

Cristiani Vieira Machado^I
Luciana Dias de Lima^I
Ana Luiza d'Ávila Viana^{II}
Roberta Gondim de Oliveira^{III}
Fabíola Lana Iozzi^{IV}
Mariana Vercesi de Albuquerque^{IV}
João Henrique Gurtler Scatena^V
Guilherme Arantes Mello^{VI}
Adelyne Maria Mendes Pereira^{VII}
Ana Paula Santana Coelho^{VIII}

^I Departamento de Administração e Planejamento em Saúde. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, RJ, Brasil

^{II} Departamento de Medicina Preventiva. Faculdade de Medicina. Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil

^{III} Escola de Governo em Saúde. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, RJ, Brasil

^{IV} Programa de Pós-Graduação em Medicina Preventiva. Faculdade de Medicina. Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil

^V Departamento de Saúde Coletiva. Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal do Mato Grosso. Cuiabá, MT, Brasil

^{VI} Departamento de Medicina Preventiva. Escola Paulista de Medicina. Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil

^{VII} Laboratório de Educação Profissional em Gestão em Saúde. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, RJ, Brasil

^{VIII} Departamento de Ciências da Saúde. Centro Universitário Norte do Espírito Santo. Universidade Federal do Espírito Santo. São Mateus, ES, Brasil

Correspondência | Correspondence:
Cristiani Vieira Machado
Departamento de Administração e Planejamento em Saúde
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – Fiocruz
Rua Leopoldo Bulhões, 1480 sala 715 Manguinhos
21041-210 Rio de Janeiro, RJ, Brasil
E-mail: cristiani@ensp.fiocruz.br

Recebido: 21/10/2013
Aprovado: 7/4/2014

Artigo disponível em português e inglês em:
www.scielobr.org

Federalismo e política de saúde: comissões intergovernamentais no Brasil

Federalism and health policy: intergovernmental committees in Brazil

RESUMO

OBJETIVO: Analisar a dinâmica de funcionamento das Comissões Intergestores Bipartites em saúde, nos estados do Brasil.

MÉTODOS: A pesquisa compreendeu visitas a 24 estados, observação direta, análise documental e realização de entrevistas semiestruturadas com dirigentes estaduais e municipais. A caracterização das comissões de 2007 a 2010 considerou quatro dimensões: (i) institucionalidade, classificada como avançada, intermediária ou incipiente; (ii) conteúdo das negociações intergovernamentais, qualificado como diversificado/restrito, aderente/não aderente à realidade estadual e compartilhado/não compartilhado entre estado e municípios; (iii) processo político, considerando o caráter e a intensidade das relações intergovernamentais; e (iv) capacidade de atuação, avaliada como elevada, moderada ou baixa.

RESULTADOS: Dez comissões apresentaram institucionalidade avançada. O conteúdo das negociações foi diversificado em todos os estados e na maioria aderente à realidade estadual. Entretanto, um terço das comissões expressaram assimetrias de poder entre esferas de governo. Relações intergovernamentais cooperativas e interativas predominaram em 54,0% dos estados. As dimensões de institucionalidade, conteúdo das negociações e processo político influenciaram a capacidade de atuação das Comissões Intergestores Bipartites na formulação da política e na coordenação federativa em saúde. Predominaram comissões com capacidade de atuação elevada nas regiões Sul e Sudeste e comissões com capacidade de atuação baixa no Norte e Nordeste.

CONCLUSÕES: A variação regional entre as comissões sugere a influência de condicionantes histórico-estruturais (desenvolvimento socioeconômico, barreiras geográficas, características do sistema de saúde) na sua capacidade de coordenação intergovernamental em saúde. No entanto, em alguns estados, observou-se a possibilidade de superação de parte das dificuldades estruturais por meio de transformações institucionais e políticas. A realização de investimentos federais diferenciados por macrorregiões e estados é fundamental para a superação de desigualdades estruturais que repercutem nas instituições políticas. A atuação das CIB constitui um avanço, mas o fortalecimento de sua capacidade de coordenação federativa em saúde é crucial para a organização regionalizada do sistema de saúde nos estados brasileiros.

DESCRITORES: Federalismo. Sistema Único de Saúde. Política de Saúde. Gestão em Saúde. Relações intergovernamentais.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To analyze the dynamics of operation of the Bipartite Committees in health care in the Brazilian states.

METHODS: The research included visits to 24 states, direct observation, document analysis, and performance of semi-structured interviews with state and local leaders. The characterization of each committee was performed between 2007 and 2010, and four dimensions were considered: (i) level of institutionality, classified as advanced, intermediate, or incipient; (ii) agenda of intergovernmental negotiations, classified as diversified/restricted, adapted/not adapted to the reality of each state, and shared/unshared between the state and municipalities; (iii) political processes, considering the character and scope of intergovernmental relations; and (iv) capacity of operation, assessed as high, moderate, or low.

RESULTS: Ten committees had advanced level of institutionality. The agenda of the negotiations was diversified in all states, and most of them were adapted to the state reality. However, one-third of the committees showed power inequalities between the government levels. Cooperative and interactive intergovernmental relations predominated in 54.0% of the states. The level of institutionality, scope of negotiations, and political processes influenced Bipartite Committees' ability to formulate policies and coordinate health care at the federal level. Bipartite Committees with a high capacity of operation predominated in the South and Southeast regions, while those with a low capacity of operations predominated in the North and Northeast.

CONCLUSIONS: The regional differences in operation among Bipartite Interagency Committees suggest the influence of historical-structural variables (socioeconomic development, geographic barriers, characteristics of the health care system) in their capacity of intergovernmental health care management. However, structural problems can be overcome in some states through institutional and political changes. The creation of federal investments, varied by regions and states, is critical in overcoming the structural inequalities that affect political institutions. The operation of Bipartite Committees is a step forward; however, strengthening their ability to coordinate health care is crucial in the regional organization of the health care system in the Brazilian states.

DESCRIPTORS: Federalism. Unified Health System. Health Policy. Health Care Management. Intergovernmental relations.

INTRODUÇÃO

As federações representam formas de organização político-territorial que exigem a combinação de “autogoverno com governo compartilhado”.⁴ Os países federativos podem ser descritos com base em características institucionais que compreendem arranjos jurídico-legais para definir responsabilidades entre níveis de governo, regras e mecanismos decisórios que incorporem atores e interesses territoriais, arranjos fiscais e transferências intergovernamentais, e arranjos formais e informais entre governos, verticais e horizontais.^{10,11,18}

As instituições federativas afetam e são afetadas pelas políticas sociais em uma relação que varia conforme o contexto dos países e o tempo.¹⁰ Tais influências se expressam na emergência de novos atores, na definição de suas estratégias e na configuração de processos políticos compartilhados.¹²

A formulação e implementação das políticas sociais nas federações exigem, portanto, estratégias de coordenação federativa, entre as quais se situam as instâncias de negociação intergovernamental.^{1,2}

O Brasil é uma federação populosa, territorialmente extensa e desigual, que compreende 26 estados, um Distrito Federal e mais de 5.560 municípios. Ainda que a questão federativa tenha sido historicamente relevante na saúde, ela assume maior importância a partir da Constituição de 1988, que instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS), público e universal, orientado pela diretriz de descentralização político-administrativa, com comando único em cada esfera de governo.

A implementação de uma política nacional de saúde nesse contexto requer estratégias de articulação intergovernamental, visando compatibilizar a descentralização político-administrativa com a organização regionalizada e hierarquizada de serviços de saúde, cuja abrangência pode extrapolar limites municipais e estaduais. A experiência nos 25 primeiros anos de criação do SUS revela a adoção de estratégias inovadoras de coordenação federativa, incluindo a instituição de comissões intergovernamentais em saúde no âmbito nacional e estadual.^{3,9,17}

Em 1991, a Comissão Intergestores Tripartite, composta por representantes das três esferas de governo, começou a atuar no debate sobre a política de saúde no âmbito nacional. Quanto às Comissões Intergestores Bipartites (CIB), foram estruturadas entre 1993 e 1995 nos estados brasileiros, formadas paritariamente por representantes das secretarias de Saúde estaduais e municipais. As atribuições definidas para as CIB foram: elaboração de propostas para a gestão descentralizada do SUS; adaptação das normas nacionais às condições de cada estado; acompanhamento e avaliação da gestão descentralizada do sistema de saúde; decisão sobre os critérios para a alocação dos recursos federais da saúde; e desenvolvimento de propostas para a operacionalização das políticas.⁸

Desde então, tais comissões atuam em negociações relativas à descentralização, distribuição de recursos financeiros federais e estaduais, definição de responsabilidades e construção de parcerias entre entes federativos. As CIB foram importantes nos diversos momentos de descentralização da política, norteados pelas normas operacionais do SUS.⁵ A partir de 2006, as diretrizes nacionais do Pacto pela Saúde^a representaram novo incentivo à intensificação das negociações intergovernamentais, com ênfase na regionalização, trazendo implicações para o funcionamento das CIB.⁷

Estudos sobre as CIB ainda são escassos e, em geral, delimitados a poucos casos. Entretanto, trabalhos prévios identificam, como potencialidades da atuação das CIB, a construção de parcerias intergovernamentais e a consolidação de prática de negociação equilibrada e

participativa entre os gestores.^{6,13,15} Além disso, estudos de caso sugerem diversidade entre os estados, no funcionamento dessas instâncias.⁹

O objetivo do presente estudo foi analisar a dinâmica de funcionamento das Comissões Intergestores Bipartites, em estados do Brasil.

MÉTODOS

O estudo enfocou a caracterização da atuação das CIB em 24 estados brasileiros, de 2007 a 2010, momento de dinamismo das relações intergovernamentais em face dos processos de adesão ao Pacto pela Saúde e ênfase na regionalização. Os estados do Maranhão e Tocantins não foram incluídos devido a problemas políticos no momento da pesquisa.

Os métodos compreenderam: visitas aos 24 estados; observação direta do funcionamento das secretarias executivas e de reuniões da CIB (de câmaras técnicas ou plenárias); análise documental (regimento, documentos oficiais e atas de reuniões); e realização de quatro entrevistas semiestruturadas em cada estado com o Secretário de Estado de Saúde, o Presidente do Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS), o secretário executivo da CIB e o dirigente estadual da saúde responsável pela regionalização.

A análise da dinâmica das CIB considerou quatro dimensões que orientaram a elaboração dos instrumentos de pesquisa e o trabalho de campo: institucionalidade; conteúdo das negociações intergovernamentais; processo político; e capacidade de atuação.

A dimensão da institucionalidade da CIB teve por interesse aspectos normativos, cognitivos e políticos que lhe conferem densidade e legitimidade como instância de negociação intergovernamental, tais como: existência de estruturas permanentes de processamento dos temas; regularidade das plenárias; representatividade dos membros e legitimidade da comissão. A partir dessas variáveis – aferidas com base na análise do regimento e atas, observação, mapeamento de participantes e entrevistas –, a institucionalidade da CIB foi classificada como avançada, intermediária ou incipiente.

A dimensão conteúdo das negociações intergovernamentais considerou: a diversidade dos temas tratados nas reuniões (perfil diversificado ou restrito); a presença de assuntos próprios do estado e a capacidade de adaptação estadual das políticas nacionais (temática aderente ou não aderente à realidade estadual); e a forma de construção da agenda, no que se refere ao equilíbrio de poder entre governo estadual e municípios (agenda

^a Ministério da Saúde. Portaria GM/MS, nº 399 de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. *Diário Oficial Uniao*. 23 Feb 2006 [citado 2013 fev 7]; Seção 1:43-51. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>

compartilhada ou não compartilhada). A classificação dessa dimensão foi baseada na análise das atas de reuniões, complementada pelas entrevistas.

A terceira dimensão de análise, o processo político, referiu-se ao perfil e intensidade das relações intergovernamentais na CIB. Buscou-se identificar a predominância de convergências ou divergências de visões e interesses (perfil cooperativo, cooperativo/conflictivo ou conflictivo), bem como a frequência e regularidade das relações estabelecidas (interativas, formalistas ou restritas). As entrevistas foram fundamentais para a caracterização dessa dimensão, complementadas por análise documental.

A quarta dimensão, a capacidade de atuação da CIB, concerne à sua habilidade em formular e implementar políticas, bem como em estabelecer parcerias entre governos estaduais e municipais para a solução de problemas regionais. A capacidade de atuação da CIB foi avaliada como elevada, moderada ou baixa, valorizando-se a análise de documentos que expressavam desdobramentos das reuniões (resoluções, normas, planos e projetos), complementada pelas entrevistas.

A Tabela 1 sistematiza as dimensões e variáveis de caracterização da dinâmica das CIB nos estados.

O estudo foi aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo sob o Protocolo 0175/09 em 6/5/2009 e seguiu as normas pertinentes.

RESULTADOS

Em 2010, as CIB apresentavam entre 15 e 17 anos de funcionamento, observando-se diferenças entre os estados no que se refere à sua dinâmica de atuação.

Quanto à institucionalidade das CIB, dez comissões foram classificadas como avançadas, dez como intermediárias e quatro como incipientes. Contudo, a situação dos estados foi diversificada, com variação entre regiões (Figura 1). Todas as comissões dos estados das regiões Sudeste e Sul apresentaram institucionalidade avançada. As outras três CIB, com essa classificação, eram da região Nordeste (duas) e Centro-Oeste. A situação de institucionalidade intermediária predominou entre as CIB das regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste. Dois estados da região Norte e dois da Nordeste compreendiam as CIB com institucionalidade incipiente no momento da pesquisa.

Considerando que as CIB foram criadas na mesma época, o tempo de funcionamento não foi uma variável diferenciadora de sua institucionalidade, mais influenciada por outras características histórico-estruturais e institucionais (perfil dos municípios, arranjo federativo, capacidades institucionais dos governos e trajetória específica das CIB).

A classificação “avançada” se relacionou à maturidade e solidez dessa instância como espaço de negociação e decisão intergovernamental sobre a política de saúde.

Tabela 1. Dimensões e variáveis de caracterização da dinâmica das Comissões Intergestores Bipartites nos estados. Brasil, 2007-2010.

Dimensão	Variável	Tipo
Institucionalidade das CIB	Presença de instâncias de integração e processamento técnico-político dos temas tratados (Câmara Técnica, Grupos de Trabalho ou estruturas similares) Regularidade de funcionamento da plenária das CIB e suas estruturas de organização interna (Câmara Técnica e outras) Existência de representatividade regional (por meio da escolha de representantes ou do funcionamento regular de instâncias regionais) Legitimidade das CIB como instância de negociação e decisão técnico-política (inclui legitimidade dos membros estaduais e municipais)	Avançada Intermediária Incipiente
Conteúdo das negociações intergovernamentais nas CIB	Diversidade da temática Presença de assuntos/questões relacionados ao estado (próprios do estado, das suas regiões e seus municípios); capacidade de adaptação à realidade estadual Construção conjunta da agenda com relativo equilíbrio de poderes entre os municípios e o governo estadual (compartilhada)	Diversificada ou restrita Aderente ou não aderente Compartilhada ou não compartilhada
Processo político	Perfil das relações intergovernamentais: predominância de convergência ou divergência de visões e interesses (predominantemente cooperativas ou conflitivas) ou presença marcante de conflito e cooperação (cooperativas-conflitivas) Intensidade das relações intergovernamentais: irregulares ou pouco frequentes (restritas), associadas apenas a procedimentos formais (formalistas), dinâmicas, intensas e abrangentes (interativas)	Predomínio de relações intergovernamentais: cooperativas, conflitivas, cooperativas-conflitivas; interativas, formalistas ou restritas
Capacidade de atuação das CIB	Capacidade de formulação e implementação de políticas Capacidade de gerar coordenação intergovernamental (parcerias, formalização de compromissos, superação de impasses e conflitos)	Elevada Moderada Baixa

Fonte: Elaboração dos autores.

CIB: Comissões Intergestores Bipartite

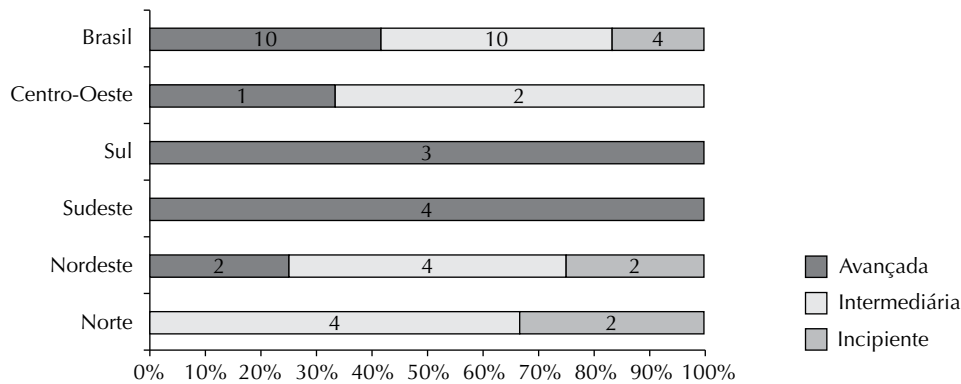


Figura 1. Distribuição das Comissões Intergestores Bipartites em saúde dos estados, segundo tipo de institucionalidade e regiões. Brasil, 2007-2010.

Isso se expressou na existência de regras claras, no funcionamento regular, no caráter participativo e dinâmico das plenárias, na realização de reuniões prévias entre representantes estaduais e municipais para análise de temas. Nos estados em que existiam grupos técnicos regulares, notou-se maior consistência dos debates e decisões conjuntas.

A representatividade dos membros – estaduais e municipais – também foi relevante para a diferenciação das CIB. Na situação de institucionalidade avançada, os representantes das secretarias estaduais de Saúde eram os atores técnico-políticos que respondiam por áreas estratégicas para o sistema de saúde; já os representantes municipais eram escolhidos em debates promovidos pelo Conselho de Secretários Municipais de Saúde, considerando a diversidade intraestadual. Outra variável que favoreceu a consideração da diversidade do sistema de saúde foi a existência de instâncias de negociação regionais.

A organização adequada e o dinamismo técnico-político da secretaria executiva da comissão estiveram relacionados à institucionalidade da CIB, mas não foram determinantes isolados. A trajetória da comissão, a existência de regras claras, sólidas e pactuadas de funcionamento, o perfil dos representantes e a legitimidade política dessa instância para os gestores foram mais relevantes. Nos estados em que a institucionalidade da CIB foi considerada incipiente, as fragilidades no funcionamento da secretaria executiva pareceram decorrer de limitações nessas variáveis.

A segunda categoria analisada – conteúdo das negociações intergovernamentais na CIB – mostrou um perfil geral positivo para o conjunto dos estados. Observou-se que nos 24 estados estudados o conteúdo das negociações foi diversificado, envolvendo uma variedade de campos e temas da política de saúde. Em que pese a predominância dos temas relativos à organização da assistência à saúde, temas relativos às vigilâncias (principalmente

epidemiológica), à educação em saúde, a políticas específicas e à gestão (financiamento, sistemas de informações, avaliação) foram frequentemente debatidos.

Questões relativas à regionalização, enfatizadas no contexto nacional, se destacaram na maioria dos estados. No entanto, esse tema foi mais frequente em estados com tradição de regionalização em saúde, incluindo a existência prévia de instâncias regionais de negociação. Em um terço dos estados estudados, a regionalização esteve pouco presente nas pautas da comissão, o que pode refletir diferenças no estágio e modo de condução desse processo.

Além da diversidade dos temas, em 21 estados o conteúdo dos debates e negociações na CIB mostrou aderência à realidade estadual, ainda que o peso da agenda federal na definição das pautas fosse relevante. Ou seja, na maior parte dos estados, tais comissões propiciaram o debate sobre temas próprios e realizaram esforços para adaptação de normas nacionais do contexto estadual, regional ou local. Isso levou à diversidade de focos dos debates entre comissões, que se diferenciaram segundo regiões. Na região Norte, observou-se maior peso de questões referentes ao controle de doenças endêmicas e à prestação direta de serviços, incluindo transferências de unidades e servidores. Já nos estados com forte presença do setor privado vinculado ao SUS, sobressaíram questões relativas à regulação dos prestadores (credenciamentos, contratos realizados, ajustes de tetos, organização de fluxos e medidas em face do não cumprimento de contratos e convênios). Em somente três estados as CIB apresentaram atuação eminentemente subordinada às pautas nacionais.

Observou-se ainda que em dois terços dos estados o conteúdo das negociações foi definido de forma compartilhada entre estados e municípios, mostrando relações de poder equilibradas na definição dos temas de discussão na CIB. Em um terço dos estados, notou-se expressiva assimetria de poder entre a instância estadual e os municípios na construção da pauta e nos debates da comissão, com maior peso do estado.

A combinação das variáveis que compõem a dimensão do conteúdo das negociações intergovernamentais na CIB – diversidade dos temas, aderência dos debates à realidade estadual e compartilhamento da definição de pautas – permitiu identificar quatro grupos de estados (Figura 2).

O primeiro grupo compreende 14 estados (59,0% do total), cujo conteúdo das negociações na CIB é diversificado, aderente à realidade estadual e com definição compartilhada entre estados e municípios. Integram esse grupo os estados das regiões Sul e Sudeste (exceto um), dois da Centro-Oeste, quatro da Nordeste e dois da Norte.

O segundo grupo mais expressivo (29,0% dos casos) é formado por sete estados em que o conteúdo das negociações na CIB é diversificado e aderente à realidade estadual, porém sua definição não é equilibrada entre estado e municípios. Enquadraram-se nesse grupo três estados da região Norte, três da Nordeste e um da Sudeste.

Na região Norte identificou-se uma CIB com situação peculiar: conteúdo das negociações diversificado, com definição compartilhada entre estado e municípios, porém não aderente à realidade estadual, sendo eminentemente vinculado a pautas federais.

Outro grupo é formado por dois estados – um do Nordeste e um do Centro Oeste –, em que o conteúdo das negociações intergovernamentais na CIB é diversificado, porém não aderente à realidade estadual e com definição não compartilhada entre estado e municípios. Tais limitações restringem sua capacidade de atuação como instância de coordenação intergovernamental, ao reiterarem as assimetrias de poder entre as três esferas e heterogeneidades de capacidade institucional presentes no federalismo brasileiro, ao invés de atenuá-las.

A terceira categoria de análise da pesquisa foi o processo político na CIB, considerando a natureza e a intensidade das relações intergovernamentais. Observou-se no conjunto do país predomínio no perfil “cooperativo e interativo”, presente em 13 estados (54,0%). O segundo tipo mais comum foi o “cooperativo e formalista”, registrado em quatro estados. Esses dois grupos somam mais de 2/3 dos estados, localizados nas várias regiões do País. Enquanto o primeiro grupo apresenta situação mais favorável à atuação da CIB na coordenação federativa, no segundo, apesar da predominância da cooperação, o caráter formalista das relações intergovernamentais denota lógica de articulação limitada ao cumprimento das normativas federais, como aprovação de pleitos e adesões a estratégias específicas.

As situações que impõem maiores dificuldades à coordenação federativa da política de saúde – perfis “conflitivo e formalista” e “cooperativo-conflitivo e restrito” – foram registradas em poucos estados das regiões Nordeste e Norte. Na região Norte, as restrições nas relações entre os gestores da saúde são em parte explicadas por condicionantes histórico-estruturais (longas distâncias, dificuldades de deslocamento, forte dependência da União no caso dos estados que eram territórios federais até a década de 1980) e político-institucionais (limitações de capacidade institucional e situações de instabilidade política).

Ressalte-se que a predominância de relações cooperativas não significa ausência de conflitos intergovernamentais. Em muitos estados, tais conflitos se expressam, mas são processados por meio de canais formais e informais (plenárias da comissão, reuniões de câmaras técnicas, contatos entre gestores ou entre técnicos) que favorecem a construção de acordos e a obtenção de consensos mínimos.

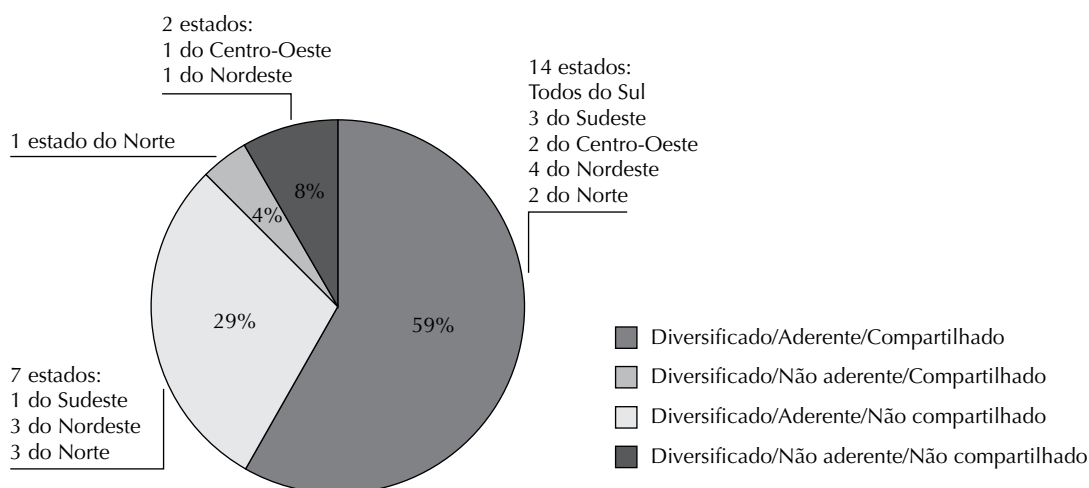


Figura 2. Distribuição das Comissões Intergestores Bipartites em saúde dos estados, segundo tipo de conteúdo das negociações intergovernamentais. Brasil, 2007-2010.

Tabela 2. Dinâmica das Comissões Intergestores Bipartites, segundo regiões e estados. Brasil, 2007-2010.

Dimensão/ Região-Estado	Institucionalidade	Conteúdo das negocia- ções intergovernamentais	Processo político/ Relações intergovernamentais	Capacidade de atuação da CIB
Região Norte				
Acre	Intermediária	D+A+C	Cooperativas e interativas	Elevada
Amapá	Intermediária	D+NA+C	Cooperativas e interativas	Baixa
Amazonas	Incipiente	D+A+NC	Cooperativas-conflitivas e restritas	Baixa
Pará	Intermediária	D+A+C	Cooperativas e formalistas	Moderada
Rondônia	Intermediária	D+A+NC	Cooperativas-conflitivas e formalistas	Baixa
Roraima	Incipiente	D+A+NC	Cooperativas-conflitivas e restritas	Baixa
Região Nordeste				
Alagoas	Incipiente	D+NA+NC	Cooperativas-conflitivas e formalistas	Baixa
Bahia	Intermediária	D+A+NC	Cooperativas-conflitivas e interativas	Moderada
Ceará	Avançada	D+A+C	Cooperativas e interativas	Elevada
Paraíba	Incipiente	D+A+C	Cooperativas-conflitivas e formalistas	Baixa
Pernambuco	Intermediária	D+A+NC	Conflitivas e formalistas	Baixa
Piauí	Intermediária	D+A+NC	Cooperativas e interativas	Moderada
Rio Grande do Norte	Intermediária	D+A+C	Cooperativas e formalistas	Moderada
Sergipe	Avançada	D+A+C	Cooperativas e interativas	Elevada
Região Sudeste				
Espírito Santo	Avançada	D+A+NC	Cooperativas e formalistas	Moderada
Minas Gerais	Avançada	D+A+C	Cooperativas e interativas	Elevada
Rio de Janeiro	Avançada	D+A+C	Cooperativas e interativas	Elevada
São Paulo	Avançada	D+A+C	Cooperativas e interativas	Elevada
Região Sul				
Paraná	Avançada	D+A+C	Cooperativas e interativas	Elevada
Rio Grande do Sul	Avançada	D+A+C	Cooperativas e interativas	Elevada
Santa Catarina	Avançada	D+A+C	Cooperativas e interativas	Elevada
Região Centro-Oeste				
Goiás	Intermediária	D+NA+NC	Cooperativas e formalistas	Baixa
Mato Grosso	Intermediária	D+A+C	Cooperativas e interativas	Moderada
Mato Grosso do Sul	Avançada	D+A+C	Cooperativas e interativas	Moderada

D: Diversificado; A: Aderente à realidade estadual; NA: Não aderente à realidade estadual; C: Compartilhado; NC: Não compartilhado

Além disso, a natureza das relações intergovernamentais variou entre temas. Por exemplo, o predomínio de cooperação foi identificado em questões relativas à formação de profissionais, enquanto o conflito foi frequente nos debates sobre financiamento. Em alguns estados, observaram-se conflitos intensos envolvendo Secretarias de Estado da Saúde e gestores da capital, que concentrava parte expressiva dos serviços de saúde nos estados.

A quarta dimensão de análise da dinâmica das CIB foi a capacidade de atuação na formulação e implantação de políticas, coordenação federativa e geração de inovações na organização do sistema de saúde. Em nove estados as CIB apresentavam elevada capacidade de atuação; em sete, a capacidade de atuação foi considerada moderada; e em oito (1/3) as comissões tiveram

baixa capacidade de atuação. Registraram-se diferenças regionais: enquanto as CIB de todos os estados da região Sul e na maioria dos estados da região Sudeste apresentaram elevada capacidade de atuação, os casos de baixa capacidade de atuação se concentraram nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste.

Por fim, constatou-se que a capacidade de atuação da CIB foi dependente das outras dimensões (Tabela 2). Na presença das três primeiras dimensões favoráveis, a CIB apresentou elevada capacidade de atuação em oito estados (com uma exceção). A relação recíproca corrobora o argumento: as comissões com elevada capacidade de atuação expressavam as outras três dimensões favoráveis; a única exceção apresentava duas dimensões favoráveis e uma de classificação intermediária.

Nos estados em situação mais adversa, a relação também foi registrada: as quatro CIB com institucionalidade incipiente tinham baixa capacidade de atuação. Metade das CIB com baixa capacidade de atuação apresentava institucionalidade incipiente; e outra metade apresentava institucionalidade intermediária, acompanhada por uma ou duas outras dimensões desfavoráveis.

DISCUSSÃO

A pesquisa, que abrangeu as Comissões Intergestores Bipartites de 24 estados, corroborou argumentos presentes na literatura e trouxe novos conhecimentos para a compreensão da dinâmica, dos condicionantes e das possibilidades de atuação dessas comissões. Constatou-se que a atuação das CIB na coordenação federativa da política de saúde é relevante, porém variável entre os estados da federação, com a identificação de diversidade regional.

As variações entre as CIB se expressaram na sua institucionalidade, no conteúdo das negociações intergovernamentais e nos processos políticos de negociação. A configuração dessas três dimensões, por sua vez, influenciou a capacidade de atuação das CIB na formulação da política e na coordenação federativa em saúde.

Sobre a institucionalidade das CIB, a presença de canais técnico-políticos de negociação entre estados e municípios favoreceu o estabelecimento de relações intergovernamentais cooperativas e, consequentemente, a sua capacidade na definição da política. O reconhecimento da relevância e legitimidade dessa comissão pelos altos dirigentes de Secretaria de Estado de Saúde – expresso na sua participação nas reuniões, capacidade de diálogo e respeito aos acordos estabelecidos – e a existência de um Conselho de Secretários Municipais de Saúde forte, política e tecnicamente, também facilitaram a coordenação intergovernamental por meio das CIB. Na ausência dessas condições, o funcionamento da comissão se limitava à realização de plenárias mensais em que estado e municípios conduziam encaminhamentos administrativos, com repercussão limitada sobre a definição de políticas.

Quanto ao conteúdo das negociações intergovernamentais, um achado expressivo foi a diversidade de temas e questões tratadas, em todas as CIB. Por outro lado, houve variações quanto à capacidade de construção de agendas próprias internas ao estado e ao equilíbrio de poder entre estado e municípios na definição das pautas.

No que diz respeito ao primeiro aspecto, o peso das normas e temas nacionais, apontado por outros autores,⁹ foi confirmado, particularmente no que concerne à adesão a programas e ao recebimento de recursos federais. No

entanto, em concordância com estudo prévio,¹⁶ a pesquisa constatou que na maior parte dos estados a atuação das CIB favoreceu a discussão de desdobramentos das políticas nacionais nos sistemas estaduais de saúde, a definição de agendas próprias e a adequação regional das divisões de responsabilidades dos estados e municípios na gestão do sistema de saúde. Em poucos estados a atuação das CIB foi exclusivamente pautada por questões nacionais. Quanto ao segundo aspecto – o equilíbrio de poder entre entes federativos –, houve razoável número de casos em que a esfera estadual se destacou na construção da agenda *vis-à-vis* a esfera municipal.

Outro achado importante diz respeito ao fortalecimento recente da temática da regionalização nos debates das CIB, o que sugere a relevância dessas comissões nos processos de regionalização em andamento nos estados, que são muito diversificados.⁷ A pesquisa, realizada no período de implementação do Pacto pela Saúde,⁸ mostrou que as CIB foram importantes nas decisões relativas à conformação ou fortalecimento de instâncias regionais de negociação intergovernamental, ao planejamento regional e à conformação de redes. Em 2011, após o término da pesquisa, um decreto presidencial^b agregou responsabilidades às CIB, definiu a Comissão Intergestores Regional (CIR) como espaço de estabelecimentos de pactos para a conformação de redes de atenção e propôs o “contrato organizativo” entre governos como instrumento de reforço à regionalização.¹⁴

No que concerne ao processo político, predominou o caráter cooperativo e interativo das relações intergovernamentais nas CIB, o que reiterou o potencial dessa instância em processar conflitos inerentes ao sistema federativo e promover parcerias entre estados e municípios. Em contrapartida, nos casos de relações muito conflitivas ou restritas, a capacidade de atuação das CIB na política de saúde foi limitada.

A atuação das CIB mostrou variação regional, com o predomínio de comissões com institucionalidade avançada e capacidade de atuação elevada no Sul e Sudeste; e de comissões com institucionalidade incipiente ou intermediária e capacidade de atuação baixa ou moderada nas regiões Norte e Nordeste. Nas comissões da Centro-Oeste prevaleceu uma situação intermediária. Esse resultado sugere a influência dos condicionantes histórico-estruturais (desenvolvimento socioeconômico, barreiras geográficas, características do sistema de saúde) na capacidade de coordenação federativa da política de saúde. Porém, há estados que fogem ao perfil predominante nessas regiões, sinalizando a possibilidade de superação das dificuldades estruturais por meio de transformações institucionais e políticas.

^b Brasil. Decreto nº 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, e dá outras providências. *Diário Oficial Uniao* 29 Jun 2011 [citado 2013 fev 20]:1. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm

A constatação de assimetrias no funcionamento das CIB indica que o apoio para fortalecer a capacidade institucional dessas comissões deve ocorrer de maneira diferenciada no País, considerando os condicionantes das dificuldades observadas. O fortalecimento das CIB pode exigir estratégias, como: expansão de novas tecnologias de comunicação em estados com barreiras geográficas; apoio para constituição de instâncias técnicas permanentes de negociação intergovernamental; mudanças na representatividade das CIB, visando contemplar áreas estratégicas da secretaria estadual de Saúde e a diversidade de municípios; e apoio para o fortalecimento de instâncias regionais de articulação intergovernamental.

O principal limite do estudo foi a escassez de informações sobre o funcionamento dos colegiados ou comissões

intergovernamentais regionais que passavam por mudanças no momento da pesquisa, em virtude dos processos de adesão ao Pacto pela Saúde, com implicações para as CIB e os processos de regionalização.⁷

Por fim, a formulação de políticas nacionais e a realização de investimentos federais diferenciados por macrorregiões ou estados são fundamentais para a superação das desigualdades estruturais persistentes no Brasil, que repercutem nas instituições políticas e no funcionamento das comissões intergovernamentais. A atuação dessas instâncias constitui avanço, mas o fortalecimento de sua capacidade de coordenação federativa em saúde é crucial para a organização regionalizada do sistema de saúde nos estados brasileiros.

REFERÊNCIAS

1. Abrucio FL. A coordenação federativa no Brasil: a experiência do período FHC e os desafios do governo Lula. *Rev Sociol Polit.* 2005;24:41-67. DOI:10.1590/S0104-44782005000100005
2. Arretche M. Federalismo e relações intergovernamentais no Brasil: a reforma de programas sociais. *Dados.* 2002;45(3):431-58. DOI:10.1590/S0011-52582002000300004
3. Dourado DA, Elias PEM. Regionalização e dinâmica política do federalismo sanitário brasileiro. *Rev Saude Publica.* 2011;45(1):204-11. DOI:10.1590/S0034-89102011000100023
4. Elazar DJ. Exploring federalism. Tuscaloosa: The University of Alabama Press; 1987.
5. Levcovitz E, Lima LD, Machado CV. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. *Cienc Saude Coletiva.* 2001;6(2):269-91. DOI:10.1590/S1413-81232001000200002
6. Lima LD. A Comissão Intergestores Bipartite a CIB do Rio de Janeiro. *Physis.* 2001;11(1):199-252. DOI:10.1590/S0103-73312001000100005
7. Lima LD, Viana ALD, Machado CV, Albuquerque MV, Oliveira RG, Iozzi FL, et al. Regionalização e acesso à saúde nos estados brasileiros: condicionantes históricos e político-institucionais. *Cienc Saude Coletiva.* 2012;17(11):2881-92. DOI:10.1590/S1413-81232012001100005
8. Lucchese PTR. Descentralização do Financiamento e Gestão da Assistência à Saúde no Brasil: a implementação do Sistema Único de Saúde - Retrospectiva 1990/1995. *Planej Polit Publicas.* 1996;14:75-156.
9. Miranda A. Processo decisório em Comissões Intergestores do Sistema Único de Saúde: governabilidade resiliente, integração sistêmica (auto) regulada. *Rev Polit Planej Gestao Saude.* 2010;1(1):117-39.
10. Obinger H, Leibfried S, Castles F. Federalism and the Welfare State. Cambridge: Cambridge University Press; 2005.
11. Peterson PE. The Price of Federalism. New York: Brookings; 1995.
12. Pierson P. Fragmented Welfare States: Federal Institutions and the Development of Social Policy. *Governance.* 1995;8(4):448-78. DOI:10.1111/j.1468-0491.1995.tb00223.x
13. Ribeiro JM. Conselhos de Saúde, comissões intergestores e grupos de interesse no Sistema Único de Saúde (SUS). *Cad Saude Publica.* 1997;13(1):81-92. DOI:10.1590/S0102-311X1997000100018
14. Santos L, Andrade LOM. Redes interfederativas de saúde: um desafio para o SUS nos seus vinte anos. *Cienc Saude Coletiva.* 2011;16(3):1671-80. DOI:10.1590/S1413-81232011000300002
15. Silva IF, Labra ME. As instâncias colegiadas do SUS no estado do Rio de Janeiro e o processo decisório. *Cad Saude Publica.* 2001;17(1):22-41. DOI:10.1590/S0102-311X2001000100017
16. Viana AL, Lima LD, Oliveira RG. Descentralização e federalismo: a política de saúde em novo contexto - lições do caso brasileiro. *Cienc Saude Coletiva.* 2002;7(3):493-507. DOI:10.1590/S1413-81232002000300008
17. Viana AL, Machado CV. Descentralização e coordenação federativa: a experiência brasileira na saúde. *Cienc Saude Coletiva.* 2009;14(3):807-17. DOI:10.1590/S1413-81232009000300016
18. Watts R. Comparing Federal Systems in the 1990s. Kingston: Queens University; 1996.