, para atender as necessidades locais (13%).

As demais ações, com taxa de 6% de citação, remetem: à qualificação da adesão do estado e da sua responsabilidade na execução local, fornecendo apoio para sua equipe e para as equipes municipais; ao planejamento estratégico envolvendo todo o estado em alvos comuns, que subsidiem os planos de saúde; ao fomento de uma cultura de gestão de políticas, de promoção de evidências, de tradução do conhecimento e de divulgação de documentos técnicos produzidos pelo MS; à criação de canais para ouvir a sociedade e vincular a efetividade das políticas ao atendimento das demandas e ao respeito à relação tripartite, cumprindo com as pactuações realizadas em fóruns de negociação federativa.

Para concluir as contribuições desse item, foram propostas ações relacionadas ao Investimento, enviadas por 25% dos gestores, sendo que: 3% citam ações destinadas à formação e ao apoio técnico e institucional, com previsão de financiamento para atender equipes estaduais e municipais, conforme a previsão legal; e 6% recomendam investimento em pesquisas e no apoio de instituições de ensino, para adequar as PN a demandas locais.

Essas informações estão retratadas no Gráfico 12, que reforça a Governança Integrada como o processo mais relevante neste item, seguido da Gestão Interna e do Investimento.

Gráfico 12 – Taxa de citação do macroprocesso em ações estaduais para continuidade de PN



Fonte: Dados da Pesquisa

O tema a que se refere esse item, é discutido também por Soares e Machado (2018). Os autores consideram que o modelo federativo instalado ainda não se estabeleceu com efetividade. No processo de pactuação regional os compromissos não são assumidos pelos subnacionais, tendo em vista as condições de fragilidade governativa dos municípios pactuantes e principalmente pela baixa credibilidade dos estados, a quem coube esta coordenação. Os arranjos interfederativos têm tido dificuldades para se estabilizar, e a incapacidade dos estados em atuar como coordenador regional das PN assume papel importante nessa desestabilização.

Esses desafios reforçam aspectos desiguais do federalismo nacional e os avanços são ínfimos no direcionamento do papel de gestão regional do estado e na melhoria da capacidade municipal para executar políticas (SOARES; MACHADO, 2018; ARRETCHE, 2004). Semelhante ao que os autores defendem, as argumentações que acompanham as propostas sugerem que a gestão estadual poderia potencializar a cooperação intergovernamental, realizando fóruns regionais com a participação de todos os municípios do estado, para discutir e pactuar metas locais e regionais, apoiar o MS e subsidiar as decisões tripartites, dando forma ao que a lei determina.

Em síntese, na visão dos gestores federais que participaram deste estudo, os estados devem direcionar ações que os tornem executores proativos e eficazes das PN em sua rede, além de assumirem o papel de apoiadores de seus municípios e de articuladores e coordenadores regionais. Entre as funções estratégicas apontadas nesse papel estão: (i) articular a cooperação entre as três esferas de governo, as instâncias gestoras e o controle social para a execução de

PN focadas na demanda local; (ii) fortalecer a autonomia estadual e municipal, promovendo a qualificação de gestores e profissionais executores e (iii) ser a ponte entre MS e a realidade local para elaboração, monitoramento, avaliação e reformulação de políticas necessárias e suficientes para dirimir os problemas locais que se propôs a resolver.

#### 4.1.3.7 Desafios para uma Parceria Interfederativa

Questão 7: Registre sua compreensão sobre os principais desafios para que seja estabelecida uma cooperação interfederativa eficiente na execução das PN em âmbito local, apontando obstáculos e sugestões para instituir processos interfederativos práticos, eficientes e viáveis.

Com olhar atento ao que a literatura desvela e à percepção dos gestores que atuam no SUS e vivenciam esses múltiplos revezes, os dados obtidos e analisados nessa pesquisa buscaram lançar luz sobre o papel das parcerias interfederativas no enfrentamento dos desafios para permitir a continuidade produtiva da execução local das PN. Neste espaço ficaram registradas as contribuições de 100% dos participantes, sobre como percebem e experienciam esses desafios. Com a análise que fizeram do tema proposto, apresentaram ao todo 21 assertivas, agrupadas em 6 obstáculos, expostos na Tabela 10, relativamente comparados ao universo de 16 gestores e associados ao macroprocesso que mais os identificam.

Tabela 10 – Taxa de citação de obstáculos para execução efetiva de PN por macroprocesso

Macro processo	Obstáculos	Percentual de citação por obstáculo	Percentual de citação por macro processo
Gestão Interna (Federal)	Disputa interna histórica entre áreas técnicas do MS, pela priorização de temas sob sua responsabilidade, para a elaboração de novas políticas.	6%	6%
Gestão Interna (Municipal)	Falta de confiança dos resultados esperados, por desconhecimento ou informação tendenciosa e/ou pelo receio de prestação de contas que podem ser complexas.	13%	13%
Governança Integrada	A constante mudança nos gestores, até dentro de um mesmo governo, gera constante descontinuidade das políticas e das relações interfederativas, nas três esferas de governo, num eterno recomeçar de elaboração, pactuação, implantação e execução de PN.	50%	100%
	A falta de diálogo institucional permanente entre os entes federados. Contexto político ou razões relacionadas à cultura e comportamento locais.	31%	
	Falta de priorização das pautas tripartites.	6%	
	As desigualdades regionais e a judicialização da saúde.	6%	

Fonte: Dados da Pesquisa

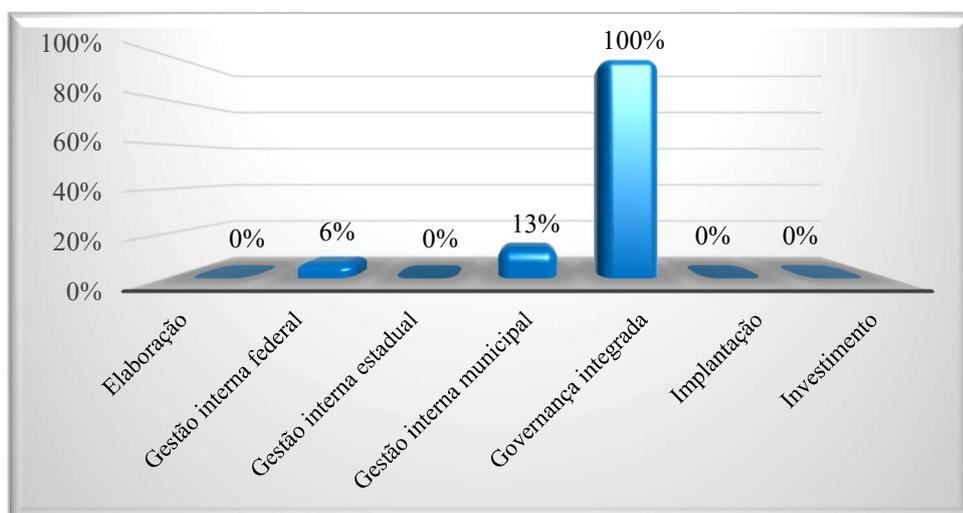
Analisando a consolidação dos obstáculos apontados, observa-se a prevalência da Governança Integrada (100%) como maior obstáculo para o estabelecimento de processos cooperativos entre os entes federados, que ofereçam eficiência e viabilidade à PN. Dentre eles, a metade dos respondentes afirmam ser a mudança de gestores, a maior responsável pela descontinuidade das políticas. O argumento comum é que os processos de elaboração, implantação e execução são muitas vezes desconsiderados com a chegada dos novos gestores e a PN perde espaço na nova agenda política, seja na esfera federal, estadual ou municipal.

Em decorrência disso, 31% consideram que a falta de diálogo entre as esferas potencializa os efeitos dessa alternância de gestão, bem como das demais fragilidades apontadas. Além desses destaques, o contexto político, a cultura e o comportamento locais, as desigualdades regionais, a judicialização e a não priorização das pautas tripartites são obstáculos registrados por 6% dos participantes, ampliando os desafios a serem enfrentados.

A Gestão Interna (Municipal e Federal) também foi evocada. Quanto aos obstáculos atribuídos à Gestão Interna Municipal, foram citados a falta de confiança na efetividade da política e a complexidade na prestação de contas posterior (13%). E, quanto à Gestão Interna Federal, a histórica disputa entre as áreas do MS para conseguir prioridade de temas próprios, para elaboração de novas políticas, que foi lembrada por 6% dos consultados.

Interessante observar que não foi indicado nenhum obstáculo relacionado a Investimentos, para a instituição de processos interfederativos eficientes, apesar da existência de alguns registros, em outros itens pesquisados, que sugerem ações relacionadas a esse macroprocesso, para favorecer a efetividade da execução de PN (Gráfico 13).

Gráfico 13 – Taxa de citação do macroprocesso como obstáculo para parcerias interfederativas efetivas



Fonte: Dados da Pesquisa

Pela ilustração gráfica, resta evidente a significativa importância da Governança Integrada para a instituição de parcerias interfederativas efetivas, na visão dos participantes, por concentrar quase a totalidade dos obstáculos citados. Diante desse cenário, os gestores federais consultados foram convidados a deixar propostas para superá-los

Foram recebidas respostas dos 16 participantes (100%), que seguem reunidas e consolidadas em 14 sugestões, apresentadas na Tabela 11.

Tabela 11 – Taxa de citação de sugestões para instituir parcerias interfederativas na execução de PN

(Continua)

Macro processo	Sugestões	Percentual de citação por sugestão	Percentual de citação por macro processo
Gestão Interna (Federal)	Divulgar as PN na fase de implantação, discutindo com as instâncias subnacionais para pactuar seus objetivos, resultados, condições e capacidades de execução e para apoiar tecnicamente os ajustes necessários, conforme as demandas locais.	25%	75%
	Ampliar a autonomia, a qualificação e a responsabilidade dos servidores do MS, reduzindo vínculos precários e favorecimentos clássicos do modelo de administração pública patrimonialista.	13%	
	Investir em tecnologia para monitoramento de indicadores nacionais pactuados.	13%	
	Ampliar e qualificar o diálogo com órgãos de controle.	13%	
	Aumentar a participação analítica das áreas finalísticas do MS nos instrumentos de planejamento.	6%	
	Realizar alinhamento de competências dentro da instituição, para que os colaboradores trabalhem com pautas que guardam afinidades com suas formações, experiências profissionais e atitudes.	6%	
Governança Integrada	Criar estratégias efetivas que incentivem a ampliação de capacidades institucionais para o fortalecimento do estado na gestão regional e a ampliação da coordenação federal, potencializando o uso de instrumentos que favoreçam a corresponsabilidade, a cooperação, o planejamento integrado, o diálogo e o envolvimento da sociedade nas políticas de saúde.	31%	100%
	Pactuar e institucionalizar as responsabilidades dos entes federativos, para que cada um entenda e assuma seu papel, mantendo o respeito e o diálogo permanente entre as esferas de governo.	19%	
	Fortalecer a prática e a cultura de planos integrados em todos os níveis, utilizando-os para elaborar políticas e ofertar ações e serviços mais adequados às demandas locais, usando a governança integrada para alinhamento da execução das políticas com esses planejamentos.	13%	
	Articular maior aproximação entre o centro coordenador do SUS com os territórios, via servidores públicos, ampliando a capacidade articuladora em nível estadual e municipal, aprimorando tecnicamente os 3 níveis da federação nos assuntos finalísticos da política e participando das discussões do parlamento, para evitar equívocos legais ou pressões políticas relacionados às PN.	13%	

(Conclusão)

Macro processo	Sugestões	Percentual de citação por sugestão	Percentual de citação por macro processo
Governança Integrada	Instituir um novo arranjo institucional do SUS, que respeite seus princípios e diretrizes e que permita estabelecer diretrizes nacionais para as relações interfederativas, em busca de conformar uma relação intergovernamental eficiente na execução de PN.	13%	100%
	Construir um plano nacional onde os entes federativos, autonomamente articulados com a sociedade civil e acadêmica, participem e construam saídas para aprimorar a relação intergovernamental e o modelo de governança pública dentro das instituições, utilizando indicadores nacionais de resultado atualizados e viáveis para definição de prioridades pactuadas e M&A das PN, em todas as instâncias do SUS.	13%	
Investimento	Rever a participação de cada ente no financiamento do Sistema, com investimentos também em Consórcios Públicos.	13%	19%
	Executar um financiamento tripartite equânime e justo para a saúde pública.	6%	

Fonte: Dados da Pesquisa

Seguindo a coerência das contribuições apresentadas, mais uma vez prevalece a Governança Integrada com maior taxa de citação (100%), com sugestões potentes para o enfrentamento dos obstáculos, seguida pela Gestão Interna Federal, agora com 75% de citação. Isso mostra que 75% dos gestores federais consultados consideram que o órgão federal carrega grandes possibilidades de agir para a melhoria dos processos interfederativos e a consequente efetividade das suas políticas implantadas no território e fazem sugestões interessantes, coerentes e viáveis nessa perspectiva.

Quanto à Governança Integrada, a maior ênfase foi dada ao fortalecimento da capacidade do estado em executar a gestão regional e ao fortalecimento da coordenação federal, por meio da criação de meios que favoreçam ações de cooperação, corresponsabilidade, planejamento integrado e diálogo com a sociedade local (31%). Como desdobramento desse entendimento, 19% reiteraram a necessidade de manutenção do diálogo permanente entre as esferas de governo e da institucionalização das responsabilidades de cada ente, na execução das PN que escolheu implantar.

Ainda relacionadas à Governança Integrada, outras sugestões foram propostas por 13% dos colaboradores e trazem ideias potentes para que parcerias interfederativas sejam estabelecidas. Entre elas, qualificar a elaboração e o uso de planos de saúde para que subsidiem a elaboração de políticas alinhadas às demandas locais, e para que o resultado delas retroalimentem os novos planos. Aproximar o MS a estados e municípios, como coordenador

central das PN, por meio de servidores públicos como forma de sustentar os diálogos e as pactuações, mesmo com mudanças de governos. Qualificar equipes técnicas para atuarem com competência na adequação e execução das políticas. Instituir novo arranjo para o SUS, respeitando seus princípios doutrinários, para definir precisamente as relações interfederativas e os direitos e deveres de cada ente na execução das PN.

Seguindo nas sugestões relacionadas à Governança Integrada, também 13% consideram importante executar ações como: participar de discussões com parlamentares para apropriá-los das necessidades em saúde locais e evitar equívocos ou pressões políticas incoerentes; monitorar e avaliar as PN, definindo as prioridades para os planejamentos a partir da análise de indicadores nacionais produzidos e atualizados e articular permanentemente com a sociedade civil e acadêmica, para a elaboração, M&A de planos nacionais e o aprimoramento da relação intergovernamental e do modelo de governança pública dentro das instituições.

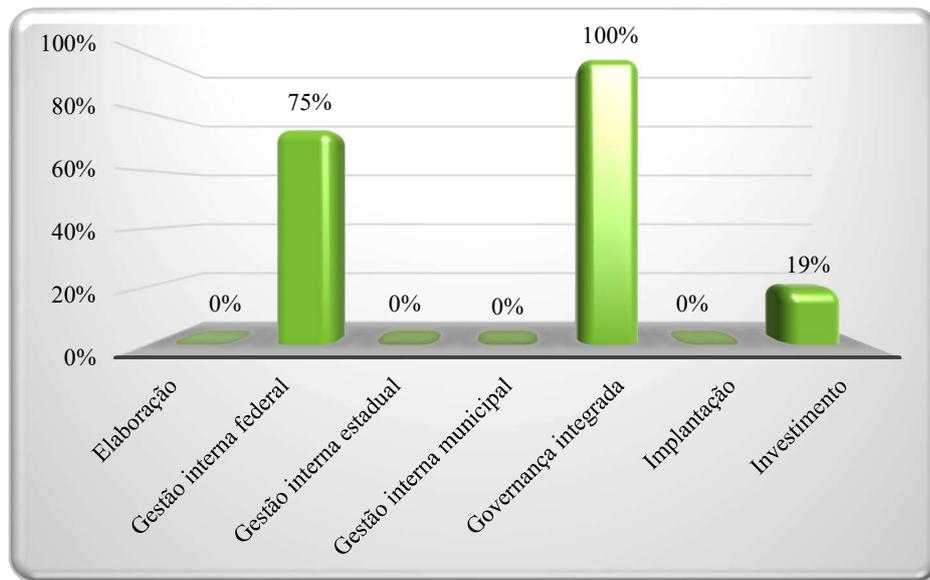
A Gestão Interna Federal recebeu sugestões de 75% dos membros do grupo. Aqui, o destaque foi para cuidados com uma implantação adequada (25%), para que sejam fornecidas orientações precisas e suficientes sobre a PN divulgada, os resultados pretendidos com sua execução e as condições para implementá-la. De posse dessas informações, os gestores subnacionais poderão decidir pela implantação da política e terão clareza sobre as necessidades de ajustes do texto nacional às condições e demandas locais, o que fortaleceria a continuidade da política no território.

Também, para 13 % dos respondentes, a instituição de processos interfederativos eficientes demanda ainda do órgão federal: ampliação da autonomia, da qualificação, da responsabilidade e dos vínculos não precários dos servidores federais, promovendo realocações para alinhamento de competências às pautas de atuação; investimento em tecnologia para monitorar os indicadores nacionais pactuados, que deverão nortear os instrumentos de gestão e ampliação e qualificação do diálogo com os órgãos de controle e da participação analítica de todas as áreas do MS nos planejamentos do órgão.

E para o macroprocesso Investimento, foram indicadas duas sugestões, que representam 19% dos gestores federais participantes da pesquisa: revisar a participação dos entes federados no financiamento do SUS, com investimento também em Consórcios Públicos (13%) e a execução equitativa do financiamento tripartite (6%).

O Gráfico 14 ilustra as respostas e evidencia visualmente o relato detalhado.

Gráfico 14 – Taxa de citação do macroprocesso para instituir parcerias interfederativas na execução de PN



Fonte: Dados da Pesquisa

É possível perceber com clareza que, para os respondentes, investir prioritariamente em Governança Integrada e na Gestão Interna Federal possibilitará avanços importantes para instituir processos interfederativos práticos, eficientes e viáveis.

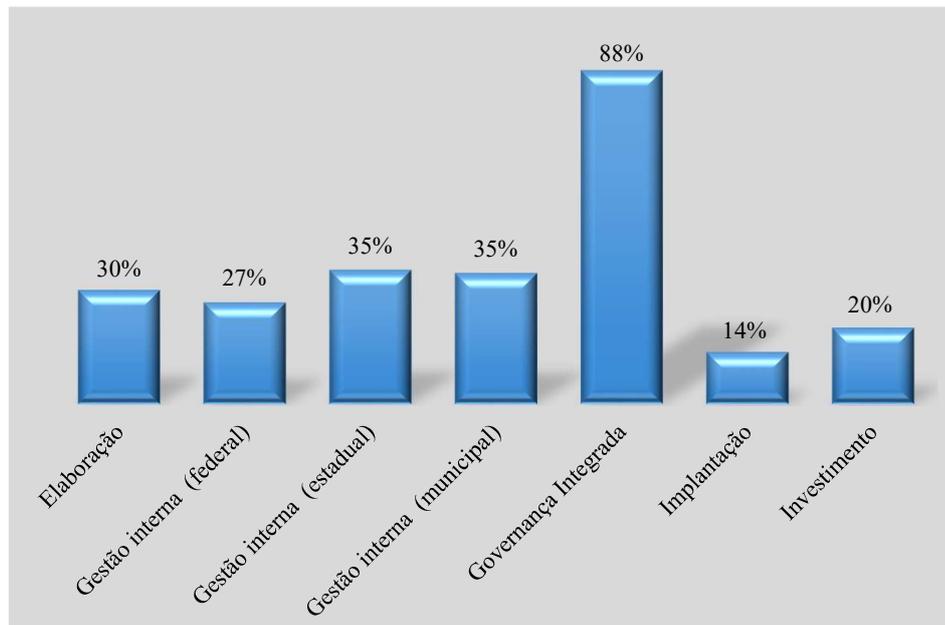
#### 4.1.4 Síntese Analítica das Contribuições Federais

Dentro da lógica argumentativa trazida pelos colaboradores, percebe-se a frequência de situações várias vezes reiteradas, ao analisarem a influência da parceria interfederativa e os desafios de uma governança integrada na implementação de PN. Isso sugere a importância conferida aos macroprocessos a que essas situações estão ligadas, como foi confirmado na consolidação dos dados.

Um desses pontos é a forte convergência para o macroprocesso Governança Integrada, que foi destaque em vários itens apresentados neste estudo. Essa convergência, reflete as lacunas processuais e instrumentais existentes no âmbito político, social, jurídico e administrativo, apesar da regulamentação existente. E indica o foco a ser dado para construir parcerias interfederativas amplas e fortalecidas, esperadas num federalismo cooperativo.

Com esse propósito, o Gráfico 15 traz a média de citação de cada macroprocesso nos sete cenários propostos no questionário encaminhado aos gestores federais, evidenciando o referido destaque.

Gráfico 15 – Média de citação do macroprocesso



Fonte: Dados da Pesquisa

Para 88% dos respondentes, a Governança Integrada é o ponto principal de atuação para a continuidade local das PN, por efetivar as forças que as parcerias interfederativas possuem no contexto de federalismo cooperativo vigente no país. Esse entendimento guarda coerência com os achados teóricos estudados sobre a influência entre o federalismo brasileiro, as normas do SUS e o tema estudado. Se o país possui uma forma de governo que impõe cooperação, interação, diálogo e pactuação contínua, e se a saúde é estruturada constitucionalmente por um sistema integrado, natural seria que os mecanismos e processos instituídos conduzissem a ações sustentadas, reguladas e responsabilizadas por um gerenciamento central das relações entre as partes interessadas.

Santos e Andrade (2011) admitem que o SUS é o exemplo mais acabado de federalismo cooperativo no cenário brasileiro. Seus princípios e diretrizes normatizados deixam claro que os interesses são comuns e indissociáveis e devem ser alinhados para que os interesses local, regional, estadual e nacional sejam respeitados. No SUS, todos são corresponsáveis pelos rumos da saúde e todos devem manter garantida sua autonomia.

Entretanto, ainda existe uma distância entre o que instituem as normas e a prática interfederativa. Conforme as percepções colhidas no grupo dos gestores federais, o governo federal ainda não se mostrou capaz de exercer uma coordenação nacional forte, os estados também não assumiram uma coordenação regional e uma articulação cooperativa entre os governos e os municípios ainda precisam avançar bastante para atingirem uma autonomia local suficiente.

Isso demonstra uma governança integrada frágil, pouco instrumentalizada, com parcerias interfederativas instáveis e um controle social vulnerável, como sinalizado pelos dados expostos, no que concordam Palotti e Costa (2011). Para a implantação de políticas nacionais, este é um cenário bastante desfavorável, retratando pactuações dependentes de um “eterno recomeçar”, como expressado pelos respondentes.

Todavia, como argumentaram alguns participantes da pesquisa, não há como excluir do processo de gestão de uma PN, o conflito entre os diversos atores e respectivos interesses que possuem, sejam ideológicos, políticos, financeiros ou outros. Essa multiplicidade pode revelar motivações distintas, dificuldades variadas e resultados diferentes para uma mesma política, caso não haja integração entre elaboradores e executores, apoio técnico cooperativo, acompanhamento permanente, participação social fortalecida e responsabilização ativa.

Considerando esse entendimento do grupo pesquisado e diante do contexto social, político e geográfico do país, a alternativa para imprimir maior efetividade na implementação de PN é instituir mecanismos integrados, que criem a cultura de cooperação permanente e construir relações intergovernamentais sustentáveis, que reflitam o respeito, a autonomia e a responsabilidade dos entes. Franzese (2010) compartilha dessa discussão, reforçando que as relações cooperativas intergovernamentais são caminhos para avançar na efetividade das PN em nível local.

Em palavras análogas, depreende-se que, para os gestores federais ouvidos, a eficácia da execução das políticas nacionais nos territórios é sustentada por processos de interação e tomada de decisão conjunta entre os atores envolvidos, ou seja, pela consolidação de uma governança integrada, instituída por parcerias interfederativas fortalecidas.

#### 4.2 DADOS DOS GESTORES LOCAIS

Em busca de conhecer como é concebida a implementação das PN e a articulação entre os entes federados para essa atividade, foi enviado um questionário (apêndice C) para consultar também gestores com experiência em atuação local, seja em secretarias estaduais, municipais ou no órgão federal sediado nas capitais do país (SEMS). Este segundo grupo, nomeados “gestores locais”, foi composto por profissionais federais atuantes na SEMS, gestores das SES e da SMS/COSEMS de cada estado brasileiro.

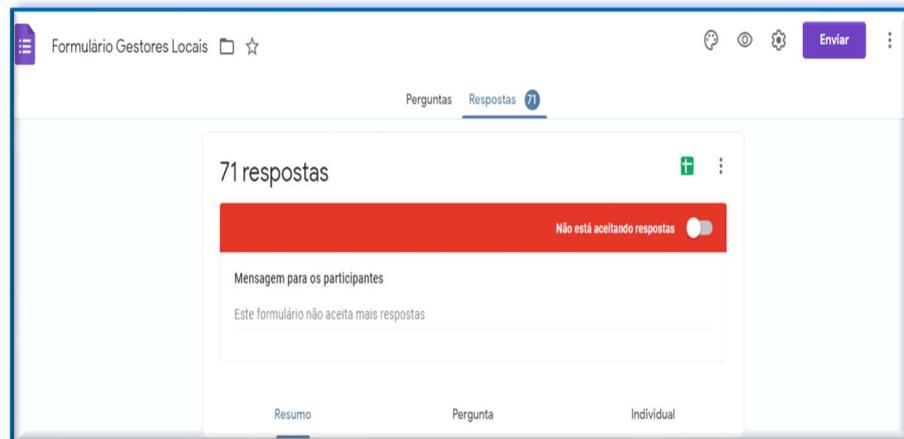
A principal motivação para a investigação com esse grupo de gestores foi identificar os modos como eles percebem, experienciam e significam esse fenômeno, pela visão que o

local de atuação lhes permite observar, com vistas a torná-lo mais explícito. Para isso, contou com a participação de gestores das três esferas de governo atuantes em todos os estados da federação, colhendo relatos, experiências e sugestões de formas mais efetivas de colaboração entre os entes federados, que permitam a continuidade local das PN, com tempo suficiente para alcançarem os resultados esperados.

O questionário utilizado para essa coleta (apêndice C) foi apresentado em três partes: (i) Caracterização Organizacional e Identificação do Participante, (ii) Políticas Nacionais de Saúde e (iii) Relações Inter federativas na Implementação de Políticas Nacionais de Saúde.

O público definido foi de 79 profissionais que vivenciam os processos relacionados às PN em âmbito local e às articulações que as envolvem, tendo sido encaminhado um questionário eletrônico para: 27 profissionais das SES e do Distrito Federal; 26 gestores de SMS representando cada estado; e 26 gestores federais que atuam nas SEMS em cada capital do país, conforme anunciado. Sendo assim, cada estado ficou representado por gestores ativos das três esferas, com exceção do Distrito Federal que participou apenas com um representante, considerando sua especificidade como ente federativo. Dessa amostra, foram recebidas 71 respostas (90%), como demonstra a Figura 3.

Figura 3 – Participação de gestores locais



Fonte: Dados da Pesquisa

Entre as 71 respostas encaminhadas, dois consultados (2,8%) declinaram da participação, como mostra a Figura 4. Assim a coleta foi finalizada com um total de 69 respostas às questões do questionário enviado, número considerado como o universo válido para a análise dos dados consolidados, que corresponde a 87% da amostra projetada para a pesquisa.

Figura 4 – Decisão sobre a participação local



Fonte: Dados da Pesquisa

Apesar da abstenção registrada, as respostas encaminhadas permitiram atingir o nível de conhecimento nacional pretendido, já que todos os estados ficaram representados (Gráfico 16), seja por gestor federal, estadual e/ou municipal, retratando as percepções gestoras de todo o país.

Gráfico 16 – Número de participantes por estado e região

Nordeste			Norte			Sudeste		Centro Oeste		
AL 3	BA 3		AC 3	AM 3		ES 3	MG 3		MS 3	MT 3
MA 3		PB 3	PA 3			RR 3		RJ 3		SP 3
CE 2		RN 2	AP 2		RO 2	TO 2		PR 3		RS 3
PI 3	PE 2	SE 2	Sul			SC 3		GO 2		DF 1

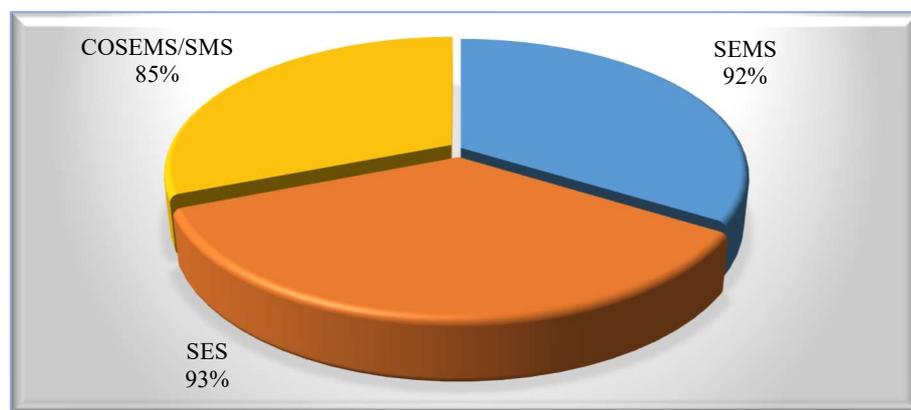
Fonte: Dados da Pesquisa

Considerando o cenário pandêmico e os desafios para contatar gestores em todos os níveis governamentais e com o perfil planejado, pode-se afirmar que a capilaridade nacional e a participação representativa de cada estado foram satisfatórias e suficientes para o objetivo do estudo.

#### 4.2.1 Caracterização Organizacional e Identificação do Participante

Tratando-se de dados qualitativos que expressam concepções individuais, originadas de vivências em espaços geográficos e institucionais diferentes, torna-se importante conhecer algumas características dos respondentes, assim como a qual órgão pertencem, para maior amplitude analítica. O Gráfico 17 apresenta a distribuição dos participantes pelas instituições locais pesquisadas: SEMS (federal), SES (estadual) e COSEMS/SMS (municipal).

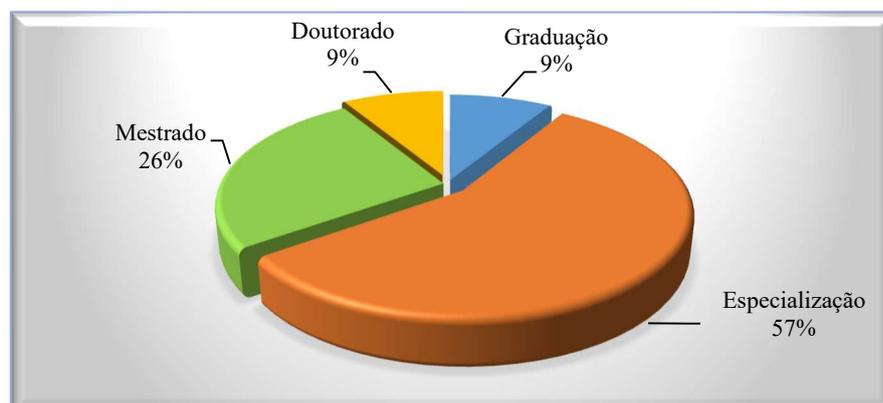
Gráfico 17 – Participação por instituição



Fonte: Dados da Pesquisa

Como pode ser observado, o estudo contou com uma participação equilibrada e expressiva em todas as instituições, contribuindo para a relevância dos dados coletados e possibilitando resultados equiponderados. Quanto ao nível escolar, o Gráfico 18 nos mostra que a maior parte dos consultados são pós-graduados/especialistas (57%), sendo a outra metade distribuída por mestres (26%), doutores (9%) e graduados, também com 9% dos respondentes.

Gráfico 18 – Formação Acadêmica dos respondentes



Fonte: Dados da Pesquisa

Com relação à profissão e/ou formação dos membros do grupo (Tabela 12), a Administração e a Enfermagem respondem juntas por 44% das áreas cursadas, sendo que os 56% restantes apresentam formações variadas, denotando a pluralidade de saberes que permeia os gestores consultados.

Tabela 12 – Participação por profissão/formação

<b>Formação</b>	<b>Percentual</b>
Administração	22%
Enfermagem	22%
Gestão	7%
Assistente social	7%
Direito	6%
Medicina	6%
Nutrição	6%
Psicologia	4%
Contabilidade	3%
Veterinária	3%
Engenharia	3%
Arquivologia	1%
Geografia	1%
Filosofia	1%
Fisioterapia	1%
Pedagogia	1%
Oficial das Forças Armadas	1%
Servidor público	1%
Relações Internacionais	1%
<b>Total</b>	<b>100%</b>

Fonte: Dados da Pesquisa

Os dados da Tabela 12 mostram ainda que um terço das profissões/formações citadas são da área da saúde. E vale também registrar que, no quantitativo da denominada “Gestão”, foram agregadas áreas específicas como gestão pública (2), de negócios (1), hospitalar (1) e de recursos humanos (1).

Assim como no grupo gestores federais, a temática presente nos debates acadêmicos sobre a formação profissional na saúde tem espaço também neste grupo gestores. A diversidade de formações constatada, confirma a necessidade de ampliar as discussões para extrapolar fronteiras individualistas, fomentar diálogos sobre a interprofissionalidade e promover a constituição de equipes interativas e colaborativas requeridas no trabalho em saúde.

Como mencionado, há de se possibilitar articulações para responder aos desafios dessas formações, considerando-as desde a perspectiva do trabalho interprofissional,

interinstitucional e intersetorial, para ampliação de possibilidades que atendam as diferentes realidades sociais. Os dados apurados apresentam ainda outra estratificação relacionada ao tempo de experiência profissional em saúde dos consultados, que se mostraram bastante experientes na área, com boa parte desse tempo dedicado à gestão, como informa a Tabela 13.

Tabela 13 – Participação por tempo de experiência profissional e em cargos de gestão em saúde

<b>Tipo</b>	<b>Tempo (em anos)</b>	<b>Percentual</b>
<b>Tempo de experiência profissional em Saúde</b>	menor que 1	1%
	1 a 3	1%
	4 a 10	22%
	11 a 20	20%
	acima de 20	55%
	<b>Total</b>	<b>100%</b>
<b>Tempo em cargo de gestão em Saúde</b>	menor que 1	1%
	1 a 2	7%
	3 a 5	29%
	6 a 10	26%
	acima de 10	36%
	<b>Total</b>	<b>100%</b>

Fonte: Dados da Pesquisa

Como visto, 75% dos participantes apontaram um período de atuação na saúde superior a 10 anos, sendo que desses, 55% trabalham a mais de 20 anos na área. Observa-se ainda que 62 % dos respondentes confirmam a atuação como gestores em saúde por mais de seis anos, enquanto 37% apresentam experiência gestora inferior a esse tempo.

De qualquer forma, é um tempo considerável na área, suficiente pra respaldar as percepções pesquisadas. Entretanto, em busca de maior coerência interpretativa sobre as opiniões encaminhadas, interessou conhecer a experiência gestora recente de cada respondente. Para isso, foi perguntado sobre o maior cargo ou função que atuou na área de saúde nos últimos 5 anos, cujos resultados são apresentados na Tabela 14.

Tabela 14 – Participação por cargo na saúde nos últimos 5 anos

<b>Cargo ou Função</b>	<b>Percentual</b>
Secretário/Superintendente (Estadual/Municipal/Federal)	39%
Chefe de Departamento/Coordenador	28%
Diretor/Gerente	19%
Coordenador-geral	7%
Assessor/Analista/Técnico/Administrador	7%
<b>Total</b>	<b>100%</b>

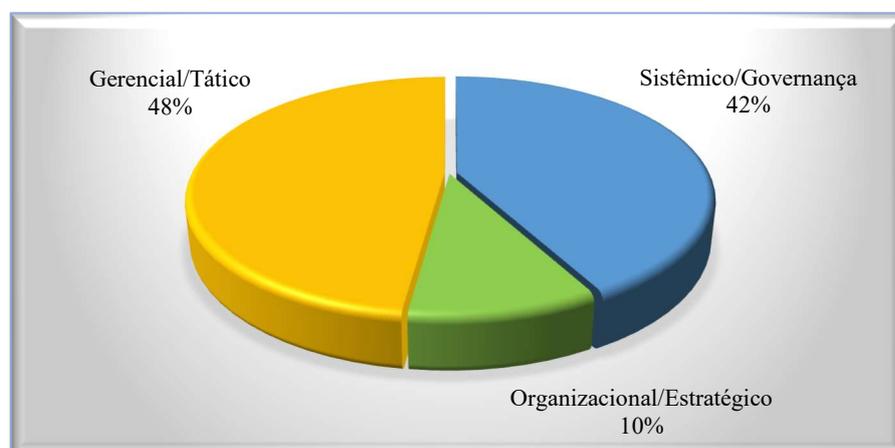
Fonte: Dados da Pesquisa

Para maior clareza na interpretação dos dados, mostra-se necessário informar que, pela diversidade de instituição e esfera governamental onde atuam os consultados, os cargos citados apresentaram nomes diferentes. Assim, foi realizada uma análise de acordo com o organograma da instituição representadas, para agrupar os cargos com o nome que mais se repetiu, respeitando a equivalência das atividades inerentes a cada um. Os cargos/funções ocupadas pelos respondentes e apresentados na Tabela 14 indicam uma participação significativa diante do objeto de estudo, considerando as competências e atividades inerentes, voltadas à articulação interfederativa, governança local e/ou à gestão de processos e equipes, implicados com políticas nacionais.

Os dados apontam também que secretários estaduais e municipais de saúde, somados aos superintendentes (federais, estaduais e municipais) representando 39% dos consultados. Os chefes de departamento das três esferas e coordenadores constituíram 28%. Em nível de diretoria e gerência foram 19% e as coordenações-gerais e os profissionais técnicos, 7% cada. Isso imprime significância às situações propostas no questionário, uma vez que são cargos que lidam diariamente com articulação de processos que envolvem o nível federal, o estadual e o municipal, como as PN.

Também, para maior alinhamento das experiências trazidas pelos respondentes, tendo em vista a diferença de nomenclatura dos cargos entre as instituições, interessou consultar o nível hierárquico de maior tempo de atuação como gestores de saúde. Para isso foram considerados três níveis: (i) Sistêmico ou de Governança, composto por implementadores de políticas, planejadores e reguladores; (ii) Organizacional ou Estratégico, formado por gestores de topo dos hospitais e serviços de saúde; e (iii) Gerencial ou Tático, integrado por gestores intermediários de setores e equipes, cujos registros estão apresentados no Gráfico 19.

Gráfico 19 – Participação por nível de atuação gestora em saúde

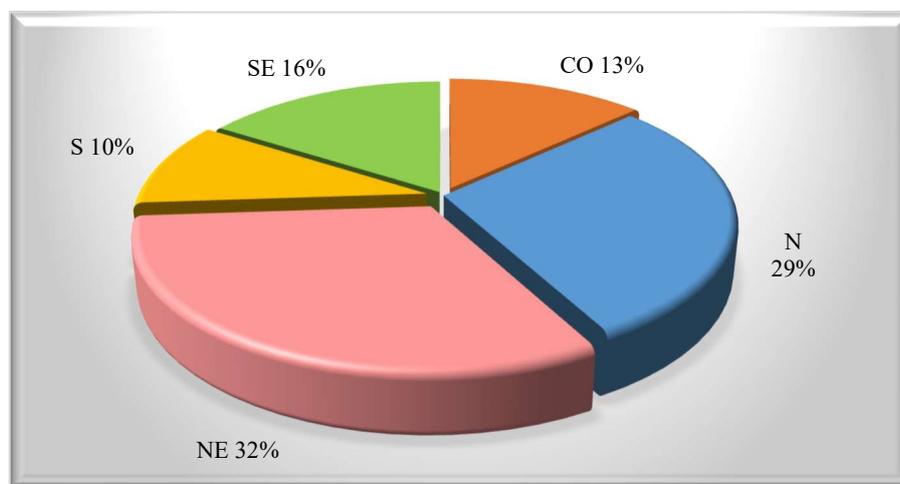


Fonte: Dados da Pesquisa

Como visto, existe uma relativa equivalência entre os níveis hierárquico Gerencial e Sistêmico, 48% e 42% respectivamente, e uma representação menor (10%) do nível Organizacional. Isso, em certa medida, já era esperado, tendo em vista o perfil selecionado ser mais conexo a questões táticas e de governança, do que à gestão de hospitais/serviços de saúde. Esse resultado ratifica a relevância das ponderações enviadas, tendo em vista ser uma pesquisa voltada a analisar o papel das parcerias interfederativas na implementação de PN, atividades inerentes aos níveis de gerenciamento e governança, cargos ocupados por mais tempo pelos consultados.

Posto isso, encerra-se o perfil, a instituição e a caracterização da atuação dos respondentes, concluindo ter sido um grupo formado por experientes gestores em saúde das três esferas governamentais, com vivência em articulação e gestão local e de níveis hierárquicos elevados nas estruturas institucionais onde atuam. Vale reiterar que foram consideradas 69 respostas válidas, cuja distribuição pelas regiões brasileiras está representada no gráfico 20, com representação da esfera federal, estadual e municipal em cada uma delas.

Gráfico 20 – Participação por região do Brasil



Fonte: Dados da Pesquisa

Como pode ser observado, o número de respondentes foi proporcional ao número de estados de cada região, demonstrando que a amostra atingiu todo o país, conforme planejado. Analisar as respostas com o olhar para a região a que pertencem, poderá trazer reflexões interessantes em próximos estudos, voltados para as especificidades e necessidades, demandas e possibilidades regionais.

A seguir, será relatada a contribuição do grupo, com a consolidação dos dados coletados, iniciando a segunda parte do instrumento utilizado.

#### 4.2.2 Situação Local das Políticas Nacionais de Saúde

Nesse item, os gestores foram consultados sobre cada uma das PN normatizadas, segundo a relação do MS, avaliando a situação de cada política a partir de quatro premissas propostas: (i) Sem informação, quando o respondente não conhece a PN ou não tem informações sobre a situação dela em seu estado/município; (ii) Não implantada, se conhece a PN e sabe que ela não foi implantada; (iii) Em execução, quando tem conhecimento que a PN foi implantada e continua em execução; e (iv) Descontinuada, quando a PN foi implantada mas não está mais em execução. Com a escolha permitida apenas para uma premissa, os resultados foram os que estão apresentados na Tabela 15.

Tabela 15 – Taxa de citação da situação local das PN vigentes

(Continua)

Nome da Política Nacional (PN)	Sem Informação	Não implantada	Em execução	Descontinuada
Política de Gestão de Integridade, Riscos e Controles Internos da Gestão	41%	22%	36%	1%
Política Nacional de Informação e Informática em Saúde	17%	14%	68%	1%
Política Nacional de Inovação Tecnológica em Saúde	28%	27%	45%	0%
Política Nacional de Aleitamento Materno	3%	3%	94%	0%
Política Nacional de Alimentação e Nutrição	6%	0%	93%	1%
Política Nacional de Assistência Farmacêutica	1%	0%	99%	0%
Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas	23%	19%	57%	1%
Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Neurológica	23%	17%	58%	2%
Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal	14%	12%	72%	2%
Política Nacional de Atenção às Urgências	1%	0%	99%	0%
Política Nacional de Atenção Básica	0%	0%	100%	0%
Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade	28%	16%	56%	0%
Política Nacional de Atenção de Alta Complexidade em Traumatologia-Ortopedia	25%	17%	57%	1%
Política Nacional de Atenção em Oftalmologia	12%	3%	84%	1%
Política Nacional de Atenção Hospitalar	7%	0%	91%	2%
Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança	0%	0%	100%	0%
Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher	1%	0%	99%	0%
Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional no Âmbito do Sus	12%	7%	81%	0%
Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória	47%	13%	39%	1%
Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem	7%	6%	86%	1%
Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias	28%	23%	46%	3%
Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras	34%	30%	35%	1%

(Conclusão)

Nome da Política Nacional (PN)	Sem Informação	Não implantada	Em execução	Descontinuada
Política Nacional de Atenção Integral em Genética Clínica	73%	17%	10%	0%
Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida	67%	16%	17%	0%
Política Nacional de Ciência Tecnologia e Inovação em Saúde	26%	35%	39%	0%
Política Nacional de Combate às Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis	0%	1%	98%	1%
Política Nacional de Contratação de Serviços de Saúde	10%	4%	86%	0%
Política Nacional de Educação Permanente em Saúde	0%	4%	91%	5%
Política Nacional de Educação Popular em Saúde	35%	16%	36%	13%
Política Nacional de Gestão das Tecnologias em Saúde	29%	25%	46%	0%
Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa	20%	13%	45%	22%
Política Nacional de Hospitais de Pequeno Porte	35%	17%	46%	2%
Política Nacional de Medicamentos	7%	3%	90%	0%
Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos	23%	19%	54%	4%
Política Nacional para a População em Situação de Rua	25%	26%	48%	1%
Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares	13%	17%	65%	5%
Política Nacional para Prevenção e Controle do Câncer	4%	1%	94%	1%
Política Nacional de Promoção da Saúde	1%	1%	98%	0%
Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista	36%	20%	41%	3%
Política Nacional de Redução da Morbidade por Acidentes e Violências	30%	20%	48%	2%
Política Nacional de Regulação do SUS	3%	6%	90%	1%
Política Nacional de Sangue, Componentes e Hemoderivados	6%	7%	87%	0%
Política Nacional de Saúde Bucal	1%	1%	98%	0%
Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência	4%	3%	91%	2%
Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa	6%	1%	91%	2%
Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora	9%	3%	74%	14%
Política Nacional Integral da População Negra	19%	16%	65%	0%
Política Nacional de Saúde Integral e Atenção à Populações do Campo, da Floresta e das Águas	52%	16%	29%	3%
Política Nacional de Saúde Integral e Atenção ao Povo Cigano/Romani	68%	19%	13%	0%
Política Nacional de Saúde Integral e Atenção de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais	13%	14%	68%	5%
Política Nacional de Saúde Mental	0%	4%	94%	2%
Política Nacional Segurança da Informação e Comunicações	28%	17%	55%	0%
Política Nacional de Transplantes/Sistema Nacional de Transplantes	7%	10%	83%	0%
Política Nacional de Vigilância em Saúde	0%	1%	99%	0%

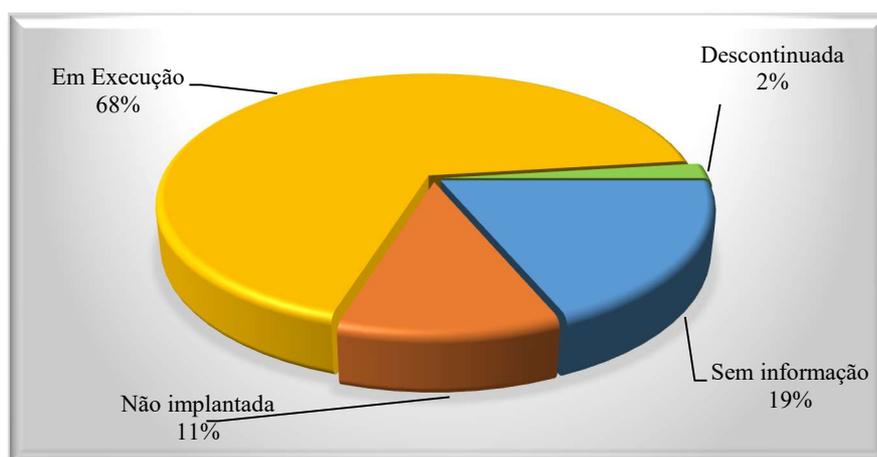
Fonte: Dados da Pesquisa

Examinando os dados expostos, é possível deduzir que algumas políticas são relativamente pouco identificadas, tomando como referência a informação dos gestores consultados que afirmaram não as conhecer. Entre as citadas por pelo menos 50% dos gestores estão: Atenção Integral em Genética Clínica (73%), Saúde Integral e Atenção ao Povo

Cigano/Romani (68%), Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida (67%) e Saúde Integral e Atenção à Populações do Campo, da Floresta e das Águas (52%).

Por outro lado, existem políticas que se destacam por permanecerem em execução, com taxa de citação acima de 90%, sendo que, nessa situação, as políticas mais mencionadas foram: Atenção Básica e Atenção Integral à Saúde da Criança que continuam sendo executadas, segundo 100% dos participantes; Assistência Farmacêutica, Atenção às Urgências, Atenção Integral à Saúde da Mulher e Vigilância em Saúde com 99% de citação; e Combate às Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis, Promoção da Saúde e Saúde Bucal citadas por 98% dos participantes. Foi nesse grupo que ficou concentrada a maior taxa média de citações (68%) das PN, como ilustra o Gráfico 21.

Gráfico 21 – Média de citação das PN por situação local



Fonte: Dados da Pesquisa

Uma situação que merece atenção para melhor entendimento é relativa às políticas informadas como não implantadas. Interessante refletir sobre os motivos que levam à não adesão local a políticas que propõem formas de enfrentamento a temas tão relevantes. Com um recorte em pelo menos 20% de citação como não implantadas, estão as políticas: Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (35%), Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras (30%), Inovação Tecnológica em Saúde (27%), População em Situação de Rua (26%), Gestão das Tecnologias em Saúde (25%), Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias (23%), Gestão de Integridade, Riscos e Controles Internos da Gestão (22%) e Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista e Redução da Morbidade por Acidentes e Violências, ambas com 20%.

Parecem taxas pequenas, porém se somadas à situação “Sem informação” dessas mesmas políticas, as taxas sobem para 50% a 76% de gestores que informam o

desconhecimento ou a não existência dessas políticas no território onde atuam, apesar da relevância dos assuntos a que se referem. Quanto à descontinuidade, 56% das políticas tiveram sua execução local interrompida, segundo os respondentes, sendo que três delas foram mais citadas: Gestão Estratégica e Participativa (22%), Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (14%) e Educação Popular em Saúde (13%).

Como exposto, na visão dos membros deste grupo de consulta, 68% das 54 PN vigentes estão em execução nos territórios. Vale lembrar, que o objetivo desse item foi compreender como os gestores locais – federais, estaduais e municipais – percebem a condição local de cada PN, relacionada aos processos de implantação (se conhece a política ou se foi implantada) e implementação (se está em execução ou foi descontinuada), para acrescentar elementos à análise sobre as influências das parcerias interfederativas nesses processos. Não foi questionado sobre os motivos da não implantação ou da descontinuidade e nem mesmo a qualidade ou o quão efetiva tem sido essa execução, visto que não fazem parte dos objetivos desse estudo.

Porém, alguns elementos se revelaram importantes objetos para análise em uma nova pesquisa, como investigar especificamente as condições de execução de cada política, o processo de M&A dessa implementação, seus resultados, ou ainda, como se deu a divulgação, a adesão e a implantação das PN, para comparar às condições de execução identificadas. Esses entre outros elementos sinalizam como o campo requer investigações e estudos que tragam conhecimento para possibilitar avanços.

#### **4.2.3 Relações Interfederativas na Implementação de PN**

Nesta última parte do questionário foram apresentadas quatro questões, sobre as relações entre os entes federados na execução local de PN. A solicitação foi para que os participantes analisassem as atividades interfederativas propostas em cada questão, a partir do entendimento que as normativas do SUS preveem uma gestão solidária, cooperativa e compartilhada entre instituições federais, estaduais e municipais do SUS. Ao final, foi solicitado que deixassem suas percepções e sugestões acerca dos desafios para uma governança integrada na execução efetiva das políticas públicas nacionais de saúde em âmbito local.

Todas as situações propostas nas questões referidas foram inspiradas no conjunto dos documentos normativos e referenciais bibliográficos citados neste estudo, que indicam formas efetivas de gestar a saúde no Brasil. As percepções enviadas estão expostas a seguir, organizadas a partir de cada questão.

#### 4.2.3.1 Boas Práticas Interfederativas para a Implementação de PN

Nesta questão estão sintetizados os passos para elaboração, implantação e implementação de um PN em todo o território nacional, com coerências aos princípios e diretrizes do SUS e às boas práticas de governança pública integrada.

Foram sugeridas sete práticas para serem analisadas pelos participantes, com a orientação de marcar a opção que mais retratasse o entendimento sobre cada prática, dentre as quatro alternativas fornecidas: (i) Desconheço o uso dessa prática, (ii) Pouco praticada, (iii) Praticada na maioria das vezes e (iv) Sempre praticada.

E para colaborar na consolidação, interpretação e exposição dos dados, as práticas foram sintetizadas em conceitos reduzidos e relacionadas à fase da PN mais concernente. As respostas recebidas estão consolidadas e apresentadas na Tabela 16.

Tabela 16 – Taxa de citação do grau de (in)suficiência de práticas interfederativas na execução de PN

(Continua)

Macro processos	Práticas Propostas	Desconheço o uso dessa prática	Pouco praticada	% de insuficiência	Média de insuficiência por macro processo	Sempre praticada	Praticada na maioria das vezes	% de suficiência	Média de suficiência por macro processo
Elaboração	Ministério, estados e municípios mantêm canal de diálogo permanente sobre as necessidades de saúde locais e utilizam essa base para descrever e propor formatos e ferramentas viáveis para superá-las.	20%	39%	59%	57%	15%	26%	41%	43%
	Uma nova PN é elaborada com a participação de colegiados representativos (conselhos, comissões intergestores etc.), onde todos expressam as necessidades e possibilidades do setor que representam.	23%	32%	55%		28%	17%	45%	
Governança Integrada	O Ministério firma parceria com o estado para monitorar a execução de uma PN na rede estadual e/ou municipal, contribuindo com a adequação dos instrumentos e processos às necessidades e possibilidades locais.	17%	44%	61%	64%	16%	23%	39%	36%

(Conclusão)

Macro processos	Práticas Propostas	Desconheço o uso dessa prática	Pouco praticada	% de insuficiência	Média de insuficiência por macro processo	Sempre praticada	Praticada na maioria das vezes	% de suficiência	Média de suficiência por macro processo
Governança Integrada	Mesmo não aderindo à execução de uma PN em sua rede, o estado articula a oferta dela a seus municípios, disponibilizando suporte às equipes municipais que decidirem executá-la, em cooperação com o ministério.	39%	22%	61%	64%	19%	20%	39%	36%
	Ministério, estados e municípios realizam a avaliação da política executada, analisando os resultados para tomada de decisão sobre sua continuidade local.	23%	46%	69%		19%	12%	31%	
Gestão Interna Federal	Após a publicação de uma nova política, o ministério divulga suas diretrizes, requisitos e resultados esperados com sua execução.	4%	13%	17%	17%	35%	48%	83%	83%
Gestão Interna Estadual	Caso o estado se interesse por implantar uma PN em sua rede, pactua o apoio federal para sua equipe, assumindo e adequando sua execução.	4%	36%	40%	40%	22%	38%	60%	60%

Fonte: Dados da Pesquisa

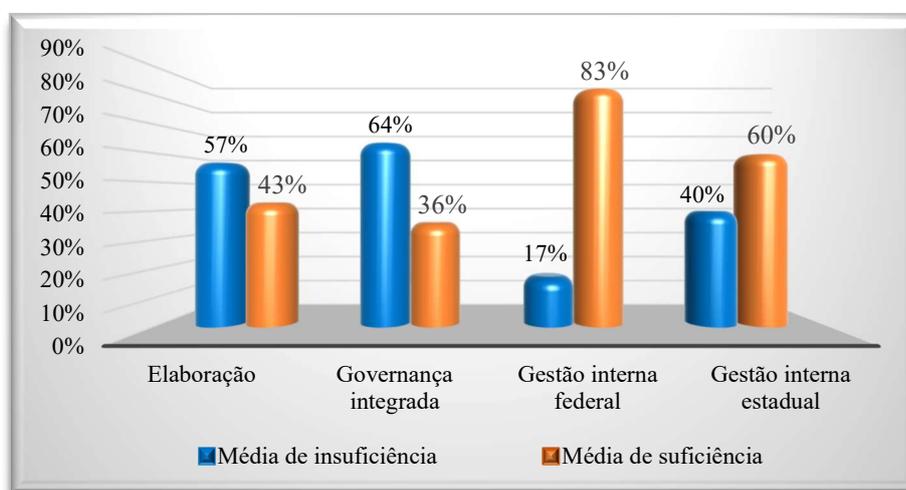
As práticas acima descritas expressam o que se espera dos entes federados para executarem adequadamente os ciclos de uma PN, possibilitando as melhorias esperadas, enquanto os dados coletados indicam o quanto disso é feito ou não, de acordo com as percepções dos respondentes. Nesse sentido, a articulação do ente estadual em cooperação com o MS, para ofertar uma PN a seus municípios e disponibilizar apoio para sua adequada execução foi a prática mais desconhecida entre os respondentes (39%).

Da mesma forma, o apoio interfederativo entre MS e estados para monitorar e apoiar a execução local da PN e a Governança Integrada entre os três entes para avaliar essa execução foram as práticas apontadas como as mais insuficientes, com citação de 44% e 46%, respectivamente. Todas essas práticas dizem respeito a uma dificuldade comum: insuficiência de apoio aos municípios, seja estadual, federal ou compartilhado.

Por outro lado, o esforço do MS para divulgar as políticas foi reconhecido como adequado e quase sempre praticado por 48% dos gestores e outros 35% consideram que é sempre praticado da forma como foi descrito, totalizando 83% de suficiência para a Gestão Interna Federal, sobre divulgação das PN. Também, como destaque de suficiência, a Gestão Interna Estadual alcançou uma média de 60% de citação como suficiente nos processos de implantação, no que se refere à articulação e parceria com o ente federal para preparar as equipes estaduais e adequar as PN, conforme as demandas e possibilidades locais.

Entretanto, ao agrupar as percepções coletadas, a articulação entre os entes para um apoio interfederativo adequado, que permeia a Governança Integrada, foi dada como insuficiente por 64% na média das citações, enquanto que a construção colegiada de uma PN a partir de um diagnóstico participativo, que deve compor uma Elaboração, foi considerado insuficiente por 57% em média. Ambos os macroprocessos são fundamentais para que a execução ocorra com coerência frente às necessidades e condições locais, evitando vários fatores de descontinuidade já expostos no estudo. O Gráfico 22 ilustra essa tendência, pela média das taxas de citação das práticas propostas.

Gráfico 22 – Média de citação do grau de (in)suficiência do macroprocesso na execução de PN

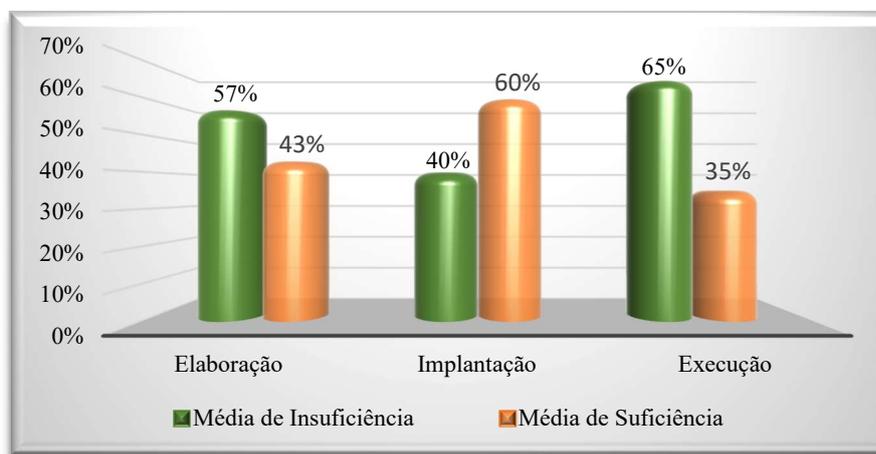


Fonte: Dados da Pesquisa

Nas práticas relacionadas à Elaboração e à Governança Integrada, as taxas médias de citação apontadas como suficientes estão abaixo da metade dos participantes (43% e 36% respectivamente), o que demonstra não haver concordância relativa que possa identificar um conjunto de boas práticas interfederativas para a implementação de PN nesses macroprocessos. O mesmo não se repete com a Gestão Interna Federal (83%) e a Gestão Interna Estadual (60%), que denota maior consonância de entendimento para a suficiência, como já detalhado.

Para tornar mais visível em que fase da política os consultados consideram estar as maiores insuficiências, o Gráfico 23 trouxe os mesmos dados reagrupados pelos três principais ciclos de uma política: elaboração, implantação e implementação, por média de citação.

Gráfico 23 – Taxa média de citação do grau de (in)suficiência das práticas interfederativas nos ciclo de PN



Fonte: Dados da Pesquisa

Segundo os dados, as fases de elaboração e de execução são as mais críticas, por terem as práticas relacionadas a elas mais citadas como insuficientes. A fase de implantação foi apontada como a mais suficiente, impulsionada pela Divulgação, considerada a etapa melhor executada por quase metade dos gestores, reforçada pela Articulação federal-estadual, como já demonstrado.

Em síntese, o destaque positivo neste item está para a atuação do governo federal em divulgar suas políticas e na ação dos estados para pactuar o apoio federal para implantar as PN em sua rede. Porém, esse mesmo apoio, só que entre o estado e seus municípios foi considerado insuficiente por 61% dos respondentes, sendo que 39% deles afirmam desconhecerem essa prática. Isso é uma informação relevante, considerando que as PN demandam esse apoio dos estados a seus municípios para perdurarem, tendo em vista a dificuldade do órgão federal em se aproximar de todos os entes, com a regularidade necessária para fornecer apoio direto federal-municipal. Quando os estados não cumprem esse papel, o resultado é o que foi apontado pelos gestores: apoio interfederativo frágil e uma governança integrada pouco exercida.

Nas próximas questões serão esclarecidos mais detalhes sobre a interfederatividade nos processos de execução de PN, na percepção dos gestores consultados.

## 4.2.3.2 Gestão Intergovernamental para a Execução de PN

A análise realizada nesse item indicou o grau de articulação, cooperação e responsabilização dos gestores do SUS para a implementação das PN, por meio da escolha de uma das opções: (i) Desconhecido ou Inexistente, (ii) Insuficiente e (iii) Suficiente, como especificado na Tabela 17. Seguindo o mesmo padrão, as atividades gestoras propostas foram também sintetizadas e relacionadas às fases das PN, para apresentações gráficas passíveis de comparação.

Tabela 17 – Taxa de citação da qualidade de atividades gestoras interfederativas na execução de PN  
(Continua)

Macro processos	Atividades Gestoras	Síntese	Desconhecido ou Inexistente	Insuficiente	Suficiente
Elaboração	O modelo de participação coletiva usado pelo Ministério para a elaboração das PN, envolvendo os 3 entes federados.	Construção coletiva	22%	46%	32%
Governança Integrada	A articulação federal com CONASS e CONASEMS para divulgar e pactuar a implantação de PN em estados e municípios.	Pactuação com CONASS e CONASEMS	3%	46%	51%
	A interação entre ministério, estados e municípios para identificação de necessidade local da política e das condições/interesses para sua execução.	Diagnóstico local	17%	67%	16%
	O apoio e suporte do ministério a estados e municípios para a execução de PN em seus territórios.	Apoio federal a estados e municípios	2%	75%	23%
	O Ministério acompanha a execução das PN nos territórios, para auxiliar na adequação de seus processos às necessidades locais.	Acompanhamento federal na execução	26%	52%	22%
Gestão Interna Estadual ou Municipal	O gestor local que decidiu implementar a PN em seu território, se apropriada da ideia, promove as adequações necessárias e assume sua execução.	Adequação local	11%	59%	30%
Gestão Interna Estadual	O apoio e suporte do estado a seus municípios para a execução de PN em seus territórios.	Apoio estadual a municípios	25%	52%	23%
Gestão Interna Municipal	A decisão do estado/município pela continuidade ou não da execução da PN em seu território é baseada na proposta de solução das demandas locais sobre a saúde da população.	Continuidade baseada nos resultados da PN.	16%	56%	28%

Fonte: Dados da Pesquisa

Mais uma vez fica evidenciada a dificuldade de articulação interfederativa para fortalecimento dos processos de elaboração, implantação e execução de PN. Nesse item, alguns pontos são citados com destaque pela insuficiência com que são executados, agravados por taxas consideráveis de inexistência ou por serem desconhecidas pelos gestores consultados.

A elaboração coletiva das políticas, com a participação dos três entes federados, para que as necessidades locais sejam conhecidas e contempladas no texto surgente foi citada por 46% como insuficiente, e mais 22% que afirmaram não conhecerem essa ação (68% no total). A carência de interação entre as três esferas para identificar os locais que realmente tenham necessidade da PN, além de condições e interesse para sua execução (67%), somada ao desconhecimento dessa ação (17%), totalizou 84% de citação.

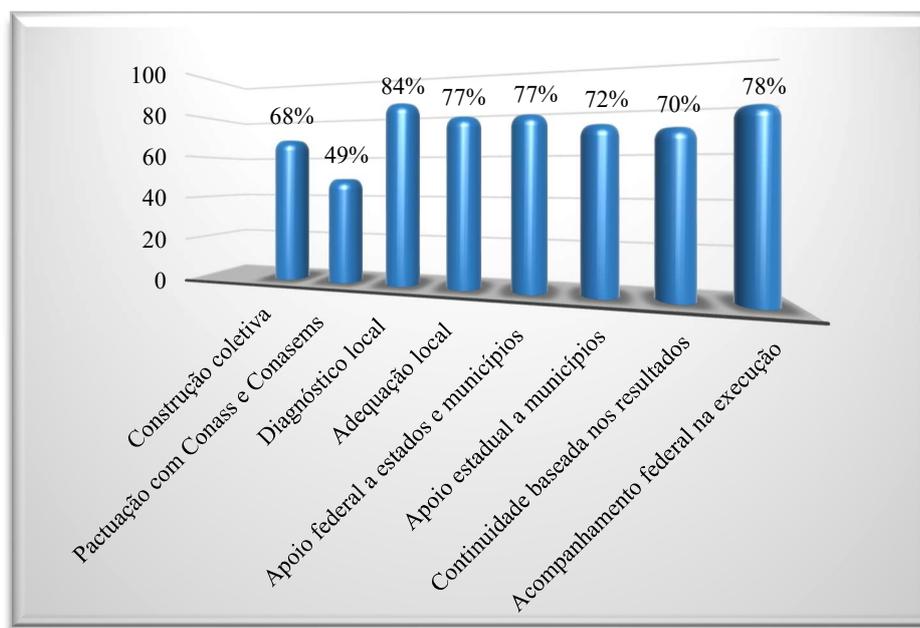
A falta da gestão local se apropriar da política, realizando as adequações que tragam maior viabilidade e efetividade na execução (59%), com 11% de gestores que alegam ser uma prática inexistente onde atuam, somando 70%. O apoio federal insuficiente a estados e municípios, para dar suporte à execução das PN, que foi citado por 75% dos consultados e tendo mais 2% afirmado desconhecerem essa atividade.

Também o apoio dos estados a seus municípios alcançou uma soma de 77% de citação, sendo 52% daqueles que citam a inexistência dessa atividade e 25% que desconhecem esse apoio estadual. Foram 56% que identificam que a continuidade das PN é pouco definida pelos resultados que apresenta, com outros 16% que não reconhecem essa prática, somando 72%. E por fim, a escassez do acompanhamento federal à execução das PN, apoiando estados e municípios nas adequações necessárias (52%) evitando descontinuidade, somando ainda 26% que afirmam ser uma prática inexistente, atingindo 78% na somatória.

Os dados ainda indicam que, quando o foco é colocado no que é suficiente, a prática que mais se destacou pela maioria dos respondentes é a articulação federal com CONASS e CONASEMS. O que justificou esse destaque foi a capacidade de divulgar adequadamente as PN e pactuar sua implantação em estados e municípios, que foi citada por 51% dos participantes.

Porém, essa mesma atividade foi citada por 46% como insuficiente e mais 3% que declaram ser desconhecida, totalizando 49% de insuficiência, sendo muito próxima da avaliação positiva que recebeu. O Gráfico 24 ilustra esse registro de desconhecimento ou inexistência somado à frequência ou qualidade insuficiente da atividade gestora, segundo os participantes da pesquisa.

Gráfico 24 – Taxa de citação da inexistência/insuficiência das atividades gestoras para a efetividade de PN



Fonte: Dados da Pesquisa

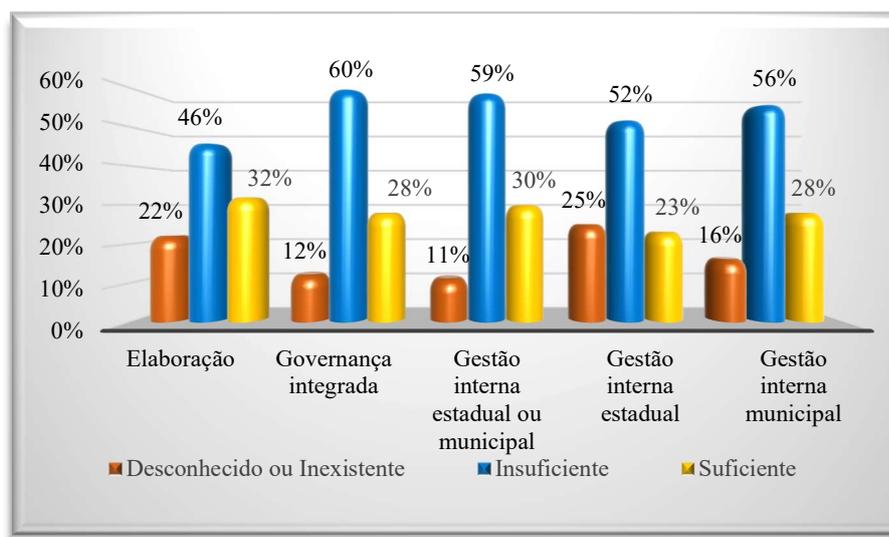
Interessante observar os relatos sobre práticas, teoricamente basilares para uma gestão pública, serem citadas com taxas tão altas de inexistência ou mesmo de insuficiência. A consolidação das percepções apontou para oito dessas atividades gestoras, sobre as quais ficaram concentradas a maioria das opiniões dos consultados

Dessa forma, as principais ações apontadas como não praticadas, pelo menos não com a suficiência necessária são: a realização de um diagnóstico local para identificar a real necessidade da PN, as adequações necessárias e as condições locais para sua execução, com acompanhamento federal; a integração dos entes para elaborar políticas focadas nas necessidades e condições locais, com participação tripartite; o apoio estadual a seus municípios, como também o apoio do MS aos entes subnacionais e a ação dos gestores locais em imputar para si a responsabilidade de criar as possibilidades para a continuidade da PN que aderiu.

Vale reiterar que, para contribuir na melhoria dessas situações, poderia ser usada a pactuação com CONASS e CONASEMS, bem-conceituada por 49% dos gestores, tendo em vista a articulação e a capilaridade que possuem nos territórios, fortalecendo a parceria profícua com o MS.

Os dados coletados nesse item permitem concluir que as atividades gestoras que deveriam ser rotina para garantia da efetividade das PN, são insuficientemente praticadas com prevalência importante em todos os macroprocessos considerados, como apresentado no Gráfico 25.

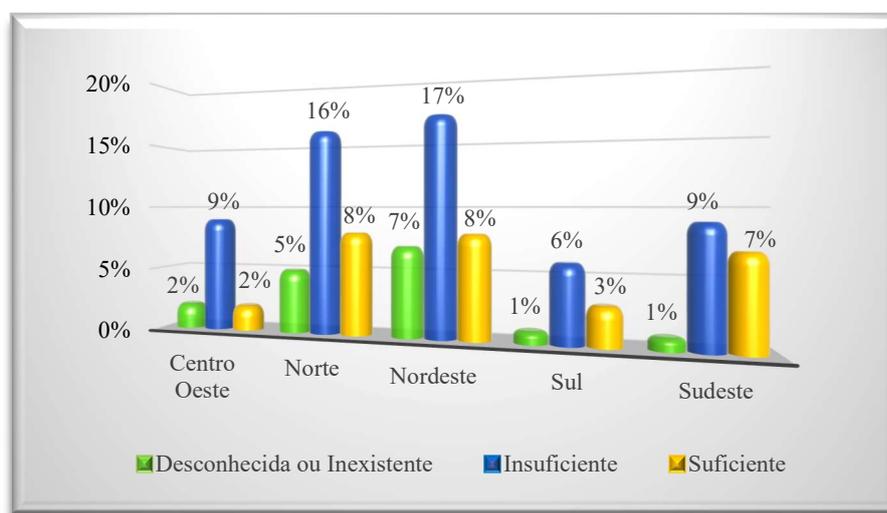
Gráfico 25 – Média de citação da qualidade do macroprocesso para a efetividade das PN



Fonte: Dados da Pesquisa

As informações expostas evidenciam a primordialidade de buscar alternativas para existência, com suficiência, de práticas fundamentais à continuidade e efetividade das políticas implantadas. Vale ainda registrar a distribuição da média dessas citações por região, apresentada pelo Gráfico 26, considerando o universo de 69 participantes nacionais.

Gráfico 26 – Média de citação da qualidade das atividades gestoras interfederativas por região



Fonte: Dados da Pesquisa

A notória diferença das percepções por região, indica que o impacto dessas atividades não é o mesmo nas regiões brasileiras. Os motivos dessa diversidade poderão suscitar questionamentos importantes como ponto de partida para novas pesquisas, assim como

direcionar ações com foco nessas diferenças, poderá trazer maior efetividade ao esforço de apoiar os entes federados.

#### 4.2.3.3 Continuidade da Execução Local de PN

Considerando que as diretrizes de uma política nacional foram definidas por serem potencialmente capazes de atender às demandas e necessidades locais, e que sua implantação foi facultativa ao gestor quando decidiu aderir a ela, foi solicitado aos consultados que analisassem o grau de interferência de algumas situações na (des)continuidade da execução local de uma PN. Em cada proposta analisada, as opções de escolha seguem uma escala qualitativa crescente, definida como: (i) Não interfere, (ii) Interfere pouco e (iii) Interfere muito. E, continuando na linha analítica proposta, os dados foram sintetizados e agrupados por fase da PN a que estão mais alinhados e exibidos no Tabela 18.

Tabela 18 – Taxa de citação do grau de interferência de situações processuais na (des)continuidade local de PN

Fase da PN	Situação proposta	Síntese	Não interfere	Interfere pouco	Interfere muito
Implantação	Divulgação ampla e clara da política, esclarecendo sobre as condições locais mínimas necessárias para sua execução, os resultados esperados e o prazo para que eles sejam alcançados.	Divulgação adequada	6%	12%	82%
	Implantação da PN decidida apenas em âmbito político, gerando conflitos de interesses na gestão seguinte.	Adesão em âmbito político	5%	26%	69%
Execução	Eficiência dos resultados da política executada para resolver os problemas locais.	Resultados eficientes	8%	30%	62%
	Descontinuidade político-administrativa dos gestores locais.	Mudanças de gestão	5%	19%	76%
	Financiamento federal interrompido, insuficiente ou ausente para a execução da política.	Financiamento Inadequado	3%	22%	75%
	Complexidade dos processos propostos pela política, diante da capacidade técnica, econômica e/ou administrativa local.	Complexidade dos processos	3%	24%	73%
	Articulação contínua entre ministério, estado e município para acompanhamento da execução da PN em âmbito local.	Acompanhamento interfederativo	3%	11%	86%

Fonte: Dados da Pesquisa

Este foi o item que apresentou a maior concordância entre os participantes da pesquisa. Como pode ser observado, em todas os processos propostos para análise, no mínimo 62% dos respondentes consideram serem situações que interferem muito na (des)continuidade local das PN implantadas.

Pela ênfase identificada, a análise se deteve no grau mais alto de relevância, mas vale registrar que para 30% dos citantes, a eficiência dos resultados da política em resolver os problemas locais interfere pouco na decisão de continuar ou não com sua execução e 8% consideram que não interfere. Essas são as maiores taxas dessas duas opções da escala proposta.

Curioso verificar nesse resultado que, sendo a solução dos problemas locais o principal motivo da existência de uma política, tenha sido essa a situação proposta que recebeu a maior taxa de citação para pouca ou nenhuma influência na continuidade de uma política. O racionalmente esperado seria que essa fosse a situação que mais deveria influenciar na decisão gestora de continuar ou não a execução de uma PN, considerando que o alcance dos resultados e metas é sua principal finalidade.

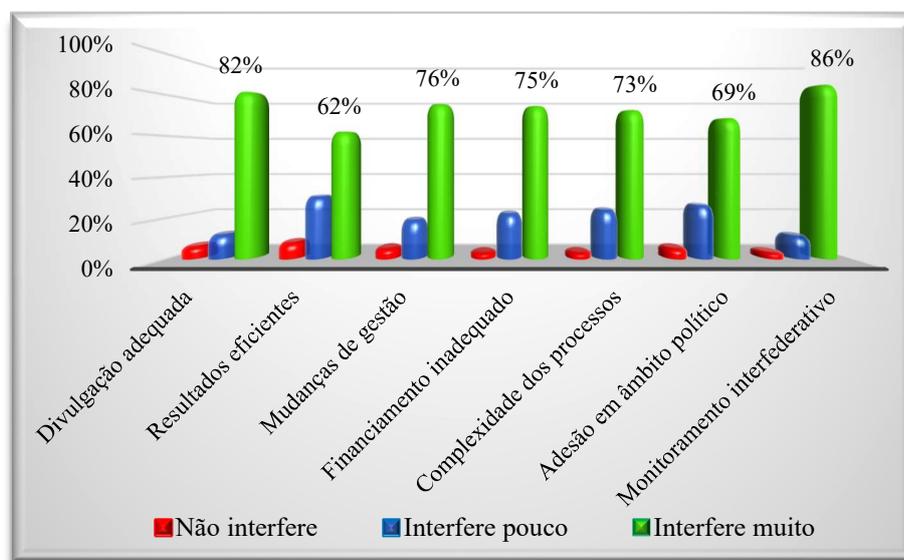
Mas não foi o que os dados revelaram. Isso pode estar sinalizando que outros fatores menos relevantes para as demandas de saúde locais, interferem mais que os resultados alcançados com uma PN, no entendimento desses respondentes, o que seria uma indicação impulsora para novo estudo.

Para efeito de registro das situações consideradas mais influentes para que uma PN tenha tempo para operar os resultados que se propôs estão a divulgação ampla e clara das condições locais mínimas necessárias para executar adequadamente a política, bem como os resultados que se pode esperar dela e o prazo para que eles sejam alcançados (82%).

Também a articulação permanente entre ministério, estado e municípios para acompanhar a execução da política teve uma citação elevada (86%). Isso reflete o quanto essas atividades influem no esforço integrado de prover apoio técnico aos municípios e promover os ajustes necessários durante o processo de implementação.

O Gráfico 27 evidencia esses percentuais, apresentando as situações relatadas consolidadas em sete situações e destacando visualmente o entendimento consonante dos consultados. É evidente a ênfase para o alto grau de interferência atribuído a todas as situações, sugerindo olhar cuidadoso das esferas gestoras.

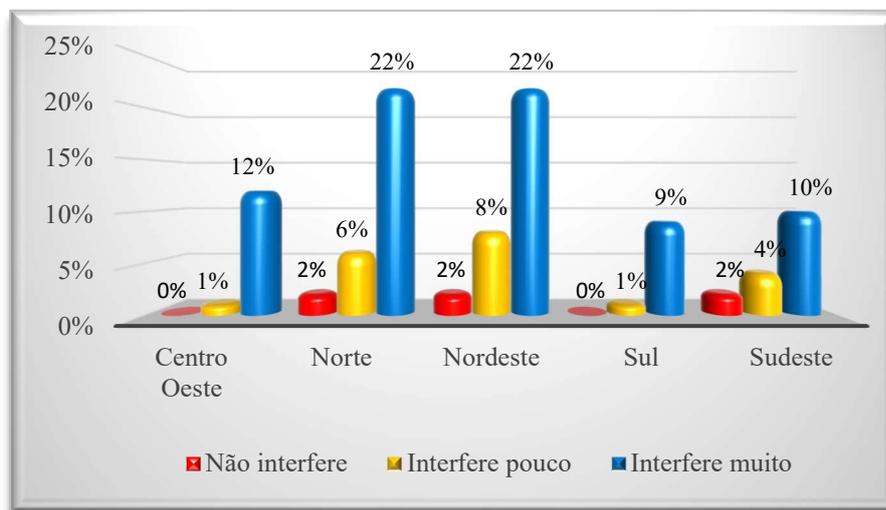
Gráfico 27 – Taxa de citação do grau de interferência de situações processuais na (des)continuidade de PN



Fonte: Dados da Pesquisa

Torna-se também interessante visualizar essa preponderância das influências relacionadas sobre a (des)continuidade local das PN, por região dos citantes, como destacado no Gráfico 28.

Gráfico 28 – Média de citação do grau de interferência de situações processuais na (des)continuidade de PN por região



Fonte: Dados da Pesquisa

Nessa análise da média de citação por região, a percepção dos gestores evidenciou que as situações propostas interferem muito na decisão local de continuar ou não com uma PN, em todas as regiões, com uma larga diferença para os demais graus. Mas é interessante observar que as regiões norte e nordeste, ambas com 22% de média de citação, sentem muito mais essa

interferência do que as demais regiões, chegando a ultrapassar o dobro das médias das citações, quando comparadas ao sul (9%) e sudeste (10%). Entender melhor as causas dessas diferenças de entendimento pode ser uma possibilidade para uma nova pesquisa contribuir na superação da descontinuidade das PN em âmbito local.

#### 4.2.3.4 Situações Impactantes para uma Governança Integrada

Neste item final do questionário, foi proposto um espaço aberto para que os participantes registrassem sua compreensão sobre situações impactantes para uma governança integrada na execução efetiva das políticas públicas nacionais de saúde em âmbito local, apontando obstáculos, desafios e sugestões para instituir processos interfederativos práticos, eficientes e viáveis.

Os gestores consultados encaminharam preciosas contribuições, tendo em vista o conhecimento e prática que possuem na vivência diária do objeto pesquisado, sendo que apenas um deles registrou não ter nada a acrescentar neste item, totalizando 68 respondentes. Foram 273 contributos enviados, apontando obstáculos, desafios e sugestões que impactam na qualidade e força das parcerias interfederativas na implementação de políticas nacionais de saúde, pela visão que os participantes possuem, de acordo com o *locus* institucional e geográfico onde atuam.

Vale ressaltar que 22% dos respondentes enalteceram o objeto da pesquisa. Consideram que essa iniciativa pode conduzir a discussões importantes para mudanças estruturais na governança da saúde e ressaltando a necessidade de provocar olhares para esse tema, ainda carente de processos formalmente concebidos e institucionalizados.

Todas as percepções encaminhadas foram analisadas, para extrair as contribuições específicas para o estudo, sendo posteriormente sintetizadas e agrupadas conforme a similitude que guardam, e organizadas por macroprocessos. Isso resultou em: (i) uma relação com os desafios e sugestões compartilhadas, expostos na Tabela 19 e (ii) um extenso e valioso rol de obstáculos identificados que, pelo reconhecimento de sua importância e agradecimento por tamanha contribuição, teve espaço para registro de todos os temas referenciados pelos respondentes, com as adaptações textuais necessárias para integrar as contribuições análogas.

Tabela 19 – Desafios e sugestões para a execução efetiva de PN

(Continua)

Macro processo	Desafios e Sugestões	Percentual de citação por motivo	Percentual médio de citação por macro processo
Elaboração	Apoio do estado para identificação das demandas de saúde de seus municípios, bases para elaboração de políticas coerentes e focadas na solução das necessidades identificadas, com definição clara das condições locais disponíveis para a execução e das possibilidades de apoio técnico para as possíveis adequações, para a elaboração de PN que considere a lógica de execução a partir das especificidades reais do ente executor.	49%	49%
Implantação	Colaboração interfederativa para desenvolver e compartilhar instrumentos e processos de gestão que simplifiquem os processos de execução e o acompanhamento de seus resultados, ampliando a capacidade técnica de apoio federal e estadual aos municípios.	26%	52%
	Qualificação de gestores estaduais e municipais para exercer as responsabilidades assumidas na adesão, com definição clara das formas de responsabilização daqueles que interromperem a execução de uma política necessária a seu território, sem justificativa técnica admissível.	54%	
	Apoio estadual para divulgação qualificada das políticas ofertadas, apresentando com clareza sua finalidade, resultados previstos, condições mínimas para execução e formas de apoio técnico necessário, para subsidiar a decisão local sobre a adesão e a implantação.	75%	
Gestão Interna Federal	Fortalecimento da atuação do MS no território, por meio da reestruturação das SEMS para sustentar o apoio institucional integrado e a articulação interfederativa local na implementação das políticas e demais agendas nacionais em todo o país.	34%	26%
	Qualificação da comunicação interna do MS e de suas áreas técnicas com SEMS, SES e SMS, para consolidar uma atuação federal assertiva, prática e focada na execução das PN.	18%	
	Instituição de processos federais padronizados para M&A dos resultados e impactos das PN implantadas, produzindo manuais com orientações técnicas e metodológicas sobre índices e indicadores de M&A, para subsidiar decisões gestoras em todos os níveis governamentais, além de provocar reflexões sobre o papel do Sistema Nacional de Auditoria (SNA) para aperfeiçoar atividades de Controle e Avaliação.	26%	
Gestão Interna Estadual	Cumprimento da função interfederativa do estado de apoiar a implantação e execução das PN em seus municípios, em parceria com o MS, mantendo apoio técnico para acompanhar e aprimorar essa execução e estabelecendo fluxo de cooperação permanente, com a participação dos colegiados regionais.	78%	78%
Gestão Interna Municipal	Comprometimento do gestor local em internalizar e assumir a política implantada, com o entendimento da importância dos seus resultados para melhoria da saúde da população, buscando prover as condições e apoio interfederativo para manutenção de sua adequada e contínua execução.	63%	63%

(Conclusão)

Macro processo	Desafios e Sugestões	Percentual de citação por motivo	Percentual médio de citação por macro processo
Governança Integrada	Instituição da coordenação nacional das PN exercida pelo Ministério, em parceria com estados, municípios, conselhos e controle social, com participação tripartite equânime, permanente e fortalecimento da regionalização.	76%	79%
	Consolidação da parceria com CONASS, CONASEMS/COSEMS para fortalecer a governança entre o estado e seus municípios, por meio de processos interfederativos, como a criação de uma agenda única para preservar a continuidade das PN, mantendo acordos já estabelecidos durante as mudanças político-administrativas.	82%	
	Fortalecimento da regionalização, tendo o estado como elo interfederativo e o Ministério como organizador central para conduzir as PN, implantando ferramentas de controle da efetividade das equipes, acompanhamento avaliativo dos resultados e promoção de trocas de experiências exitosas entre os entes, para fomentar a cooperação e disseminar boas práticas de governança integrada.	90%	
	Instituição e manutenção de uma rede de comunicação e cooperação permanente entre governos e sociedade, tendo como base as discussões e acordos locais já firmados, submetidos ao controle, M&A dos corresponsáveis pelas políticas implantadas.	85%	
	Instituição de grupos técnicos de gestão compartilhada com mecanismos de gestão interfederativa para tomada de decisão macrorregional e manutenção de uma rede de colaboração que apoie a execução, o controle e avaliação das PN.	88%	
	Redesenho das relações interfederativas para constituir uma governança integrada ativa, com a definição clara das responsabilidades, papéis e responsabilizações de cada ente e as formas de acompanhamento e avaliação das políticas implantadas, viabilizando o apoio técnico local.	94%	
	Fortalecimento da participação efetiva das comissões e conselhos de saúde como apoiadores e interlocutores na implementação das PN, capacitando seus membros para exercerem uma representatividade atuante, com <i>feedbacks</i> permanentes sobre as necessidades dos representados.	56%	
	Efetivação da gestão digital do SUS e do planejamento regionalizado e integrado, vinculando as emendas parlamentares aos objetivos e planejados e intensificando o controle da execução das metas pactuadas, para praticar a governança das PN e demais ações tripartites.	59%	
Investimento	Identificação da necessidade e suficiência do financiamento de políticas estratégicas e dos critérios de rateio de recursos, segundo as necessidades locais.	9%	17%
	Desenvolvimento de sistemas de informação confiáveis, acreditados, acessíveis e integrados.	31%	
	Financiamento descentralizado para utilização em necessidades específicas, com participação das CIR e do controle social e acompanhamento tripartite.	12%	
	Qualificação técnica de profissionais e gestores para atuarem na gestão de políticas, com criação de carreiras específicas de gestão, concursos públicos com curso de formação específica para o cargo e com vínculos formais que possam contribuir para a longitudinalidade e estabilidade das PN.	15%	

Fonte: Dados da Pesquisa

A seguir, é apresentada a relação com os obstáculos para a instituição de processos interfederativos eficientes na execução de PN, citados pelos respondentes e com redação adaptada pela consolidação realizada:

- a) falta de clareza na divulgação das PN sobre os resultados que ela pretende alcançar, os prazos e condições locais mínimas para que isso aconteça, a forma do apoio técnico que será disponibilizado e os instrumentos de M&A de todo o processo, para acompanhar os resultados e impactos que deveriam ser a base da tomada de decisão gestora para aderir ou não à política;
- b) falta de acompanhamento intergovernamental da execução para comprovar a eficiência ou não da política executada em resolver os problemas locais, divulgando a necessidade ou não de sua continuidade, já que resultados inócuos podem ser provocados muitas vezes por execução inadequada e não por ineficiência da política;
- c) descontinuidade político-administrativa dos gestores locais que provoca a descontinuidade das políticas implantadas;
- d) financiamento federal interrompido, insuficiente ou ausente para a execução da política;
- e) complexidade dos processos propostos pela política, diante da capacidade técnica, econômica e/ou administrativa local;
- f) implantação da PN decidida apenas em âmbito político, gerando conflitos de interesses na gestão seguinte;
- g) fragilidade na articulação contínua entre ministério, estado e município para acompanhamento da execução da PN em âmbito local;
- h) divergências políticas e ideológicas envolvidas na arena de decisão, que impactam em todos os ciclos de uma PN;
- i) problemas estruturantes de gestão e planejamento em todas as esferas;
- j) falta de recursos humanos, de sistemas integrados e de comunicação sistemática entre as áreas técnicas do MS, das SEMS, das SES e das SMS;
- k) subordinação das PN a situações político-institucionais, muitas vezes ampliadas por mudanças nos paradigmas governamentais dos entes federados, que impactam em uma efetiva governança integrada;
- l) carência de instrumentos de M&A integrados, controlados, organizados e divulgados pela coordenação central do Ministério da Saúde, para disponibilizar dados e informações confiáveis e atualizados sobre as PN implantadas, suficientes para nortear decisões das três esferas de governo;

m) qualificação deficitária e/ou interesse de profissionais e gestores envolvidos com a implementação local das PN, potencializada pela falta de apoio técnico estadual e federal, que muitas vezes culmina com sua descontinuidade.

Diante das contribuições enviadas, é possível comprovar a intrínseca coerência entre os obstáculos listados, as situações desafiadoras relatadas e as sugestões para superá-las, com nítida demonstração de vivência dos participantes em situações relacionadas ao tema proposto na pesquisa. Um ponto comum se destaca no entendimento dos 68 respondentes, de forma expressa ou tácita: os desafios para que os processos interfederativos favoreçam uma boa governança intergovernamental e a consequente efetividade das políticas implantadas são amplos e multifacetados, demandando olhares diferenciados e tratamento pormenorizado, conforme cada realidade. Isso imprime ainda maior complexidade aos obstáculos e às sugestões a serem consideradas.

Nesse cenário de desafios plurais, três macroprocessos se destacam pelo potencial de impacto na articulação interfederativa suficiente para uma execução efetiva de uma PN, segundo os gestores consultados: a Governança Integrada (79% da média de citações), a Gestão Interna Estadual (78%) e a Gestão Interna Municipal (63%). São médias altas e refletem uma concordância importante, na amostra com representatividade nacional e interfederativa adotada.

Porém, alguns desafios e/ou sugestões se destacam ainda mais, dentro desses macroprocessos. Em referência à Governança Integrada, apenas ilustrando com os três destaques mais eminentes, o maior desafio está na necessidade de definir com clareza as responsabilidades de cada ente, as formas de acompanhamento e avaliação das políticas e o controle, pelo Ministério, de uma responsabilização pactuada (94% de citação). Para 90% dos gestores é necessário fortalecer a regionalização, tendo o Ministério como organizador central na condução das PN, apoiando o estado como elo para orientação e acompanhamento aos municípios. Esse desenho daria cumprimento à legislação de regência do SUS, que detalha a ordem constitucional do federalismo cooperativo.

Também, a valorização de decisões macrorregionais, fortalecida por uma rede de colaboração técnica para controlar, avaliar e apoiar a execução, com mecanismos de gestão interfederativa e compartilhada foi recomendada por 88% dos consultados. Ainda outros desafios e sugestões são citadas com relevância, merecendo apreciação cuidadosa de toda a descritiva exposta.

A Gestão Interna Estadual foi considerada o segundo macroprocesso mais relevante desse item, citado por 78% dos participantes. Trata da realização da função do estado em

assumir e apoiar a implantação e execução das PN em seus municípios, em parceria com o MS, apoiando e acompanhando a execução, num fluxo de cooperação permanente e fomentando a participação dos colegiados regionais. Essa função interfederativa foi lembrada também em outros macroprocessos, reforçando a importância transversal desse papel do estado para o alcance dos resultados propostos pelas políticas nacionais.

Processos relacionados à Gestão Interna Municipal e à Implantação das PN também foram apontados pela maioria dos respondentes, com percentuais médios de citação na ordem de 63% e 52% respectivamente. Na Gestão Interna Municipal, a ênfase foi para o comprometimento e interesse do gestor local em internalizar e assumir a execução da PN, compreendendo a importância de sua continuidade de seus processos para a saúde da população local, o que pode significar a premência de buscar apoio estadual e/ou federal para uma execução adequada.

Já na Implantação, a maior relevância (75%) ficou para o apoio do estado ao Ministério para a divulgação clara de todas as condições de implementação e os benefícios e compromissos que podem advir para o município que aderir, comprometendo-se – o estado – com o necessário apoio técnico a seus municípios. Também importa registrar que 54% dos respondentes observaram a necessidade de qualificar gestores estaduais e municipais para exercerem seus papéis, com clara ciência dos processos de responsabilização daqueles que não cumprirem com o pactuado.

No outro extremo percentual, encontram-se os dois macroprocessos menos citados. Na Gestão Interna Federal, com 26% da média de citação, processos importantes foram lembrados como: a reestruturação das SEMS para sustentar o apoio institucional integrado e a articulação interfederativa local, fortalecendo atuação do MS no território (34%); a instituição de processos federais padronizados para M&A, para acompanhar os resultados e os impactos das PN implantadas, com a retomada da produção de manuais sobre índices e indicadores nacionais considerados (26%) e a qualificação da comunicação interna do ente federal e de suas áreas técnicas com SEMS, SES e SMS, para focar a atuação do MS na execução das PN (18%).

E, encerrando a análise desse item, observa-se mais uma vez uma certa imprevisibilidade relativa ao Investimento, já que um dos mais recorrentes discursos informais é a supremacia da falta de recursos financeiros na descontinuidade das PN. Também neste grupo de consulta, os processos relacionados ao Investimento tiveram a menor média de citação (17%) como impacto na execução das políticas. Nesse segmento, vale ainda registrar a necessidade de investimento para o desenvolvimento de sistemas de informação confiáveis, acreditados, acessíveis e integrados, considerado por 31% dos gestores, assunto que também integra outros

macroprocessos, por influenciar diretamente na capacidade de M&A e na qualidade do controle da execução das políticas em todo o país.

#### **4.2.4 Síntese Analítica das Contribuições Locais**

Os dados apurados neste grupo, que contou com a participação de gestores municipais, estaduais e federais de todos os estados da federação, reafirmam que as percepções dos consultados, apesar das diferentes experiências em diferentes regiões geográficas, refletem a consonância dos desafios vividos para implementar localmente as políticas nacionais de saúde. Nesse sentido, algumas situações se mostraram muito presentes, tanto nas categorias descritivas propostas, como entre os gestores nos diferentes níveis governamentais que representam, indicando uma transversalidade importante em todo o país, assentadas obviamente em determinadas prevalências já expostas.

No relato desses achados mais frequentes, encontram-se recomendações importantes como uma maior aproximação e qualificação do diálogo entre elaboradores de PN e os executores, tendo o Ministério como coordenador nacional e o estado como elo com seus municípios. Isso possibilitaria identificar as reais necessidades locais, divulgar os resultados propostos pela política para a solução de quais problemas específicos e revelar as peculiaridades locais como as demandas, o tempo e as condições técnicas, humanas, políticas e financeiras para levar aos resultados esperados com a qualidade de sua execução. Além disso, permitiria disponibilizar o apoio necessário para identificar a necessidade de alterações nos processos, pactuar a diretriz nacional nas três esferas e com o controle social, definindo o que fazer, como fazer e sob a responsabilidade de quem. Por fim, instituir formas de responsabilização, instrumentos de controle, de monitoramento e de avaliação em cada nível de governo e até mesmo decidir por encerrar a política quando já mostrar suficiência de seus propósitos ou demonstrar ineficiência para aquela realidade.

Também merece destaque, o processo de divulgação federal, que inicia a fase de implantação de uma nova PN. Para grande parte dos consultados, esse processo se mostra suficiente, apesar do conteúdo insuficiente dessa divulgação ter sido apontado como obstáculo para uma execução eficiente das políticas. Assim, o apoio federal aos estados, avaliado como suficiente, mas não eficiente, deveria ser sequenciado pelo apoio estadual a seus municípios, mas não foi isso o constatado.

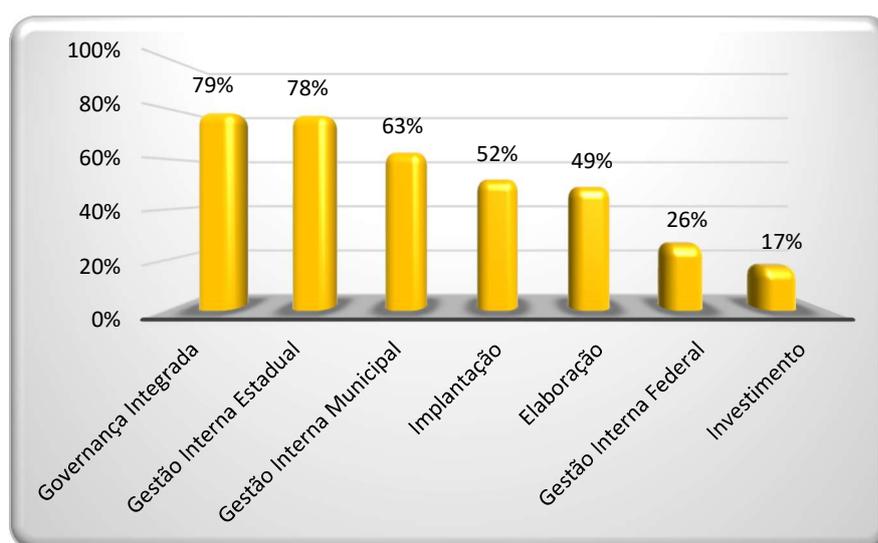
Na opinião dos consultados, é notória a insuficiência do apoio técnico estadual para apoiar o MS na divulgação aos municípios, de forma a deixar claro aos gestores municipais se

realmente existe necessidade da política em sua rede e se possuem as condições e possibilidade exigidas para executá-la adequadamente. Isso deveria ser basilar para a decisão local de aderir ou não à política, mas pelos dados, não é.

A exemplo desses recortes, é possível sintetizar alguns silogismos, na visão dos participantes. Entre os que mais se repetiram, está a composição de uma estrutura de governança integrada consolidada a partir de uma estrutura de gerenciamento das relações interfederativas, de pactuações de processos que envolvem desempenho e responsabilidades e a institucionalização de mecanismos e instrumentos para controle, monitoramento e avaliação.

Finalmente, a análise da percepção central dos respondentes permite visualizar a dimensão do impacto de cada macroprocesso analítico proposto nos desafios identificados e nas sugestões oferecidas, conforme representado no Gráfico 29.

Gráfico 29 – Média de citação dos desafios e sugestões



Fonte: Dados da Pesquisa

Com esse mapeamento dos resultados trazidos pelos gestores que vivenciam a implantação e execução das políticas nacionais de saúde, resta evidente a importância da articulação entre os entes para um apoio interfederativo suficiente e eficiente, representados pela Governança Integrada (79%) e a Gestão Interna Estadual (78%) e a Municipal (63%). Segundo os gestores participantes, esses macroprocessos são decisivos para que a execução ocorra com coerência, frente às necessidades e condições locais, evitando vários fatores de descontinuidade já expostos no estudo.

### 4.3 PERCEPÇÕES FEDERAIS E LOCAIS: AFINIDADES E ASSIMETRIAS

Os resultados trazidos por este estudo foram apresentados segundo os grupos de gestores federais e locais entrevistados, com relatos agrupados nos macroprocessos descritos. Neste item, a intenção é estabelecer um diálogo entre esses grupos, estabelecendo proximidades e distâncias entre as percepções encaminhadas. Assim, integrando as citações de cada macroprocesso pelos dois grupos, foi possível consolidar as contribuições, obtendo comparativos interessantes entre as esferas de atuação ou mesmo entre as regiões, assim como uma visão nacional do objeto estudado.

Diante do entendimento alcançado, restou evidente que o federalismo instituído no Brasil não foi suficiente para produzir uma coordenação local, regional e nacional das políticas nacionais de saúde. De acordo com as normas do SUS e para cumprir com suas diretrizes, esperava-se uma governança integrada entre os entes para implantar e implementar a política elaborada, com a disponibilização de processos e instrumentos para sua adequada utilização e controle. Todavia, foi consenso entre os gestores federais e locais que o esperado não se realizou na prática, com a integralidade e a universalidade normatizada.

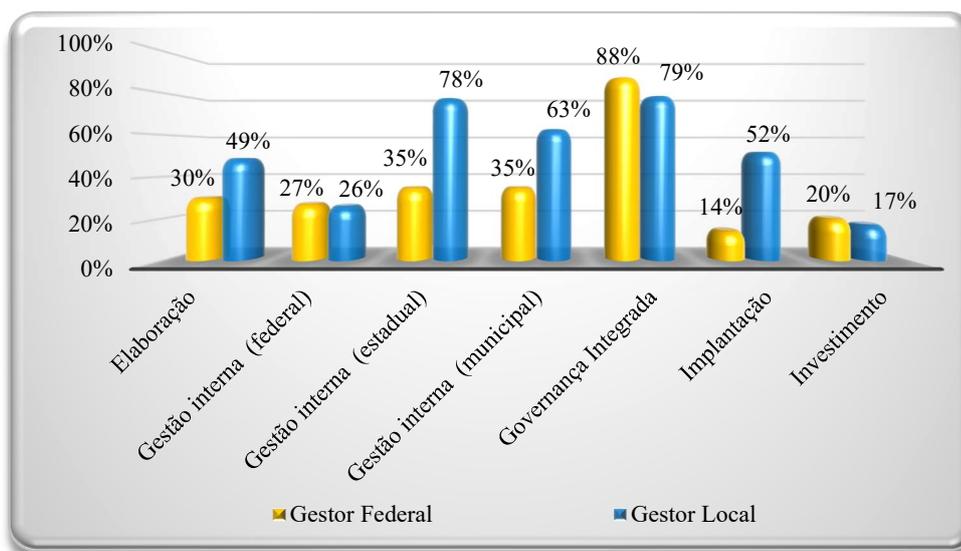
Os grupos pesquisados, indicaram que a complexidade de problemas estruturais requer soluções pautadas, não apenas pela ação articulada entre estados e municípios, mas também pela efetiva atuação do governo federal, especialmente na diversificação de políticas, e que essas se relacionem às necessidades de saúde e às dinâmicas gestoras locais. Com isso, as falhas apontadas na coordenação nacional, somadas à inaptidão dos estados para coordenar as políticas implantadas em seu território e à fragilidade gestora municipal, impactam nos resultados da PN e na unidade nacional do SUS. Revelam ainda que a insuficiência, ou até inexistência, de mecanismos processuais indicam que a qualidade coordenativa é diretamente afetada pela forma como as parcerias federativas estão estruturadas.

Com afirmação análoga, Santos e Andrade (2007) reiteram que o aparente paradoxo entre autonomia e rede interfederativa somente poderá ser solucionado se operado por fluxos consensuados, que estabeleçam uma coordenação pactuada ativa, fortalecida por decisões colegiadas interfederativas. Nesse sentido, os relatos indicam que a continuidade e resolutividade das PN perpassam por processos inerentes a desenhos interfederativos e relações intergovernamentais efetivamente instituídas. Essa interfederatividade, quando fortalecida, pode possibilitar pactuações de competências e responsabilidades já previstas na política e amplamente esclarecidas na divulgação, com resultados que respondam às necessidades locais.

Vale registrar aspectos importantes sobre essas relações entre as esferas, trazidos por Abrucio e Franzese (2007), quando demonstram a interferência do modelo federativo na gestão de políticas públicas, sem a devida integração e a definição das responsabilidades. Na visão dos autores, esse fluxo federal-estadual-municipal para implementar uma política pública não acontece regularmente. O mesmo foi relatado pelos gestores, que incluíram ainda as dificuldades em estabelecer essa rede colaborativa, por insuficiência de modelos processuais que consigam levar efetividade e eficiência à execução das diretrizes instituídas. Isso dificulta o acompanhamento das fases e dos resultados alcançados por cada política implantada e a consequente avaliação da necessidade de continuação, reestruturação ou mesmo a descontinuidade em nível local ou mesmo nacional.

Para ilustrar esse entendimento num foco comparativo, o Gráfico 30 demonstra a importância desses processos, considerados como macroprocessos nessa pesquisa, para a implementação de uma política nacional, ressaltando o entendimento de cada grupo.

Gráfico 30 – Média de citação da importância dos macroprocessos por grupo pesquisado



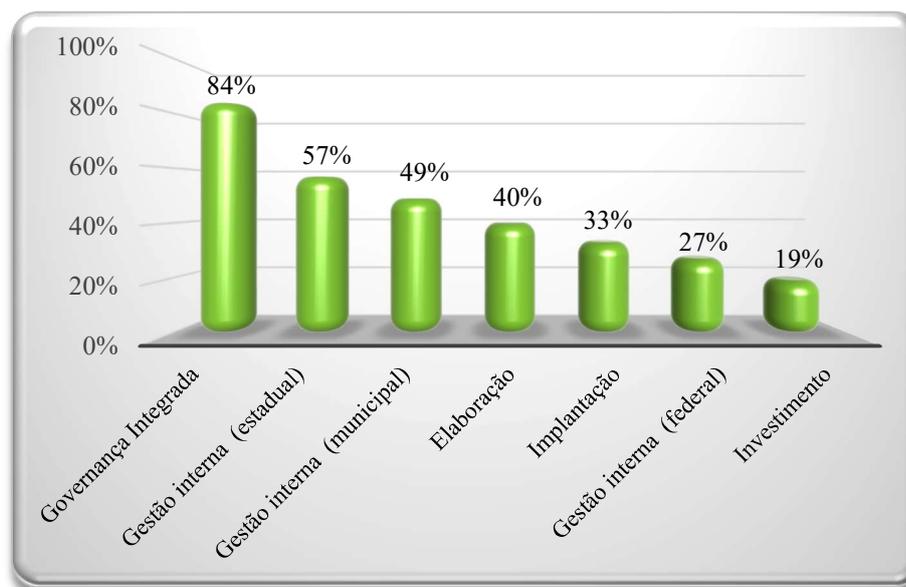
Fonte: Dados da Pesquisa

Os dados, agrupados segundo a média de citação entre os gestores consultados, retratam o significativo destaque da Governança Integrada, tanto para os gestores federais (88%) como para os locais (79%). Interessante perceber que a importância de processos relacionados à Gestão Interna local (estadual e municipal) e à Implantação são mais fortemente relatados pelos gestores locais. Isso encontra eco nos estudos sobre o impacto das relações

intergovernamentais realizados por Abrucio e Franzese (2007) e nos problemas de coordenação e autonomia apontados por Arretche (2004).

Reforçando essas percepções, o Gráfico 31 traz a unificação das percepções de cada grupo sobre a importância dos macroprocessos na implementação de PN, retratando a visão nacional dos macroprocessos mais relevantes.

Gráfico 31 – Média geral de citação da importância dos macroprocessos na execução de PN



Fonte: Dados da Pesquisa

Como pode ser observado, a Governança Integrada agrega a maior quantidade de obstáculos, desafios e sugestões na percepção dos gestores federais e locais, seguida da Gestão Interna local, para citar apenas os que apresentaram maior relevância. Isso enseja a confirmação da hipótese proposta pela pesquisa, sobre a importância de processos interfederativos cooperativos na implementação das políticas nacionais de saúde, devido a lacunas deixadas pelos desafios de governança.

Seguindo na perspectiva de identificar afinidades e/ou assimetrias entre os grupos, foi interessante analisar os relatos sobre as dificuldades encontradas para estabelecer parcerias interfederativas ativas, producentes e equânimes. Para essa análise foram utilizados processos de mineração de dados textuais. Essa técnica permitiu identificar a frequência e a distribuição das palavras e o reconhecimento de padrões e tendências na vasta produção gerada pelas percepções dos consultados, permitindo um interessante recorte das palavras mais citadas e favorecendo a análise textual.

A Figura 5 apresenta as 18 palavras mais frequentes, divididas em três colunas: na primeira, as seis palavras mais usadas e comuns aos dois grupos de gestores; na segunda, aquelas mais frequentes no grupo de gestores federais e por fim, as palavras mais citadas pelos gestores locais, como os maiores desafios para a boa execução de políticas nacionais nos territórios.

Figura 5 – Palavras mais citadas como desafios para uma parceria interfederativa na implementação de PN por grupo consultado

<b>Palavras mais citadas</b>		
<b>Comuns aos dois grupos</b>	<b>Por gestores federais</b>	<b>Por gestores locais</b>
Apoio	Interesse	Monitoramento
Gestão	Clareza	Resultado
Articulação	Objetivo	Decisão
Controle	Organização	Conflito
Cooperação	Comprometimento	Participação
Capacidade	Pactuação	Avaliação

Fonte: Dados da Pesquisa

Observando as palavras mais usadas por apenas um dos grupos, analisadas pelo texto em que foram extraídas, é possível perceber uma certa tendência em atribuir a maioria dos motivos, à outra esfera governamental. Assim, o órgão elaborador da PN (gestores federais) concentrou seu entendimento, sobre as fragilidades na parceria interfederativa, na falta de interesse, clareza, objetivo, organização e comprometimento do órgão executor (gestores locais). Da mesma forma, os gestores locais consideram que falta monitoramento e avaliação federal, que a participação local na elaboração da política não é priorizada pelo órgão federal, o que impacta nos resultados prometidos, que nem sempre correspondem às necessidades locais.

Entretanto, os dois grupos concordam com motivos importantes. A Figura 6 apresenta esses motivos numa nuvem de palavras, recurso gráfico produzido pelo WordArt, que representa visualmente a frequência e o valor das palavras para o contexto pesquisado. Nessa representação estão as palavras citadas por cada grupo, com destaque para os conceitos comuns.

Figura 6 –Palavras mais citadas como desafios para uma parceria interfederativa na implementação de PN



Fonte: Dados da Pesquisa

Aceitando a instigante seleção técnica dos termos comuns aos respondentes, pode-se facilmente conectá-los aos principais eixos conclusivos dessa pesquisa, numa súbita captação dos elementos estruturantes: apoio, gestão, articulação, controle, cooperação e capacidade. A amplitude desses conceitos indica ações comuns e transversais aos entes federados, o que sinaliza a necessidade de uma governança integrada. São conceitos precisos, carregados de significado no contexto estudado e que retratam a sustentação das parcerias interfederativas na implementação das políticas nacionais.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Essa pesquisa foi desenvolvida com o objetivo geral de analisar o papel das parcerias interfederativas na continuidade produtiva da execução local das políticas públicas nacionais de saúde, com a intenção de provocar discussões e novos olhares sobre certezas protocolares até então estabelecidas. Para isso, foram apresentados os preceitos legais sobre implementação de políticas nacionais de saúde, a partir da Constituição Federal de 1988, no que se refere à parceria interfederativa e às especificidades da implantação de políticas públicas em contextos federativos. Contudo, mesmo diante dessas diretrizes constitucionais e legais, não foi o constatado pelo estudo.

Diante da descentralização prevista, os governos subnacionais tornaram-se gestores e principais executores das políticas nacionais de saúde em sua rede de atendimento. Ao MS coube o papel de referência normativa e financeira, exercendo a coordenação nacional para garantir a unidade do sistema único legalizado e a necessidade de articulação entre as esferas de governo, para dar coesão à política em âmbito nacional.

Sobre a descentralização, os estados ficaram responsáveis pela organização dos colegiados regionais, com a participação de todos os seus municípios, para discutir e acompanhar as metas pactuadas. São as instâncias de cogestão solidária criadas, mas ainda carentes de instrumentos para efetivar a regionalização anunciada. Nesses espaços, o estado, como coordenador regional, iria acompanhar as ações de saúde de seu território, como é o caso do monitoramento e da avaliação das políticas localmente implantadas.

Porém, a regionalização ainda enfrenta desafios para se concretizar e essa concepção de governança integrada não está totalmente incorporada pelos gestores subnacionais. Isso foi identificado principalmente junto aos governos estaduais que acabam priorizando a rede de atendimento que está diretamente sobre sua responsabilidade, desobrigando-se do acompanhamento das PN nos municípios, em apoio ao governo federal. Como afirma Heimann (1998), os sistemas municipais de saúde possuem níveis resolutivos distintos e desarticulados e permanecem desassistidos, diante da precária cooperação e apoio técnicos das esferas estadual e federal.

Vale reiterar que esses lapsos e desencontros complexificam ainda mais a estrutura necessária de coordenação intergovernamental. Para superar esses desafios, o estudo sugere a constituição de uma rede interfederativa de saúde, destinada a estabelecer uma governança integrada, como caminho para fortalecer os vínculos e compromissos entre os governos, tema defendido também por Santos e Andrade (2008; 2011). Uma interfederatividade organizada em

rede, pode permitir a definição e controle das responsabilidades e responsabilizações, reforçar a institucionalidade do planejamento regional e a utilização de instrumentos para acompanhamento de processos relacionados à execução de políticas, seus resultados e impactos em nível local, regional e nacional.

Assim, no mesmo percurso trazido por Silva (2011), recomenda-se um esforço conjunto, inovador e responsável entre as três esferas de governo, no sentido de fortalecer mecanismos e institutos técnicos e políticos, para contribuir na consolidação da regionalização e possibilitar o monitoramento das políticas de saúde. A viabilidade desse empenho se faz com parcerias interfederativas estruturadas, gestão descentralizada e governança integrada ativa e estabilizada. A exemplo de Santos e Andrade (2007), é senso comum entre os autores estudados e confirmado pelos relatos apresentados, que criar esse ambiente de cooperação e controle em todo o país, capaz de respeitar a autonomia dos entes, a diversidade sanitária sem perder a unidade do SUS, ainda é um grande desafio.

Outra dimensão que a pesquisa buscou também compreender, foi como os gestores públicos de saúde, federais, estaduais e municipais percebem as parcerias interfederativas na implementação de PN no Brasil. Por meio de pormenorizado estudo e de interpretações sobre as percepções registradas, foram identificados desafios e obstáculos para a execução local dessas diretrizes nacionais e a condição de cada uma delas na esfera onde atuam os entrevistados.

Assim, o estudo revelou os pontos fulcrais para ações mais assertivas em cada fase de uma PN e os marcos bloqueadores de uma articulação interfederativa eficiente, suficiente, proativa e autonomamente exercida. Entretanto, a análise dos relatos permitiu consolidar entendimentos sobre a descontinuidade precoce das PN no sentido geral, o que sugere novos estudos para evidenciar implicações e particularidades sobre cada política, em particular.

Com essa busca, alguns questionamentos precedentes puderam ser esclarecidos e outros abriram portas para novas reflexões e discussões, como é o caso das condições de execução de cada política, em nível local. Considerando os resultados obtidos, recomenda-se investigações específicas que tragam conhecimento sobre os motivos que levam à decisão do gestor local de não aderir ou de descontinuar a execução de políticas consideradas, pelo nível central, como relevantes para a saúde da população. Seriam mesmo relevantes? Devem ser continuadas pelo gestor federal? Os resultados alcançados, têm sido suficientes? Atendem às necessidades, expectativas e condições locais? As respostas podem ser trazidas por processos de M&A, executados por meio de parcerias interfederativas satisfatoriamente estabelecidas, que revelem a real necessidade, eficácia ou aplicabilidade de cada política em todo o país.

A agregação dos fatores diversos e simultâneos identificados, resultaram em sugestões valiosas para vencer os desafios postos e instituir a governança integrada cada vez mais exigida na condução das ações e serviços públicos de saúde. Nessa matéria, mais uma vez a literatura examinada se equipara com os dados apurados. O olhar teórico-metodológico de Viana e Lima (2011) resgata que o enfrentamento dos desafios para um SUS universal, integral e participativo, passa por estratégias de governança, fortalecidas pela atuação das instâncias colegiadas. Nesse sentido, as comissões intergestores teriam papel preponderante nas relações entre as instâncias federadas para o alcance dos objetivos da política, em cumprimento às regras tripartites definidas nos contextos políticos, econômicos, institucionais e sociais que se inserem.

Por esse ângulo, a governança estaria assentada numa estrutura de gestão de relacionamentos, de processos instituídos e de mecanismos de controle para realizar mudanças em benefício de objetivos comuns pactuados. Isso revela a necessidade de desenvolvimento de melhorias nos processos político-administrativos, para organizar e qualificar as atividades dos entes executores, num processo de apropriação da política pela gestão local, para os devidos ajustes técnicos aos elementos do contexto de execução.

Neste aspecto, foi possível concluir pela interdependência entre a formulação e a implementação, demandando uma participação efetiva e colaborativa dos níveis federados. Isso permite que as intervenções propostas pela PN sejam pontuais, respeitando e alcançando as especificidades, necessidades e condições do cenário executor. Todavia, esse caminho entre a elaboração e a implementação de uma política é marcado por complexidades difusas, que reclamam direcionamento. Como transformar as ideias em ações locais? Como alcançar cada município e apoiar as adequações locais? Como o gestor federal pode fomentar o monitoramento e a avaliação das políticas implantadas em nível estadual e municipal?

A partir de um olhar cuidadoso aos resultados trazidos, boas práticas colaborativas surgem como respostas a essas questões. São sugestões mapeadas e indicadas para maior proximidade entre elaboradores e executores de políticas, com o acompanhamento estadual exercendo a transversalidade necessária à unidade nacional. Isso atribuiria mais potencialidade às relações interfederativas, dando maior significado e acompanhamento das PN. Também permitiria construir um caminho de governança integrada para favorecer o compartilhamento de processos cooperativos modernos e de práticas locais de excelência, permeados pelo uso de tecnologia para a intercomunicação permanente entre os entes, com suficiência e eficiência.

Assim, fundamentadas no aprendizado literário e nas sugestões encaminhadas pelos gestores consultados, algumas reflexões remeteram a possíveis estratégias, num exercício de

enxergar saídas para o cenário encontrado e compreender as nuances para instituir parcerias interfederativas para a governança integrada das PN. Considerando essa perspectiva analítica, seguem propostas algumas etapas, como rascunho de um guia para percorrer caminhos que, embora amplamente conhecidos, ainda permanecem morosos, impedindo avanços e reclamando soluções.

Como primeira etapa, é preciso elaborar políticas a partir das demandas e condições locais, identificadas pelo apoio estadual e pela participação dos órgãos representativos dos territórios nas discussões e validações do texto. A elaboração deve prever todo o percurso cíclico da política, envolvendo M&A em todas as fases, como insumo de retroalimentação.

Com a política publicada, o nível federal inicia a sua divulgação aos estados. Caso o estado se proponha a adotar a política na rede de atenção sob sua responsabilidade, receberá o apoio do nível federal para adequar as diretrizes nacionais a sua realidade e qualificar seus técnicos para uma boa execução, com M&A dos resultados. Aderindo ou não à PN, o estado apoia o MS na divulgação da política aos seus municípios, colaborando com os gestores, que decidirem implementá-la, para adequação do texto nacional às viabilidades locais. Dessa forma, pelas mãos de quem decidiu internalizar a política e assumir sua execução local, nascem os modos possíveis, viáveis e necessários dessa execução, amparadas pelo apoio técnico do estado e assistido pelo nível federal.

Como parte intrínseca a essa assistência do nível central, está o planejamento e o apoio para o acompanhamento da divulgação, da implantação e da execução das políticas pelo estado aos municípios. Além disso, é indispensável que a parceria interfederativa constituída mostre suficiência para realizar o preparo das equipes estaduais e municipais, acordando os devidos processos, competências e responsabilidades das três esferas. Importa ressaltar que a dinâmica desses processos depende da pactuação de mecanismos e instrumentos de monitoramento, avaliação e controle em todas as etapas, para promover ajustes e atualizações no texto nacional, quando a necessidade for identificada.

Entretanto, nesta pesquisa não foram relatados fluxos claros e estabelecidos que orientassem para uma descentralização satisfatória, com integração compromissada e suficiente dos gestores centrais das três esferas de governo. Ao contrário, os relatos sinalizam para a necessidade de instituição desses fluxos, com metodologias e estratégias de articulação governativa, fundados em regulamentação e inovação tecnológica suficientes para organizar o SUS e manter os padrões normatizados dos seus serviços.

Refletir sobre as consequências desses vazios na efetivação de uma rede que interligue ações federais, estaduais e municipais e os seus benefícios para executar as PN nos

territórios, poderá possibilitar ajustes capazes de obstar eventuais inadequações na dinâmica de uma governança integrada. Nesse sentido, autores como Santos e Andrade (2008) alinhados a textos normativos vigentes (BRASIL, 2009; 2012) indicam aspectos essenciais para a organização de redes interfederativas, como a fragmentação interna e a baixa articulação entre as diversas áreas e políticas de saúde.

Finalmente, sem a incoerência ilusória de esgotar o assunto, mas como aporte para um estado nascente do movimento coletivo entrevisto nos resultados analisados, essa pesquisa leva a termo a identificação da interdependência que vincula a qualidade e o impacto das parcerias interfederativas à capacidade das políticas nacionais atenderem as necessidades de saúde da população. Para um sistema de saúde que se pretende único, identificar estratégias transversais de cooperação e forças conjuntas, pode restaurar a força de uma governança integrada surgente, exigida nos textos legais e reclamada por profissionais conscientes, responsáveis e capazes.

Resta agradecer aos que contribuíram com suas experiências e percepções para que a pesquisa se concretizasse e fazer um chamamento para a continuidade das discussões sobre a complexidade e a relevância das relações interfederativas na implementação de políticas nacionais de saúde. Fica a convicção que jornadas por estudos subsequentes para complementar entendimentos, pode inovar no aprimoramento de práticas de gestão e potencializar seus efeitos na permanente melhoria das dinâmicas gestoras locais, regionais e nacionais, para o contínuo fortalecimento do SUS.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABRUCIO, F. L. A coordenação federativa no Brasil: a experiência do período FHC e os desafios do governo Lula. **Revista de Sociologia e Política**, Curitiba, v. 24, p. 41-67, 2005. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-44782005000100005](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-44782005000100005). Acesso em: 2. jun. 2019.
- ABRUCIO, F. L.; FRANZESE, C. **Federalismo e políticas públicas: o impacto das relações intergovernamentais no Brasil**. São Paulo, 2007. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/242213262>. Acesso em: 20 jan. 2020.
- ARRETCHE, M. Federalismo e relações intergovernamentais no Brasil: a reforma dos programas sociais. **Dados - Revista Brasileira de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, v. 45, n.3, p. 431-458, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/dados/v45n3/a04v45n3.pdf>. Acesso em: 28 jan. 2020.
- ARRETCHE, M. Federalismo e Políticas Sociais no Brasil: problemas de coordenação e autonomia. **Revista São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 17-26, 2004. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-88392004000200003](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-88392004000200003). Acesso em: 30 jan. 2020.
- BARBETTA, P. A. **Estatística Aplicada às Ciências Sociais**. Florianópolis: UFSC, 2008.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Tradução de Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BONAVIDES, P. **Ciência Política**. 26. ed. São Paulo: Malheiros, 2019.
- BORGES, A. Eleições Presidenciais, Federalismo e Política Social. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 81, p. 117-136, 2013. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-69092013000100008&script=sci\\_abstract&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-69092013000100008&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 10 dez. 2019.
- BRASIL. [Constituição (1891)]. **Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil**. Diário Oficial da União, Rio de Janeiro, 24 fev. 1891. Disponível em: [https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/137570/Constituicoes\\_Brasileiras\\_v2\\_1891.pdf?sequence=5](https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/137570/Constituicoes_Brasileiras_v2_1891.pdf?sequence=5). Acesso em: 22 abr. 2019.
- BRASIL. **Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção de proteção e recuperação saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 20 set. 1990. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm). Acesso em: 22 abr. 2019.
- BRASIL. **Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, 31 dez. 1990. Disponível em: [http://www.conselho.saude.gov.br/web\\_confmundo/docs/18142.pdf](http://www.conselho.saude.gov.br/web_confmundo/docs/18142.pdf). Acesso em: 22 abr. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Apoio integrado à gestão descentralizada do SUS:** estratégia para a qualificação da gestão descentralizada. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 399, de 22 de fevereiro de 2006.** Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília, 23 fev. 2006. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399\\_22\\_02\\_2006.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html). Acesso em: 20 out, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Regionalização Solidária e Cooperativa: Orientações para sua implementação no SUS. **Série Pactos pela Saúde**, Brasília, v. 3, jul. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 971, de 03 de maio de 2006.** Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. Brasília, 06 mar. 2007. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0971\\_03\\_05\\_2006.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0971_03_05_2006.html). Acesso em: 15 ago. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS - ParticipaSUS.** Brasília, 2009. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_estrategica\\_participasus\\_2ed.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_estrategica_participasus_2ed.pdf). Acesso em: 12 abr. 2019.

BRASIL. **Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011.** 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. Brasília, 29 jun. 2011. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm). Acesso em: 28 abr. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Metodologia de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde (PROADESS).** Rio de Janeiro, Página institucional, Laboratório de Informação em Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, 2011. Disponível em: <https://www.proadess.icict.fiocruz.br/>. Acesso em: 22 out. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sala de Apoio à Gestão Estratégica (SAGE). Brasília, 2012. **Página institucional.** Disponível em: <https://sage.saude.gov.br/>. Acesso em: 22 out. 2019.

BRASIL. [Constituição (1967)]. **Constituições Brasileiras 1967.** Brasília, v. 6, 2012. Disponível em: [https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/137603/constituicoes\\_Brasileiras\\_v6\\_1967.pdf?sequence=9&isAllowed=y](https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/137603/constituicoes_Brasileiras_v6_1967.pdf?sequence=9&isAllowed=y). Acesso em: 22 abr. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Nota Técnica CGCI/DAI/SGEP/MS nº 01.** Brasília, 13 fev. 2012. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/images/pdf/2015/julho/13/4.f-%20NT%20CIR-Regi%C3%B5es%20de%20Sa%C3%BAde%20Final.pdf>. Acesso em: 12 abr. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes do apoio integrado para a qualificação da gestão e da atenção no SUS.** Brasília, 2012. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2015/julho/15/Diretrizes-Apoio-Integrado-MS10-07-12.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Edital Chamada MCTI/CNPq/MS - SCTIE - DECIT N° 07/2013 – Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PICS) no Sistema Único de Saúde**. Brasília, 5 jun. 2013. Disponível em: <http://www.bvshomeopatia.org.br/texto/edital-PNPIC-SUS-Chamada07-2013versao-final-publicacao.pdf>. Acesso em: 18 fev. 2020.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado, 2016.

BRASIL. **Decreto n. 9.203, de 22 de novembro de 2017**. Dispõe sobre a política de governança da administração pública federal direta, autárquica e fundacional. Brasília, 23 nov. 2017. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2017/decreto/D9203.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/decreto/D9203.htm). Acesso em: 20 out. 2019.

BRASIL. Casa Civil da Presidência da República. **Guia da Política de Governança Pública**. Brasília, 2018. Disponível em: <https://www.gov.br/casacivil/pt-br/centrais-de-conteudo/downloads/guia-da-politica-de-governanca-publica>. Acesso em: 12 jul. 2019.

BRASIL. Casa Civil da Presidência da República. **Avaliação de Políticas Públicas: Guia Prático de Análise Ex Ante**. Brasília, 2018. Disponível em: <https://www.gov.br/casacivil/pt-br/assuntos/governanca/avaliacao-de-politicas>. Acesso em: 18 set.2020.

BRASIL. Casa Civil da Presidência da República. **Avaliação de Políticas Públicas: Guia Prático de Análise Ex Post**. Brasília, 2018. Disponível em: <https://www.gov.br/casacivil/pt-br/assuntos/governanca/avaliacao-de-politicas>. Acesso em: 18 set.2020.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. **Relatório de Políticas e Programas de Governo: Sumário Executivo (RePP 2018)**. Brasília: TCU, 2018. Disponível em: <https://portal.tcu.gov.br/relatorio-de-politicas/2018/> Acesso em: 4 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde: estrutura, princípios e como funciona**. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude>. Acesso em: 15 dez. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestão do SUS: Articulação Interfederativa**. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/gestao-do-sus/articulacao-interfederativa>. Acesso em 3 mar.2020.

BRASIL. Controladoria Geral da União. **Relatório de Avaliação: Secretaria Executiva – Ministério da Saúde**. Brasília, 17 mai. 2020. Disponível em: <file:///C:/Users/Sony/Downloads/Relatorio-201900777%20-%20Brasilia%20-%20DF.pdf>. Acesso em: 30 mai. 2020.

CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e cogestão de coletivos. A constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o Método da Roda**. 5. ed. São Paulo: Hucitec, 2015.

CAMPOS, G. W. S.; GUERRERO, A. V. P. (org.). **Manual de práticas de Atenção Básica. Saúde Ampliada e compartilhada**. 2. Ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

CARVALHO, A. L. B. *et al.* Práticas de monitoramento e avaliação: reflexões e resultados de um processo de cooperação interfederativo. **Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v. 5, n. 4, p. 167-182, 2011. Disponível em: <http://tempus.unb.br/index.php/tempus/article/view/1064/972>. Acesso em: 29 set. 2019.

CHERMAN, A.; ROCHA-PINTO, S. R. Fenomenografia e Valoração do Conhecimento nas Organizações: Diálogo entre Método e Fenômeno. **Revista de Administração Contemporânea**, Curitiba, v. 20, n. 5, p. 630-50, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rac/v20n5/1415-6555-rac-20-05-00630.pdf>. Acesso em: 25 abr. 2020.

CONILL, E. M. **Análisis de la problemática de la integración de la APS en el contexto actual**: causas que inciden en la fragmentación de servicios y sus efectos en la cohesión social. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, 2011. Disponível em: <http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/arq6952.pdf>. Acesso em: 2 fev. 2020.

D'ASCENZI, L.; LIMA, L. L. Avaliação da implementação da política nacional de educação profissional e tecnológica. **Revista Avaliação de Políticas Públicas**, Fortaleza, v. 1, n. 7, p. 41-51, jan-jun. 2011. Disponível em: <http://www.avalrevista.ufc.br/index.php/revistaaval/article/view/77>. Acesso em: 3 nov. 2019.

ENAP. Educação Executiva. **Página Institucional Gov.Br**, Brasília, 12 jun. 2019. Disponível em: <https://www.enap.gov.br/index.php/pt/noticias/processo-seletivo-programa-catedras-brasil>. Acesso em: 5 jul. 2019.

FRANZESE, C. **Federalismo cooperativo no Brasil**: da Constituição de 1988 aos sistemas de políticas públicas. 2010. Tese (Doutorado em Administração Pública e Governo) – Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2010. Disponível em: <https://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/8219/72060100752.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 5 mar. 2020.

HEIMANN, L. *et al.* **A descentralização do sistema de saúde no Brasil**: uma proposta de investigação sobre o impacto de políticas. São Paulo: Instituto de Saúde, 1998.

HOCHMAN G.; FARIA. Federalismo e Políticas Públicas no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 11, Fiocruz, p. 2.477-2.479, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v30n11/0102-311X-csp-30-11-2477.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2020.

LIMA, L.; D'ASCENZI, L. Implementação de Políticas Públicas: Perspectivas Analíticas. **Revista de Sociologia e Política**, Curitiba, v.21, n. 48, p. 101-110, dez. 2013. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/rsp/article/view/38765/23651>. Acesso em: 25 nov. 2019.

LOPES, B.; AMARAL, J. N.; WAHRENDORFF, R. Políticas Públicas: conceitos e práticas. Belo Horizonte, Sebrae, 2008.

LOTTA, G. (Org.). **Teoria e análises sobre implantação de políticas públicas no Brasil**. Brasília: Enap, 2019.

MINAYO, M. C. S. (org.) **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2016.

PALOTTI, P. L. M.; COSTA, B. L. D. Relações Intergovernamentais e Descentralização: uma análise da Implementação do SUAS em Minas Gerais. **Revista de Sociologia e Política**, Curitiba, v. 19, n. 39, p. 211-235, jun. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsocp/v19n39/a15v19n39.pdf>. Acesso em: 18 jan. 2020.

PROCESSADOR LINGUÍSTICO DE CORPUS. **Insite Soluções Internet**: Grupo de Linguística e Computação Cognitiva. Disponível em: <http://linguistica.insite.com.br/corpus>. Php. Acesso em: 25 nov. 2020.

RAEDER, S. Ciclo de Políticas: uma abordagem integradora dos modelos para análise de políticas públicas. **Revista Perspectivas em Políticas Públicas**, Belo Horizonte, v. VII, n.13, p. 121-146, jan./jun. 2014. Disponível em: <http://revista.uemg.br/index.php/revistapp/article/viewFile/856/550>. Acesso em: 18 nov. 2019.

RIBEIRO, J. M. *et al.* Federalismo e políticas de saúde no Brasil: características institucionais e desigualdades regionais. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1.777-1.789, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n6/1413-8123-csc-23-06-1777.pdf>. Acesso 12 mar. 2020.

SANTOS, L.; ANDRADE, L. O. M. **SUS: o espaço da gestão inovada e dos consensos interfederativos** – aspectos jurídicos, administrativos e financeiros. Campinas: Idisa, 2007.

SANTOS, L.; ANDRADE, L. O. M. *In*: SILVA, S. F. (org.). **Redes de Atenção à Saúde no SUS**. Campinas: Idisa, 2008.

SANTOS, L.; ANDRADE, L. O. M. *In*: SILVA, S. F. Redes interfederativas de saúde: um desafio para o SUS nos seus vinte anos. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 1.671-1.680, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v16n3/02.pdf>. Acesso em: 8 nov. 2019.

SILVA, E. V. M.; SILVA, S. F. O desafio da gestão municipal em relação à contratação da força de trabalho em saúde. **Divulgação em Saúde para Debate**, p.7-12, jun. 2007. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-490888>. Acesso em: 10 dez. 2019.

SILVA, S. F. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2.753-2.762, jan. 2011. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232011000600014](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000600014). Acesso em: 18 dez. 2019.

SILVA, P. L. B.; MELO, M. A. B. **O processo de implementação de políticas públicas no Brasil**: características e determinantes da avaliação de programas e projetos. Campinas: Núcleo de Estudos de Políticas Públicas, Universidade Estadual de Campinas, Caderno 48, 2000.

SOARES, M. M.; MACHADO, J. A. **Federalismo e Políticas Públicas**. Brasília: ENAP, 2018.

SOUZA, C. Federalismo: teorias e conceitos revisitados. **Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais**, n. 65, p. 27-48, jun. 2008. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_nlinks&ref=000179&pid=S1519-7077201200020000400027&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000179&pid=S1519-7077201200020000400027&lng=pt). Acesso em: 25 mar.2020.

SOUZA, R. R. **Construindo o SUS**: a lógica do financiamento e processo de divisão de responsabilidades entre as esferas de governo. 2002. Dissertação (Mestrado em Administração em Saúde) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/monografia\\_construindo\\_sus.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/monografia_construindo_sus.pdf). Acesso em: 10 out. 2019.

TESSER, C. D.; SOUSA, I. M. C.; NASCIMENTO, M. C. Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde brasileira. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 1, p. 174-188, set. 2018. Disponível em: [https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource\\_ssm\\_path=/media/assets/sdeb/v42nspe1/0103-1104-sdeb-42-spe01-0174.pdf](https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/sdeb/v42nspe1/0103-1104-sdeb-42-spe01-0174.pdf). Acesso em: 20 nov. 2019.

VIANA, A. L. D.; LIMA, L. D. (Org.). Regionalização e relações interfederativas na política de saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, p. 202-206, jan. 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v29n1/23.pdf>. Acesso em: 28 jan. 2020.

WHYTE, W. F. **Sociedade de esquina**: a estrutura social de uma área urbana pobre e degradada. Tradução de Maria Lucia de Oliveira. Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 2005.

WRIGHT, J. T. C.; GIOVINAZZO, R. A. DELPHI - uma ferramenta de apoio ao planejamento prospectivo. **Caderno de Pesquisas em Administração**, São Paulo, v. 1, n. abr./jun., p. 54-65, 2000.

## APÊNDICE A – CONVITE À PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA

Senhores dirigentes.

O Ministério da Saúde (MS) efetivou uma parceria com a Universidade Federal do Tocantins (UFT), para desenvolver o Mestrado Profissional em Gestão de Políticas Públicas em 2018, indicando que as pesquisas fossem voltadas para a melhoria dos processos do MS.

Como aluna deste Programa de Pós-graduação e sendo coordenadora de políticas e programas estratégicos em saúde do MS, identifiquei uma possível lacuna que pode estar diretamente relacionada à efetividade das políticas nacionais de saúde. Decidi iniciar uma investigação que pudesse direcionar os esforços dos entes federados para melhorar as condições de saúde da população.

A pesquisa recebeu o título: A parceria interfederativa no processo de implementação de políticas públicas nacionais de saúde: desafios de uma governança integrada dos entes federados.

Nesse processo de investigação, gostaria de conhecer um pouco mais sobre a percepção e sugestões de gestores da saúde federais, estaduais e municipais sobre as articulações e pactuações que identifiquem as necessidades e possibilidades locais de execução efetiva de uma Política Nacional, na rede local.

Na esfera federal, serão consultados gestores de todas as secretarias do MS, incluindo cada Superintendência Estadual além de gestores do CONASS e do CONASEMS. Para completar a amostra, também serão consultados gestores estaduais e municipais de cada estado brasileiro, com o mesmo foco, mas com instrumentos de coleta diferentes.

Em todos os casos, os resultados serão apresentados sem identificação pessoal dos respondentes e os itens do questionário trarão informações sobre os desafios da articulação municipal-estadual-federal para a execução de políticas nacionais de saúde, no estado que sedia o órgão sob sua coordenação.

A experiência e visão de cada gestor será de grande valia para a proposição de inovações nos processos e mecanismos de coordenação intergovernamental e para a indução de uma nova abordagem de gestão interfederativa para a implementação eficaz de políticas nacionais de saúde em estados e municípios.

As questões propostas podem ser respondidas pelo link abaixo e qualquer comentário, contribuição ou esclarecimento pode ser feito por este e-mail ou pelo telefone disponibilizado na assinatura abaixo.

<https://forms.gle/Cc1y1wS8kXHvUHok7>

Com gratidão aguardo suas respostas para que a realidade de cada SEMS possa estar representada, na construção de um entendimento maior e mais realista sobre o tema.

Forte abraço!

Eliane da Costa Assis

Fonte: Dados da pesquisa

## APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO PARA GESTORES FEDERAIS

### A PARCERIA INTERFEDERATIVA NA EXECUÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS NACIONAIS DE SAÚDE

#### **Desafios e Perspectivas de uma Governança Integrada dos Entes Federados.**

Prezado(a) Gestor(a).

Tem sido possível observar os inúmeros desafios para a implementação de políticas nacionais de saúde em todo o território nacional. O arranjo institucional proposto pelas leis orgânicas de saúde, decorrentes da Constituição Federal de 1988, parece não ter encontrado ainda o caminho para práticas de coordenação interfederativa que permitam a implantação e execução de políticas nacionais, com a efetividade que se espera de uma governança integrada.

Tendo este cenário como objeto de estudo, convidamos V.S.<sup>a</sup> a contribuir, expressando sua percepção e vivência sobre as parcerias interfederativas na implementação de políticas nacionais de saúde no Brasil, em conformidade com as orientações normativas do SUS.

O presente instrumento é parte integrante da dissertação desenvolvida para o Mestrado Profissional em Gestão de Políticas Públicas, com Área de Concentração em Gestão e Avaliação de Políticas Públicas, ofertado pela Universidade Federal do Tocantins em parceria com o Ministério da Saúde (MS). Será aplicado a gestores federais de políticas nacionais de saúde em busca de relatos, experiências e sugestões de formas mais efetivas de interação e cooperação entre os entes federados, que permitam a continuidade local das políticas nacionais, com tempo suficiente para alcançarem os resultados esperados.

Sua participação é voluntária e os resultados serão apresentados sem identificação pessoal. Suas percepções serão de grande valia para a proposição de inovações nos processos e mecanismos de coordenação intergovernamental e para a indução de uma nova abordagem para a gestão interfederativa na implementação de políticas nacionais de saúde em estados e municípios.

Para iniciar o preenchimento do questionário, clique no link abaixo:

<https://forms.gle/UJ7qLUYnoHURCX6A6>

**\*Obrigatório**

## FLUXO DE PREENCHIMENTO

Esse questionário foi configurado com 17 questões abertas e fechadas que intencionam conhecer a percepção de gestores federais sobre as relações interfederativas na execução de políticas nacionais de saúde no Brasil.

Os campos marcados com asterisco são de preenchimento obrigatório, não sendo permitido avançar para as questões seguintes com o campo em branco.

Para fins de alinhamento conceitual, por favor, considere as definições abaixo no preenchimento deste questionário.

- **Implantação:** fase em que uma política é ofertada ao ente local e este decide adotar as diretrizes propostas.
- **Implementação:** etapa em que a política implantada será executada em âmbito local.
- **Relação interfederativa:** acordo, interação, cooperação entre os entes da federação (federal, estadual e municipal).

Ao final, clique no botão “Enviar” para que sua colaboração seja devidamente processada.

Para iniciar o preenchimento, sinalize sua decisão relativa à participação nesta pesquisa:\*

Concordo em participar

Declino em participar

## I - CARACTERIZAÇÃO ORGANIZACIONAL E IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE

Nas próximas 9 questões deste primeiro item, buscamos o perfil da instituição e do participante para composição de blocos de análise.

### 1) Instituição onde você atua ou atuou em gestão de saúde \*

Marque apenas uma opção. Caso tenha atuado em mais de uma instituição, escolha aquela que lhe ofereceu maior vivência no tema desta pesquisa.

Ministério da Saúde

CONASS

CONASEMS

**2) Nome do Participante**

Caso queira se identificar, escreva seu nome abaixo:

Nome:

**3) Contato**

Escreva abaixo o seu e-mail principal, apenas se desejar receber uma cópia da pesquisa, quando concluída.

E-mail:

**4) Formação Acadêmica \***

Selecionar na lista abaixo o seu maior nível escolar:

- Graduação
- Pós-graduação/especialização
- Pós-graduação/Mestrado
- Pós-graduação/Doutorado
- Pós Doutorado

**5) Profissão/Formação \***

Escreva abaixo a sua profissão/formação:

Profissão/Formação:

**6) Tempo ou período de experiência profissional \***

Selecionar na lista abaixo o somatório de seu tempo de experiência profissional:

- < 1 ano
- 1 a 3 anos
- 4 a 10 anos
- 11 a 20 anos
- a partir de 21 anos

**7) Cargo ou Função (dos últimos 5 anos) \***

Escreva abaixo o maior cargo ou função que atuou/atua na área de saúde, nos últimos 5 anos:

Cargo/Função:

**8) Tempo ou período de experiência profissional em cargos de gestão \***

Selecionar na lista abaixo o somatório de seu tempo de experiência profissional em cargos de gestão:

- < 1 ano
- 1 a 2 anos
- 3 a 5 anos
- 6 a 10 anos
- acima de 10 anos

**9) Nível/Tipo do Cargo \***

Selecionar na lista abaixo o tipo de cargo de gestão em que você atua/atuou por mais tempo, em sua experiência profissional de gestor na área da saúde:

- Sistêmico/Governança (implementadores de políticas, planejadores e reguladores)
- Organizacional/Estratégico (gestores de topo dos hospitais e serviços de saúde)
- Gerencial/Tático (gestores intermediários de setores e equipes)
- Outro: \_\_\_\_\_

## II - POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE E RELAÇÕES INTERFEDERATIVAS

As questões 10 a 17 são abertas e suas percepções têm relevância máxima para a objeto da pesquisa. Caso não deseje registrar sua opinião, escreva NR (Nenhuma Resposta), para ser direcionado à próxima pergunta.

**10) Liste até 3 políticas nacionais de saúde em que você atua/atuou, indicando em qual/quais fase(s) acontece/aconteceu sua participação elaboração, implantação e/ou execução e em qual esfera de governo (federal/estadual/municipal). \***

Exemplo: Política Nacional X - elaboração e implantação - federal.

---



---



---

**11) Como você percebe a qualidade da implementação (execução) de políticas nacionais de saúde em âmbito local, comparando com os objetivos para que foram idealizadas? \***

---

---

---

**12) Em sua opinião, quais motivos levam as políticas nacionais, implantadas por adesão, a terem sua execução suspensa ou desativada pelo gestor local, antes de concluírem o ciclo planejado? \***

---

---

---

**13) Considerando ser no município onde a maioria das políticas públicas de saúde são implementadas, o que poderia ser feito pelo gestor municipal para permitir que as políticas nacionais alcancem seus resultados? \***

---

---

---

**14) O que você entende por relação interfederativa? \***

---

---

---

**15) Em termos de relação interfederativa, o que você considera importante ser feito pelo Ministério da Saúde para que suas políticas nacionais tenham continuidade local suficiente para alcançar os objetivos anunciados? \***

---

---

---

**16) Como o estado poderia melhorar sua ação para estabelecer uma relação intergovernamental eficiente na execução de políticas nacionais em sua rede, ou contribuir para a implementação na rede de seus municípios? \***

---

---

---

**17) Finalizando este questionário, registre sua compreensão sobre os principais desafios para que seja estabelecida uma cooperação interfederativa eficiente na execução das políticas nacionais de saúde em âmbito local, apontando obstáculos e sugestões para instituir processos interfederativos práticos, eficientes e viáveis. \***

---

---

---

O questionário termina aqui e agradecemos sua preciosa contribuição.

Não se esqueça! Para finalizar o questionário clique no botão 'Enviar'.

## **APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO PARA GESTORES LOCAIS**

### **A PARCERIA INTERFEDERATIVA NA EXECUÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS NACIONAIS DE SAÚDE**

#### **Desafios e Perspectivas de uma Governança Integrada dos Entes Federados.**

Prezado (a) Gestor (a) do Sistema Único de Saúde.

Tem sido possível observar os inúmeros desafios para a implementação de políticas nacionais de saúde em todo o território nacional. O arranjo institucional proposto pelas leis orgânicas de saúde, decorrentes da Constituição Federal de 1988, parece não ter encontrado ainda o caminho para práticas de coordenação interfederativa que permitam a implantação e execução de políticas nacionais, com a efetividade que se espera de uma governança integrada.

Tendo este cenário como objeto de estudo, convidamos V.S.<sup>a</sup> a contribuir, expressando sua percepção e vivência sobre as parcerias interfederativas na implementação de políticas nacionais de saúde no Brasil, em conformidade com as orientações normativas do SUS.

O presente instrumento é parte integrante da dissertação desenvolvida para o Mestrado Profissional em Gestão de Políticas Públicas, com Área de Concentração em Gestão e Avaliação de Políticas Públicas, ofertado pela Universidade Federal do Tocantins em parceria com o Ministério da Saúde (MS). Será aplicado em todo território nacional, a gestores das 3 esferas de governo, em busca de relatos, experiências e sugestões de formas mais efetivas de interação e cooperação entre os entes federados, que permitam a continuidade local das políticas nacionais, com tempo suficiente para alcançarem os resultados esperados.

Sua participação é voluntária e os resultados serão apresentados sem identificação pessoal. Suas percepções serão de grande valia para a proposição de inovações nos processos e mecanismos de coordenação intergovernamental e para a indução de uma nova abordagem para a gestão interfederativa na implementação de políticas nacionais de saúde em estados e municípios.

## FLUXO DE PREENCHIMENTO

Esse questionário foi configurado com 14 questões, abertas e fechadas, abrangendo tópicos relativos a informações sobre o participante e sua instituição, políticas nacionais de saúde e as relações interfederativas nos processos de sua implementação.

Os campos marcados com asterisco são de preenchimento obrigatório, não sendo permitido avançar para as questões seguintes com o campo em branco. Utilize apenas letras maiúsculas ou numerais e não use caracteres especiais como acentos, traços, pontos, barras etc.

Para fins de alinhamento conceitual, por favor, considere as definições abaixo no preenchimento deste questionário.

- **Implantação:** fase em que uma política é ofertada ao ente local e este decide adotar as diretrizes propostas.
- **Implementação:** etapa em que a política implantada será executada em âmbito local.
- **Relação interfederativa:** acordo, interação, cooperação entre os entes da federação (federal, estadual e municipal).

Ao final, clique no botão “Enviar” para que sua colaboração seja devidamente processada.

**\*Obrigatório**

Para iniciar o preenchimento, sinalize sua decisão relativa à participação nesta pesquisa:\*

Concordo em participar

Declino em participar

## I - CARACTERIZAÇÃO ORGANIZACIONAL E IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE.

Nas próximas 9 questões deste primeiro item, buscamos o perfil da instituição e do participante para composição de blocos de análise.

### 1) Instituição onde você atua ou atuou em gestão \*

Marque apenas uma opção. Caso tenha atuado em mais de uma instituição, escolha aquela que lhe ofereceu maior vivência no tema desta pesquisa. E se a alternativa indicar, escreva a unidade federativa de sua instituição.

- Ministério da Saúde (sede nacional)
- Superintendência Estadual do Ministério da Saúde. Unidade Federativa ( )
- CONASS
- CONASEMS
- COSEMS Unidade Federativa ( )
- Secretaria de Estado de Saúde. Unidade Federativa ( )
- Secretaria Municipal de Saúde. Unidade Federativa ( )

### 2) Nome do Participante:

Caso queira se identificar, escreva seu nome abaixo:

### 3) Contatos

Escreva abaixo o número de seu telefone e seu e-mail principal, apenas se desejar deixar os seus contatos para lhe enviarmos uma cópia da pesquisa, quando concluída.

Fone:

E-mail:

**4) Formação Acadêmica \***

Selecionar na lista abaixo o seu maior nível escolar:

- Ensino fundamental
- Ensino Médio
- Graduação
- Pós-graduação/Especialização
- Pós-graduação/Mestrado
- Pós-graduação/Doutorado

**5) Profissão/Formação \***

Escreva abaixo a sua profissão/formação:

**6) Tempo ou período de experiência profissional \***

Selecionar na lista abaixo o somatório de seu tempo de experiência profissional:

- < 1 ano
- 1-3 anos
- 4-10 anos
- 11-20 anos
- a partir de 21 anos

**7) Cargo ou Função (dos últimos 5 anos) \***

Escreva abaixo o maior cargo ou função que atuou/atua na área de saúde, nos últimos 5 anos:

**8) Tempo ou período de experiência profissional em cargos de gestão \***

Selecionar na lista abaixo o somatório do tempo de experiência especificamente em gestão na área da saúde:

- < 1 ano
- 1-2 anos
- 3-5 anos
- 6 a 10 anos
- acima de 10 anos

**9) Nível/Tipo do Cargo \***

Selecionar na lista abaixo o tipo de cargo de gestão em que você atua/atuou por mais tempo, em sua experiência profissional de gestor na área da saúde:

- ( ) Sistêmico/Governança (implementadores de políticas, planejadores e reguladores)
- ( ) Organizacional/Estratégico (gestores de topo dos hospitais e serviços de saúde)
- ( ) Gerencial/Tático (gestores intermediários de setores e equipes)

**II – POLÍTICAS NACIONAIS DE SAÚDE \***

Este item contém uma lista com Políticas Nacionais de Saúde (PN), com proposições sobre a situação da execução local de cada uma delas e todas são de preenchimento obrigatório.

**10) Situação das políticas nacionais de saúde em âmbito local**

Avalie as afirmativas propostas nas colunas, marcando com um X a alternativa que melhor representa a situação de cada PN no estado ou município onde você atua.

Considere a seguinte legenda para as colunas:

- 1 = Não conhece essa PN ou não tem informações sobre a situação dela em seu estado/município.
- 2 = A PN não foi implantada em seu estado/município.
- 3 = A PN foi implantada em seu estado/município e continua em execução regularmente.
- 4 = A PN foi implantada em seu estado/município mas não está mais em execução.

Marque apenas uma alternativa para cada PN.

Nome da Política Nacional (PN)	1 Sem infor- mação	2 Não implantada	3 Em execução	4 Descon- tinuada
Política de Gestão de Integridade, Riscos e Controles Internos da Gestão				
Política de Segurança da Informação e Comunicações				
Política Nacional de Educação Popular em Saúde				
Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa				
Política Nacional de Informação e Informática em Saúde				
Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Neurológica				
Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal				
Política Nacional de Atenção às Urgências				
Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade				
Política Nacional de Atenção de Alta Complexidade em Traumatologia-Ortopedia				
Política Nacional de Atenção em Oftalmologia				
Política Nacional de Atenção Hospitalar				
Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias				
Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras				
Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista				
Política Nacional de Regulação do SUS				
Política Nacional de Sangue, Componentes e Hemoderivados				
Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência				
Política Nacional de Transplantes/Sistema Nacional de Transplantes				
Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte				
Política Nacional para Prevenção e Controle do Câncer				
Política Nacional de Atenção Integral em Genética Clínica				
Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida				
Política Nacional de Contratação de Serviços de Saúde				
Política de Saúde Mental				
Política Nacional de Aleitamento Materno				
Política Nacional de Alimentação e Nutrição				
Política Nacional de Atenção Básica				
Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança				
Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher				
Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional no Âmbito do Sus				
Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória				
Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem				
Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares				
Política Nacional de Promoção da Saúde				
Política Nacional de Saúde Bucal				
Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa				
Política Nacional de Saúde Integral da População Negra				

<b>Nome da Política Nacional (PN)</b>	<b>1 Sem infor- mação</b>	<b>2 Não implantada</b>	<b>3 Em execução</b>	<b>4 Descon- tinuada</b>
Política Nacional de Saúde Integral e Atenção à Populações do Campo, da Floresta e das Águas				
Política Nacional de Saúde Integral e Atenção ao Povo Cigano/Romani				
Política Nacional de Saúde Integral e Atenção de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais				
Política Nacional para a População em Situação de Rua				
Política Nacional de Assistência Farmacêutica				
Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde				
Política Nacional de Gestão das Tecnologias em Saúde				
Política Nacional de Inovação Tecnológica em Saúde				
Política Nacional de Medicamentos				
Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos				
Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas				
Política Nacional de Educação Permanente em Saúde				
Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora				
Política Nacional de Vigilância em Saúde				
Política Nacional de Combate às Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis				
Política Nacional de Redução da Morbidade por Acidentes e Violências				

### **III - RELAÇÕES INTERFEDERATIVAS NA IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS NACIONAIS DE SAÚDE \***

Neste item, são propostas 4 questões sobre as relações entre os entes federados na execução local de políticas nacionais de saúde, sendo todas de preenchimento obrigatório.

#### **11) Boas práticas interfederativas para a implementação de políticas nacionais de saúde**

Entendendo que as normativas do SUS preveem uma gestão solidária, cooperativa e compartilhada entre instituições federais, estaduais e municipais do SUS, analise as atividades interfederativas propostas na matriz abaixo.

<b>Práticas propostas para implementação de PN, segundo as normativas do SUS.</b>	<b>Desconheço o uso dessa prática</b>	<b>Pouco praticada</b>	<b>Praticada na maioria das vezes</b>	<b>Sempre praticada</b>
Ministério, estados e municípios mantêm canal de diálogo permanente sobre as necessidades de saúde locais e utilizam essa base para elaborar novas política.				
Uma nova PN é elaborada com a participação de estados, municípios e colegiados representativos (conselhos, comissões etc.), onde todos expressam as necessidades e possibilidades do setor que representam.				
Após a publicação de uma nova política, o ministério divulga suas diretrizes, requisitos e resultados esperados com sua execução.				
Caso o estado se interesse por implantar uma PN em sua rede, pactua o apoio federal para sua equipe, assumindo e adequando sua execução.				
Mesmo não aderindo à execução de uma PN em sua rede, o estado articula a oferta dela a seus municípios, disponibilizando suporte às equipes municipais que decidiram executá-la, em cooperação com o ministério.				
O ministério firma parceria com o estado para monitorar a execução de uma PN no território, contribuindo com a adequação dos instrumentos e processos às necessidades e possibilidades locais.				
Ministério, estados e municípios realizam a avaliação da política executada, analisando os resultados para tomada de decisão sobre sua continuidade local.				

## 12) Gestão intergovernamental para a execução das políticas nacionais de saúde

Analise as afirmativas propostas na matriz abaixo, indicando o grau de articulação, cooperação e responsabilização dos gestores do SUS, para a implementação das políticas nacionais de saúde. Marque apenas uma opção em cada afirmativa proposta.

<b>Afirmativas sobre a implementação das PN nos territórios.</b>	<b>Desconhecido ou Inexistente</b>	<b>Insuficiente</b>	<b>Suficiente</b>
O modelo de participação coletiva usado pelo Ministério para a elaboração das PN, envolvendo os 3 entes federados.			
A articulação federal com CONASS e CONASEMS para divulgar e pactuar a implantação de PN em estados e municípios.			
A interação entre ministério, estados e municípios para identificação de necessidade local da política e das condições/interesses para sua implementação.			
O apoio e suporte do ministério a estados e municípios para a execução de PN em seus territórios.			

<b>Afirmativas sobre a implementação das PN nos territórios.</b>	<b>Desconhecido ou Inexistente</b>	<b>Insuficiente</b>	<b>Suficiente</b>
O apoio e suporte do estado a seus municípios para a execução de PN em seus territórios.			
A decisão do estado/município pela continuidade ou não da execução da PN em seu território é baseada nos resultados que ela apresenta para a saúde da população.			
O gestor local que decidiu implementar a PN em seu território, se apropria da ideia, promove as adequações necessárias e assume sua execução.			
O Ministério acompanha a execução das PN nos territórios, para auxiliar na adequação de seus processos às necessidades locais.			

### **13) Continuidade da execução local de uma PN \***

Considerando que as diretrizes de uma política nacional foram definidas por serem potencialmente capazes de atender as necessidades locais, e sua implantação foi facultativa ao gestor, analise o grau de interferência de cada situação proposta na (des)continuidade da execução local de uma PN.

Marque apenas uma opção em cada linha, considerando uma escala crescente onde: 0 = não interfere; 1 = baixo grau de interferência; 2 = alto grau de interferência na continuidade da execução da PN.

<b>Situação proposta para (des)continuidade local da execução de uma PN.</b>	<b>Não interfere</b>	<b>Interfere pouco</b>	<b>Interfere muito</b>
Divulgação ampla e clara da política, esclarecendo sobre as condições locais mínimas necessárias para sua execução, os resultados esperados e o prazo para que eles sejam alcançados.			
Eficiência das diretrizes da política executada para resolver os problemas locais.			
Descontinuidade político-administrativa dos gestores locais.			
Financiamento federal interrompido, insuficiente ou ausente para a execução da política.			
Complexidade dos processos propostos pela política, diante da capacidade técnica, econômica e/ou administrativa local.			
Implantação da PN decidida apenas em âmbito político, gerando conflitos de interesses na gestão seguinte.			
Articulação contínua entre ministério, estado e município para acompanhamento da execução da PN em âmbito local.			

### 11) Contribuição final

Finalizando este questionário, registre sua compreensão sobre os desafios de uma governança integrada na execução efetiva das políticas públicas nacionais de saúde em âmbito local, apontando obstáculos e sugestões para instituir processos interfederativos práticos, eficientes e viáveis e que não foram relacionados nas questões anteriores.



O questionário termina aqui e agradecemos sua preciosa contribuição.

Não se esqueça! Para finalizar o questionário clique no botão 'Enviar'