



8

# NOVOS CAMINHOS

QUEM GOVERNA E COMO SE GOVERNAM AS REGIÕES E REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE NO BRASIL?

## NOTA TÉCNICA

### QUEM GOVERNA E COMO SE GOVERNAM AS REGIÕES E REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE NO BRASIL? CONTRIBUIÇÕES PARA O ESTUDO DA GOVERNANÇA REGIONAL NA SAÚDE

Luciana Dias de Lima (Ensp/Fiocruz)\*  
Mariana Vercesi de Albuquerque (Ensp/Fiocruz)\*  
João Henrique Gurtler Scatena (ISC/UFMT)\*

LIMA, L.D.; ALBUQUERQUE, M.V.; SCATENA, J.H.G.; **Quem governa e como se governam as regiões e redes de atenção à saúde no Brasil? Contribuições para o estudo da governança regional na saúde.** *Novos Caminhos, n.8. Pesquisa Política, Planejamento e Gestão das Regiões e Redes de Atenção à Saúde no Brasil.* Disponível em [www.regiaoeredes.com.br](http://www.regiaoeredes.com.br)

**Foto da capa: Radilson Carlos Gomes**

\* Os autores integram o grupo de pesquisadores do projeto Política, Planejamento e Gestão das Regiões e Redes de Atenção à Saúde no Brasil (Região e Redes).

## APRESENTAÇÃO

A regionalização é uma função atribuída ao Estado que pode ser observada na trajetória de conformação e reformas de sistemas nacionais e universais de saúde em diferentes países (Bankauskaite, Dubois e Saltman, 2007). Por um lado, esse processo envolve a definição de recortes espaciais para fins de planejamento e organização de redes de atenção; por outro, a criação e o fortalecimento de autoridades sanitárias regionais, que, nas federações, vinculam-se a esferas estaduais ou seus equivalentes (províncias, länder, cantões etc.).

No Brasil, onde imperam as desigualdades e diversidades territoriais, a regionalização é um fenômeno de enorme complexidade. Evidenciam-se, ainda, o federalismo tripartite, as transformações socioeconômicas ocorridas nas últimas décadas e a multiplicidade de agentes (governamentais e não governamentais; públicos e privados) envolvidos no financiamento, na gestão, na provisão de insumos e prestação de ações e serviços (Lima, Viana e Machado, 2014).

Estudos conduzidos sobre a regionalização da saúde no país sugerem sua apreensão de forma ampla. Esta se traduz como um processo técnico-político de múltiplas dimensões, envolvendo: a distribuição de poder e as relações estabelecidas entre governos, organizações públicas e privadas e cidadãos, no espaço geográfico (Fleury e Ouverney, 2007; Viana e Lima, 2011); o desenvolvimento de mecanismos e instrumentos de planejamento, gestão e financiamento de redes regionalizadas de ações e serviços de saúde (Mendes, 2010; Kuschnir e Chorny, 2010); a incorporação de elementos de diferenciação e diversidade socioespacial na formulação e implementação de políticas de saúde (Viana et al., 2008); a integração de diversos campos da atenção à saúde e de políticas econômicas e sociais voltadas para o desenvolvimento e a redução das desigualdades regionais (Gadelha et al., 2009); a identificação de fluxos e necessidades de saúde da população na conformação de redes assistenciais em diferentes escalas espaciais (Oliveira, Carvalho e Travassos, 2004).

Na pesquisa *Política, Planejamento e Gestão das Regiões e Redes de Atenção à Saúde no Brasil*, o enfoque da dimensão política da regionalização justifica-se pelas mudanças mais gerais nas relações entre Estado, mercado e sociedade, intensificadas no período pós-1988, e suas repercussões nas formas de condução e organização do sistema de saúde em âmbito regional. Para compreensão desses processos, propõe-se a adoção da governança como categoria de análise.

Nessa nota técnica, são apresentados os pressupostos, conceitos e referenciais que, na pesquisa, orientam o estudo da governança regional do sistema de saúde.

## O ENFOQUE DA GOVERNANÇA NA POLÍTICA PÚBLICA

O termo governança disseminou-se a partir de 1990 como uma retórica oficial de governos, para designar um modo específico de governar envolvendo agências estatais e atores privados, em uma clara associação com a temática da reforma do Estado e em diálogo com o debate internacional sobre a redução do Estado e a 'nova Administração Pública' (Rhodes, 1996). Também se encontra associado a propostas preconizadas por organismos multilaterais (particularmente, o Banco Mundial e a OCDE) para os países da América Latina e África (Sousa Santos, 2005).

No âmbito acadêmico, a governança assume relevância nas discussões contemporâneas sobre gestão pública e políticas públicas. O conceito possui significados bastante distintos, com o objetivo de enfatizar uma variedade de aspectos relacionados aos processos de governo (Rhodes, 1996; Stoker, 1998; Levi-Faur, 2012): estrutura ou conjunto de regras e instituições; modo específico de produção de políticas; mecanismo para forçar a cooperação e reduzir os custos de transação; estratégia de produção de condições de governar.

De modo geral, a governança refere-se à redefinição e ampliação das formas de relacionamento entre Estado e sociedade ou entre governos, agentes privados e sociedade, tendo como traço distintivo a dimensão relacional e a forte interdependência (entre grupos e organizações) que caracteriza uma dada política. De certa forma, marca a descentralização do processo decisório e da ação pública para fora dos limites das instituições formais do Estado.

No Brasil, Marques (2013) identifica a associação do conceito a duas formas de organização do governo, que denotam 'forte desconfiança em relação ao Estado'. Numa primeira acepção, a governança está associada à transferência de atividades e funções para agentes privados e à incorporação de mecanismos de mercado visando à eficiência e à melhoria de desempenho do Estado. Em uma segunda perspectiva, a noção de governança está relacionada à atuação da sociedade nos processos decisórios, nas vertentes participativa e deliberativa. Nesse caso, formas participativas e deliberativas de democracia são vistas como capazes de contribuir para o enfrentamento dos desafios da ação pública contemporânea, tanto para ampliação das capacidades do Estado, como para melhoria da dinâmica da formação de preferências, da construção de soluções inovadoras e de *accountability*.

Segundo o autor, ambas acepções resultaram na disseminação de visões prescritivas ou normativas da governança, e de 'ficções sobre políticas públicas e sobre a política que as cercam' (Marques, 2013), tais como: a noção de governança como arranjo substitutivo ao governo; o sentido necessariamente positivo de governança; a governança como forma de excluir hierarquias e produzir horizontalidades; a governança como sinônimo de mais democracia, de mais eficiência e melhor capacidade de governo, de melhores práticas ou de 'bom governo'.

Em que pesem as limitações conceituais, Defarges (2008) argumenta que a governança permite descrever e explicar processos relacionados ao exercício de poder em uma sociedade complexa, conformada por autoridades independentes e com relativo grau de autonomia. Nesses casos, observam-se formas policêntricas de condução da política.

Marques (2013) também sugere a pertinência do conceito para análise da produção de políticas em sistemas dotados de vários graus de institucionalização. Isso porque a governança está relacionada à emergência de outras organizações assim como a capacidade de ação de vários atores, que não apenas os governamentais – incluindo agentes privados, comunidades profissionais e movimentos sociais - na condução das políticas públicas. A governança inclui, além dos mecanismos governamentais, dispositivos informais, não governamentais, pelos quais são guiadas as ações coletivas. Reconhecendo a importância dos governos, o conceito de governança permite a incorporação sistemática de atores não estatais, e aceita a existência de limites nem sempre claros entre eles.

Partindo dessa discussão, propõe-se na pesquisa a adoção de um enfoque ‘aberto’, não prescritivo de governança. Entende-se governança como a ação de governar, incluindo o exercício de poder e a condução da política pública, em um processo que envolve relações entre múltiplos atores em contextos institucionais específicos. Mesmo admitindo que Estado e sociedade possam ser apreendidos mediante características, atores e interesses específicos, afirma-se com esse enfoque a forte conexão existente entre ambos no processo político.

## O ENFOQUE DA GOVERNANÇA NA POLÍTICA DE SAÚDE

O uso da governança aplica-se aos estudos de políticas de saúde, frente à complexidade das intervenções regulatórias do Estado no setor (Jakubowski e Saltman, 2013; Greer, Jarman e Azorsky, 2014). A política de saúde é marcada pela atuação de diversos grupos e organizações em função de diferentes fatores: repartição dos esquemas de financiamento e provisão de insumos e serviços; processos de descentralização de funções para entes subnacionais (regionais e locais) e empresas privadas, com ou sem fins lucrativos; autonomia relativa dos prestadores (incluindo os profissionais) na execução de ações e serviços.

A categoria torna-se útil, portanto, pelas próprias características da política de saúde, onde peso da lógica de mercado (mercantil) e das corporações profissionais (corporativa) no processo decisório é forte e muitas vezes se apresenta de forma concorrencial e não colaborativa com a lógica pública (do direito à saúde).

No Brasil, a saúde expressa de modo específico processos mais amplos de reforma do Estado, intensificados nos últimos vinte e cinco anos, em que se destacam:

1. a descentralização e o estímulo à conformação de sistemas de políticas públicas no contexto de reconcentração de recursos políticos e fiscais no executivo federal (Almeida, 2007; Arretche, 2012; Franzese e Abrucio, 2013);
2. a flexibilização e a mercantilização da gestão e da oferta de serviços públicos (Costa, 2010; Loureiro, Abrucio e Pacheco, 2010);
3. a emergência de novos atores e a institucionalização de práticas participativas associadas à democratização (Coelho e Nobre, 2004).

Esses processos configuraram-se ao longo do tempo e no espaço, provocando alterações nas instituições, nos atores, suas relações e capacidade de atuação no sistema de saúde (Quadro 1).

**Quadro 1. Elementos da reforma do Estado no Brasil e suas repercussões na política de saúde**

<b>Descentralização</b>	<b>Mercantilização</b>	<b>Democratização</b>
Redefinição de funções entre os entes governamentais com ampliação das responsabilidades dos municípios. Fortalecimento do papel regulador do Ministério da Saúde. Expansão dos mecanismos de coordenação federativa. Diversidade de acordos intergovernamentais sobre a gestão dos recursos financeiros e a prestação de serviços.	Mudanças no sistema econômico e influência das ideias da 'nova Administração Pública'. Transformações nas formas de organização da Administração Pública (expansão da Administração Indireta) e nos mecanismos de contratação de profissionais de saúde. Expansão do setor privado (com ou sem fins lucrativos) na gestão dos serviços. Reconfiguração do segmento suplementar.	Mudanças no sistema político (relações entre os Poderes e ampliação do papel do Ministério Público) e nas formas de organização e expressão de interesses da sociedade (partidos políticos, organizações corporativas, sindicatos, movimentos organizados) no setor saúde. Expansão dos espaços de participação da sociedade civil (tais como Conselhos, Conferências de Saúde e fóruns de políticas específicas) e dos agentes implementadores (gestores e profissionais de saúde) no processo de produção das políticas.

Fonte: Elaboração dos autores.

Diversos trabalhos demonstram a importância dos mecanismos de indução e coordenação para o processo de descentralização do Sistema Único de Saúde (Levcovitz, Lima e Machado, 2001; Arretche, 2003; Viana e Machado, 2009), mecanismos estes que permitiram o fortalecimento da regulação federal de forma concomitante à ampliação das funções desempenhadas pelos municípios. (Machado, 2007). As estratégias adotadas também favoreceram a configuração de espaços de negociação federativa, a diversificação dos acordos sobre a gestão dos recursos financeiros e a prestação de serviços (Viana, Lima e Oliveira, 2002), e a disseminação das regras instituídas no plano nacional e estadual (Miranda, 2010; Dourado e Elias, 2011; Lima, Queiroz, Machado e Viana, 2012).

Entretanto, os resultados da descentralização da saúde no Brasil são contraditórios e altamente dependentes das condições prévias locais. As características dos sistemas descentralizados de saúde refletem diferentes capacidades financeiras e organizacionais para a prestação de serviços e distintas disposições políticas de governadores e prefeitos (Souza, 2002). Verificam-se problemas relativos à desintegração da atuação regional de instituições, serviços e práticas, e dificuldades para a conformação de arranjos cooperativos entre os governos que garantam o acesso integral à saúde (Campos, 2006).

Ressalta-se que regionalização ganha relevo no cenário nacional somente na virada dos anos 2000, sem uma revisão adequada do papel dos governos estaduais (Lima et al., 2010). No Sistema Único de Saúde (SUS), as denominadas 'regiões de saúde' do ponto de vista da ação governamental não estão subordinadas a uma única autoridade sanitária (ente federado) ou estrutura de gestão regional constituída no âmbito dos estados. Essas regiões constituem-se

como lócus privilegiado de negociação intergovernamental, e estão atualmente referidas à implantação de Comissões Intergestores Regionais (CIR) (Brasil, 2011).

As escalas espaciais definidas nas 'regiões de saúde' traduzem um acordo técnico-político, por vezes provisório, entre governos e gestores da saúde, em um território contíguo, refletindo diferentes projetos políticos (não necessariamente convergentes) e desiguais capacidades governativas das esferas de governo que atuam na região. Nesse processo há forte interdependência federativa – nos processos de formulação e implementação de políticas, na organização e gestão de redes de atenção à saúde –, sendo que as estratégias e os instrumentos de coordenação intergovernamental assumem papel de destaque na regionalização (Campos, 2006; Fleury e Ouverney, 2007; Viana e Lima, 2011; Santos e Andrade, 2011).

Por sua vez, a flexibilização e a mercantilização de gestão e oferta de serviços refletiram as mudanças da economia e as repercussões das ideias associadas à 'nova Administração Pública' em diferentes âmbitos: nas formas de organização da Administração Pública (modalidades diversas da Administração Indireta, tais como Fundações Estatais) e gestão do trabalho em saúde (introdução de diferentes mecanismos de contratação de profissionais); na expansão do setor privado com ou sem fins lucrativos na gestão e prestação dos serviços do SUS (Organizações Sociais, setor filantrópico, privado lucrativo); na reconfiguração do segmento suplementar (sobre esses temas ver, por exemplo, Noronha, Santos e Pereira, 2010; Bahia, 2008 e 2012; Ocké-Reis, 2012; Martins e Molinaro, 2013).

No Brasil, a fronteira entre o público e o privado na saúde é cada vez mais tênue, tendo em vista o desempenho de inúmeras funções públicas pelo privado e a delegação para instituições privadas ou civis de funções de controle e monitoramento das ações públicas. Há, ainda, forte imbricamento do financiamento público e privado (Santos, Ugá e Porto, 2008), onde formas públicas sustentam modelos privados (subsídio à compra de planos de saúde) e recursos privados, principalmente na forma de desembolso direto pelos indivíduos, mesclam-se com fundos públicos para a sustentação de inúmeras ações de saúde (como na oferta de medicamentos, por exemplo).

No entanto, a participação dos prestadores privados no SUS é muito variável no território nacional, destacando-se sua preponderância na assistência hospitalar na maioria dos estados e capitais do país. As regiões Norte e Nordeste apresentam uma proporção mais expressiva de leitos públicos no total de leitos, cujo número absoluto ainda é considerado insuficiente para o atendimento da população, principalmente na primeira.

A oferta de serviços especializados e de alta complexidade no SUS, bem como a provisão de insumos (formação, pesquisa e produção), é bastante concentrada no eixo Sudeste-Sul e em algumas capitais das demais regiões, que também agregam forte participação privada no financiamento e na assistência à saúde (planos e seguros privados de saúde) para parcela significativa da população de média e alta renda do país que reside nesses territórios.



Por último, a democratização provocou mudanças no sistema político (relações entre os poderes e ampliação do papel do Ministério Público) e nas formas de organização e expressão de interesses da sociedade (partidos políticos, corporações profissionais, sindicatos, movimentos sociais) no setor saúde. Ao mesmo tempo, resultou na expansão de espaços de participação da sociedade civil (tais como os Conselhos, Conferências de Saúde e fóruns de políticas específicas) e dos agentes implementadores (gestores e profissionais de saúde) no processo de produção das políticas de saúde (entre outros trabalhos, Moreira e Escorel, 2009; Côrtes, 2010; Labra, 2010). Particularmente, no contexto recente, observa-se maior incentivo à representação de diferentes atores da sociedade nos programas governamentais (Pires e Vaz, 2012).

## **O ESTUDO DA GOVERNANÇA REGIONAL NA SAÚDE**

Na pesquisa, o estudo da governança está voltado para a compreensão da ação de governar a política de saúde no contexto de reconfiguração do poder do Estado no setor. O principal desafio da análise da governança é compreender como os processos de descentralização, mercantilização e democratização refletem-se na condução e organização do sistema de saúde nos espaços regionais.

A governança na saúde expressa relações de dependência, interação e acordos estabelecidos entre diversos atores (relacionados ao Estado, ao mercado e à sociedade) cujos interesses, embora muitas vezes divergentes, podem ser organizados e direcionados segundo objetivos comuns (negociados), de modo a assegurar (ou não) o direito ao acesso universal à saúde. Entretanto, os fatores que condicionam esses processos não se expressam de modo homogêneo no território nacional sendo a diversidade regional bastante significativa.

Entendem-se como elementos-chave da governança voltada para a consolidação do SUS:

1. A criação de um ambiente institucional favorável à coordenação e articulação de atores, serviços e ações em prol da universalização nas regiões de saúde.
2. O fortalecimento da capacidade do Estado na condução da política regional de saúde, o que requer o reforço da lógica territorial e o aprimoramento das funções de planejamento, regulação, financiamento, prestação nos diversos campos de atenção à saúde (assistência à saúde, vigilâncias, produção e incorporação de tecnologias e insumos, formação e gestão da força de trabalho em saúde).
3. O reforço da lógica pública orientada pelas necessidades e demandas de saúde da população que se expressam nas regiões.

Nesse sentido, algumas questões de investigação se destacam: Quais são os grupos e organizações mais influentes na configuração das regiões de saúde? Como se constitui a governança considerando as diversas dimensões envolvidas nesse processo? Quais os condicionantes e implicações da governança regional para a organização do sistema de saúde?

Partindo dos pressupostos e conceitos aqui enunciados, o estudo procurará elucidar essas questões, ainda que sem a pretensão de esgotá-las.

Como fatores condicionantes do protagonismo de determinados atores e do modo de constituição da governança regional, serão considerados na análise: os principais espaços de negociação e decisão; os processos e fluxos decisórios; as funções e atividades relacionadas à condução e organização do sistema de saúde. O Quadro 2, sistematiza o referencial de análise da pesquisa, na forma das variáveis que serão priorizadas na coleta e processamento de informações, agregadas por dimensões.

**Quadro 2. Referencial de análise da governança regional na saúde.**

<b>Dimensões</b>	<b>Protagonistas da governança regional</b>	<b>Modo como se constitui a governança</b>
Espaços de negociação e decisão.	Espaços de atuação predominantes dos atores. Peso relativo dos atores nos principais espaços de negociação e decisão.	Principais espaços de negociação e decisão. Características institucionais dos principais espaços de negociação e decisão.
Processos e fluxos decisórios.	Capacidade de influência dos atores no processo decisório.	Abrangência e escala territorial de influência dos atores. Condicionantes e formas de encaminhamento de demandas no processo decisório. Tipos de interação entre os atores.
Funções e atividades relacionadas à condução da política de saúde.	Funções desempenhadas pelos atores na condução e organização do sistema de saúde.	Modo como os atores atuam na condução e organização do sistema de saúde (estratégias e instrumentos).

Entende-se que os protagonistas da governança regional serão aqueles com maior capacidade de influência e atuação (funções, mecanismos e instrumentos) na condução e organização do sistema de saúde. Por sua vez, o modo como se constitui a governança refletirá: as características institucionais dos espaços decisórios; a abrangência, as decisões e os tipos de relações desenvolvidas entre os atores; as formas de atuação (estratégias e instrumentos utilizados) dos atores.

As informações coletadas permitirão um maior e mais sistemático conhecimento sobre participação, influência política e relações estabelecidas entre diferentes atores na condução e organização do sistema de saúde no espaço regional. Além disso, permitirá a identificação de facilitadores e entraves à regionalização do SUS.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA, M.H.T. O Estado no Brasil contemporâneo. In: MELO, C.R., SÁEZ, M.A. (Organizadores). *A Democracia Brasileira: balanço e perspectivas para o século 21*. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2007. p. 17-37.
- ARRETCHE, M.T.S. *Democracia, federalismo e centralização no Brasil*. Rio de Janeiro; Fiocruz; 2012.
- ARRETCHE, M.T.S. Financiamento federal e gestão de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia. *Ciência e Saúde Coletiva*, 8(2): 331-345, 2003.
- BAHIA, L. A démarche do privado e público no sistema de atenção à saúde no Brasil em tempos de democracia e ajuste fiscal, 1988-2008. In: LIMA, J.C.F.; MATTA, G.C. (Organizadores). *Estado, Sociedade e Formação Profissional em Saúde: Contradições e desafios em 20 anos de SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008. p. 123-185.
- BAHIA, L. Financeirização da assistência médico-hospitalar no governo Lula. In: MACHADO, C.V., BAPTISTA, T.W.F., LIMA, L.D., 2012. (Organizadoras). *Políticas de Saúde no Brasil: continuidades e mudanças*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p. 91-113.
- BANKAUSKAITE, V.; DUBOIS, H. F. W.; SALTMAN, R. B. Patterns of decentralization across European health systems. In: SALTMAN, R.B.; BANKAUSKAITE, V.; VRANGBAEK, K. (Organizadores), *Decentralization in health care: strategies and outcomes*. England: Open University Press. 2007, p. 22–43.
- 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 da União* 2011, 29 jun.
- CAMPOS, G.W.S. Efeitos paradoxais da descentralização do Sistema Único de Saúde do Brasil. In: FLEURY, S. (Organizadora). *Democracia, descentralização e desenvolvimento: Brasil e Espanha*. Rio de Janeiro: FGV, 2006. p. 417-442.
- COELHO, V.S.P.; NOBRE, M. (Organizadores). *Participação e deliberação. Teoria democrática e experiências institucionais no Brasil contemporâneo*. São Paulo: Editora 34, 2004.
- CÔRTEZ, S.M.V. Conselhos e conferências de saúde: papel institucional e mudança nas relações entre Estado e sociedade. In: FLEURY, S.; LOBATO, L.V.C. (Organizadores). *Participação, democracia e saúde*. Rio de Janeiro: Cebes; 2010. p. 102-128.
- COSTA, F.L. *Reforma do Estado e contexto brasileiro: crítica do paradigma gerencialista*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2010.
- DEFARGES, P. M. *La Gouvernance*. Paris: PUF. 2008.
- DOURADO, D.A.; ELIAS, P.E.M. Regionalização e dinâmica política do federalismo sanitário brasileiro. *Revista de Saúde Pública*, 45(1):204-211, 2011.
- FLEURY, S.; OUVENEY, A.M. *Gestão de redes: a estratégia de regionalização da política de saúde*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2007.
- FRANZESE, C.; ABRUCIO, F.L. Efeitos recíprocos entre federalismo e políticas públicas no Brasil: os casos dos sistemas de saúde, de assistência social e de educação. In: HOCHMAN, G.; FARIA, C.A.P. (Organizadores). *Federalismo e políticas públicas no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2013. p. 381-386.
- GADELHA, C. A. G.; MACHADO, C. V.; LIMA, L. D.; BAPTISTA, T. W. Saúde e desenvolvimento: uma perspectiva territorial. In: VIANA, A. L. D.; ELIAS, P. E. M.; IBAÑEZ, N. (Organizadores). *Saúde, desenvolvimento e território*. São Paulo: Hucitec, 2009. p. 97-123.
- GREER, S.L.; JARMAN, H.; AZORSKY, A. *A reorganisation you can see from space: The architecture of power in the new NHS*. Centre for Health and Public Organization, 2014.

- JAKUBOWSKI, E.; SALTMAN, R.B (Editores). The Changing National Role in Health System Governance. A case-based study of 11 European countries and Australia. The European Observatory on Health Systems and Policies/WHO, 2013.
- KUSCHNIR, R.; CHORNY, A.H. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. *Ciência e Saúde Coletiva*, 15 (5):2307-2316, 2010.
- LABRA, M.E. Política nacional de participação na saúde: entre a utopia democrática do controle social e a práxis predatória do clientelismo empresarial. In: FLEURY, S.; LOBATO, L.V.C. (Organizadores). *Participação, democracia e saúde*. Rio de Janeiro: Cebes, 2010. p. 176-203. (pdf)
- LEVCOVITZ, E., LIMA, L. D., MACHADO, C. V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e papel das normas operacionais básicas. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, 6(2): 269-291, 2001.
- LEVI-FAUR, D. *Oxford Handbook of Governance*. Oxford: Oxford University Press, 2012.
- LIMA, L. D.; MACHADO, C.V.; BAPTISTA, T.W.; PEREIRA, A.M.M. O pacto federativo brasileiro e o papel do gestor estadual do SUS. In: UGÁ, M. A. et al. (Organizadores). *Política de saúde no estado do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010. p. 27-58.
- LIMA, L.D.; QUEIROZ, L.; MACHADO, C.V.; VIANA, A.L.D. Descentralização e regionalização: dinâmica e condicionantes da implantação do Pacto pela Saúde no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, 17(7): 1903-1914, 2012.
- LIMA, L.D.; VIANA, A.L.D.; MACHADO, C.V. A regionalização da saúde no Brasil: condicionantes e desafios. In: SCATENA, J.H.G.; Kehrig, R.T.; SPINELLI, M.A.S. (Organizadores). *Regiões de Saúde: diversidade e processo de regionalização em Mato Grosso*. São Paulo: Hucitec, 2014. p. 21-46.
- LOUREIRO, M.R.; ABRUCIO, F.L.; PACHECO, R.S. (Organizadores). *Burocracia e política no Brasil: desafios para a ordem democrática no século XXI*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2010.
- MACHADO, C.V. O modelo de intervenção do Ministério da Saúde nos anos 90. *Cadernos de Saúde Pública*, 23 (9): 2113-2126, 2007.
- MARQUES, E. C. Government, Political Actors and Governance in Urban Policies in Brazil and São Paulo: Concepts for a Future Research Agenda. *BPRS*, 7 (3): p.8-35, 2013.
- MARTINS, M.I.C.; MOLINARO, A. Reestruturação produtiva e seu impacto nas relações de trabalho nos serviços públicos de saúde no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, 18(6): 1667-676; 2013.
- MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, 15(5): 2297-2305, 2010.
- MIRANDA, A. Processo decisório em Comissões Intergestores do Sistema Único de Saúde: governabilidade resiliente, integração sistêmica (auto) regulada. *Revista Política, Planejamento e Gestão em Saúde/ABRASCO*, 1(1):117-139, 2010.
- MOREIRA, M.R.; ESCOREL, S. Conselhos Municipais de Saúde do Brasil: um debate sobre a democratização da política de saúde nos vinte anos do SUS. *Ciência e Saúde Coletiva*, 14 (3): 795-806, 2009.
- NORONHA, J.C.; SANTOS, I.S.; PEREIRA, T.R. Relações entre o SUS e a saúde suplementar: problemas e alternativas para o futuro do sistema universal. In: SANTOS, N.R.; AMARANTE, P.D.C. (Organizadores). Rio de Janeiro: Cebes; 2010. p. 153-179.
- OCKE-REIS, C.O. *SUS: o desafio de ser único*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.
- OLIVEIRA, E.X.G.; CARVALHO, M.S.; TRAVASSOS, C. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(2): 386-402. 2004.
- PIRES, R.; VAZ, A. *Participação social como método de governo? Um mapeamento das "interfaces socioestatais" nos programas federais*. Rio de Janeiro: IPEA, 2012.

- RHODES, R. The new governance: governing without government. *Political Studies*, 46 (4): 652-667, 1996.
- RHODES, R.A. The new governance: governing without government. *Political Studies*, 44(4): p.652-667, 1996.
- SANTOS, I.S.; UGÁ, M.A.D.; PORTO, S.M. O mix público-privado no Sistema de Saúde Brasileiro: Financiamento, oferta e utilização dos serviços de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*,13(5):1431-1440, 2008.
- SANTOS, L.; ANDRADE, L. O. M. Redes interfederativas de saúde: um desafio para o SUS nos seus vinte anos. *Ciência e Saúde Coletiva*, 16(3): 1671-1680, 2011.
- SOUSA SANTOS, B. A crítica da governação neoliberal: o Fórum Social Mundial como política e legalidade cosmopolita subalterna. *Revista Crítica de Ciências Sociais*,72: 7-44, 2005.
- SOUZA, C. Governos e sociedades locais em contextos de desigualdades e de descentralização. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 42(2):593-634, 2002.
- STOKER, G. Governance as theory: five propositions. *International Social Science Journal*. 50(155): 17-28, 1998.
- VIANA, A.L.D. et al. Novas perspectivas para a regionalização da saúde. *São Paulo em Perspectiva*, 22 (1): 92-106, 2008.
- VIANA, A.L.D.; LIMA, L.D. (Organizadores). *Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2011.
- VIANA, A.L.D.; LIMA, L.D.; OLIVEIRA, R.G. Descentralização e federalismo: a política de saúde em novo contexto – lições do caso brasileiro. *Ciência e Saúde Coletiva*, 7(3): 493-507, 2002.
- VIANA, A.L.D.; MACHADO, C.V. Descentralização e coordenação federativa: a experiência brasileira na saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, 14(3): 807-817, 2009.