Redes e hierarquias: uma reflexão sobre arranjos de gestão na busca da eqüidade em saúde*

Maria Ceci Misoczky**

SUMÁRIO: 1. Introdução; 2. A reforma do setor saúde orientada pela reforma do aparelho de Estado; 3. De estruturas e hierarquias; 4. Redes interorganizacionais como caminho para a eqüidade: potencialidades e dificuldades; 5. Considerações finais.

SUMMARY: 1. Introduction; 2. The health sector reform oriented by the State apparatus reform; 3. On structures and hierarchies; 4. Interorganizational networks as a road towards equity: potential and difficulties; 5. Final remarks.

PALAVRAS-CHAVE: normas operacionais; atenção à saúde; hierarquias; redes.

KEY WORDS: operational rules; health care; hierarchies; networks.

Este artigo relata a normatização recentemente desenvolvida pelo governo federal para o setor saúde, como parte do projeto de reforma do aparelho de Estado, tendo como pano de fundo as concepções defendidas pelo Banco Mundial e pela Organização Mundial da Saúde. Seguem algumas reflexões críticas centradas na categoria "hierarquia", como aquela que organiza diversos aspectos — administração pública e capacidade de governo, serviços de saúde e regionalização — que vêm instituindo o campo da atenção à saúde. Para finalizar, o artigo apresenta, como possibilidade de construção alternativa mais coerente com o princípio da eqüidade, a abordagem de redes interorganizacionais, sem deixar de considerar as dificuldades para sua adoção em um contexto social e político marcado por uma cultura de governo autoritária e centralista.

---

* Artigo especialmente produzido para este número da *RAP*, recebido em fev. 2003.
** Docente na Escola de Administração da UFRGS, médica sanitarista, mestre em planejamento urbano e regional, doutora em administração. E-mail: mcaraujo@ea.ufrgs.br.

Networks and hierarchies: a study on managerial setups towards healthcare equity

This article begins with a narrative of the recent process of normalization developed by the Brazilian federal government, as part of a wider project — the State reform, influenced by concepts developed by the World Bank and the World Health Organization. It makes a few critical considerations centered on hierarchy as a theoretical category that organizes aspects such as public administration, government capability, health services, and regionalization, which are central to the institutionalization of the healthcare field. Finally, it presents, as a potential alternative construction, the interorganizational networks approach, considering the difficulties of its adoption in a social and political context marked by an authoritarian and centralist culture.

1. Introdução

O período de governo que vai de 1995 até 2002 tem como marca a existência de um projeto articulador para a transformação do Estado brasileiro que perpassa diversos campos sociais. A introdução desse projeto no campo da saúde redirecionou seu processo de reforma, enfatizando, entre outros aspectos, a centralização decisória e a clara separação operacional entre o subsistema de atenção básica e o de média e alta complexidade. Essa concepção, defendida pelas agências internacionais de apoio técnico e financeiro, começa a ser implantada a partir da Norma Operacional Básica de 1996 e avança na Norma Operacional Básica da Assistência à Saúde de 2001. Essas normatizações provocam uma série de rearranjos no campo da atenção à saúde, tendo implicações importantes para a configuração do *mix* público privado e para a eqüidade.

O processo de "esculpir o SUS a golpes de portaria" (Goulart, 2001:292) já havia se iniciado em janeiro de 1991, com a edição da primeira Norma Operacional Básica (NOB). As normas são portarias do governo federal que definem os objetivos e diretrizes estratégicas para o processo de descentralização, operacionalizando as relações entre as esferas de governo. Esse dispositivo infralegal possui caráter transitório, podendo ser reeditado ou substituído a qualquer momento (Levcovitz et al., 2001). Levcovitz (1997:150) justifica a necessidade desse tipo de dispositivo pelas "inconsistências da própria Lei Orgânica da Saúde (LOS)": "A LOS cria vínculos indissolúveis entre a descentralização político-administrativa do SUS, a municipalização e a forma de organização regionalizada e hierarquizada da rede de serviços. (...) A autonomia política dos municípios e a ausência de hierarquia destes com relação aos estados e à União estimulam fortemente a municipalização do sistema, mas a organização regionalizada e hierarquizada da rede de serviços (...) exige a prática permanente da pactuação e da negociação entre as esferas de governo que caracterizam o federalismo".

Outro argumento se refere ao consenso sobre a descentralização em todos os documentos oficiais. Por se tratar de um "grande consenso abstrato, fundado na superficialidade do tratamento da questão, e amplo vazio concreto, tanto teórico quanto prático, falta construir instrumentos e mecanismos operacionais que induzam à descentralização real de forma simultânea à organização da rede regionalizada e hierarquizada de serviços" (Levcovitz, 1997:153). A argumentação de Levcovitz pode ser considerada de outros ângulos: esse consenso abstrato se constitui em um espaço de conveniência, o que justificaria o não-aperfeiçoamento das inconsistências (*sic*) da LOS através do Legislativo, propiciando o exercício de uma estratégia de reformar a reforma sanitária sob a aparência de adaptações incrementais, através de dispositivos infralegais e temporários (Misoczky, 2002a). De qualquer forma, fica claro que essa opção é coerente com a proposta "de reforçar a capacidade de indução e controle das mudanças no funcionamento do sistema de saúde pelo nível federal, a partir dos mecanismos de financiamento" (Levcovitz et al., 2001:276). Inicia-se, assim, a prática da "descentralização tutelada" (nos termos de Vianna, 1992), que se estende até os tempos atuais.

A edição da NOB seguinte, em 1993, apesar de propiciar alguns avanços na descentralização administrativa, "conserva o traço central e estrategicamente dominante de operar a política de saúde através do seu financiamento, (...) reforçando o argumento do perfil centralizador do sistema político brasileiro, traduzindo-se num constrangimento para o pleno exercício da autonomia local". Assim, "manteve-se intocado um significativo fator de coação para a adoção dos critérios de eqüidade e da inclusão social nas políticas de saúde" (Elias, 2001:4). Além de sedimentar a escolha por um modelo centralizador de tomada de decisão, é preciso mencionar que essa NOB institui uma inovação no arcabouço organizacional do SUS através da criação da comissão intergestores bipartites — CIB, e da comissão intergestores tripartite — CIT. A constituição dessas comissões representa o privilegiamento da arena burocrática sobre a política. Bourdieu (2001a:121) chama a comissão de "forma tipicamente burocrática de consulta": "O campo burocrático só pode cumprir a função de legislador se enfrenta, segundo procedimentos cujo domínio possui, os representantes dos interesses oficialmente reconhecidos que, ainda quando se trate de autoridades públicas regionais ou locais, funcionários locais ou nacionais escolhidos, ou representantes titulares de organizações profissionais ou associações, ficam do lado de interesses particulares, privados, e condenados por isso a ocupar uma posição subordinada com relação aos possuidores estatutários do monopólio da definição legítima do interesse geral. Por (...) estar em condições de impor as regras que regem a discussão e o registro das conclusões, os agentes do Estado podem dar e dar-se aparências de um enfrentamento aberto com o exterior, enquanto conservam o monopólio da preparação das decisões coletivas, de sua implementação e da avaliação dos resultados".

Neste artigo se revisa, de modo breve, a relação entre as propostas desenvolvidas pelo governo federal para o setor saúde, como parte do projeto de reforma do aparelho de Estado, e as normas editadas em 1996 e 2001, tendo como pano de fundo as concepções defendidas pelo Banco Mundial e pela Organização Mundial da Saúde. Seguem-se algumas reflexões críticas centradas na categoria "hierarquia", como sendo aquela que organiza diversos aspectos — administração pública e capacidade de governo, serviços de saúde e regionalização — que vêm instituindo o campo da atenção à saúde. Para finalizar se apresenta, como possibilidade de construção alternativa mais coerente com o princípio da eqüidade, a abordagem de redes interorganizacionais horizontais, sem deixar de considerar as dificuldades para sua adoção em um contexto social e político marcado por uma cultura de governo autoritária e centralista.

Essas reflexões e proposições se orientam por uma referência ao princípio da eqüidade, incorporando as formulações de Sen (1997), segundo as quais interessa menos o fato de uma pessoa estar funcionando de uma certa maneira do que o fato de ela ter ou não a capacidade de fazê-lo. Daí resulta que o princípio primordial da eqüidade se refere à constituição de igualdade em termos de capacidades básicas. Esse argumento aparece na abordagem sobre eqüidade em saúde em que os objetivos políticos são definidos em termos de acesso mais do que em termos de utilização (Misoczky, 1997). Trata-se de uma referência que induz à intersetorialidade e à relação entre saúde e desenvolvimento. Essa concepção não é contraditória com a definição adotada pela International Society for Equity in Health: "ausência de diferenças, sistemáticas e potencialmente remediáveis, entre grupos ou subgrupos populacionais definidos social, econômica, demográfica ou geograficamente" (Macinko, 2002:2). A adoção dessas definições de eqüidade busca compatibilizar uma perspectiva de base individual com uma de base coletiva, entendendo que a contradição entre as mesmas é apenas aparente, já que, de modo diferente da abordagem disseminada pela Organização Mundial da Saúde, que se encontra em Gakidou e outros (2000), a abordagem de capacidades considera as iniqüidades em saúde como diretamente correlacionadas com as demais dimensões da vida em sociedade.

2. A reforma do setor saúde orientada pela reforma do aparelho de Estado

As expressões "reforma sanitária" e "reforma do setor saúde" possuem significados e implicações diferentes. A primeira se refere a processos que visam transformar a legislação e os arranjos institucionais de modo a proteger a saúde dos cidadãos e propiciar um efetivo deslocamento das relações de poder na sociedade; a segunda enfatiza aspectos de organização do sistema de saúde para a

racionalização dos recursos financeiros (Fleury, 2000). As principais medidas dessa tendência são sintetizadas por Chernichovsky (1995): separação das funções de financiamento e provisão para estimular a competição entre os prestadores, propiciar a escolha dos consumidores e ganhos de eficiência; reduzir o papel do poder público e aumentar o papel das organizações privadas como provedoras de serviços de saúde.

A proposta de reforma do setor saúde se encontra claramente expressa em texto assinado pelo então ministro Bresser-Pereira (1995):

> Esta é uma proposta de reforma administrativa do sistema de atendimento hospitalar e ambulatorial de saúde do SUS. (...) Para alcançar esse grau maior de controle, a reforma opta por três estratégias: descentralização, com maior clareza na definição das atribuições e no poder de decisão das diferentes esferas de governo; montagem de um sistema de atendimento de saúde em nível municipal, estadual e nacional, constituído por dois subsistemas: subsistema de entrada e controle e subsistema de referência ambulatorial e hospitalar (...); montagem de um sistema de informações em saúde visando acompanhar os resultados das ações dos dois subsistemas mencionados, conectados em rede (...). A idéia da criação de um sistema de atendimento à saúde e sua clara separação operacional em dois subsistemas (...) é uma proposta que viabiliza a implementação do SUS, ao tornar muito mais rápida e efetiva a descentralização. Nos termos aqui propostos será possível, por parte do Estado, concentrar sua atenção na organização e funcionamento do subsistema de entrada e controle através de cuidados básicos de saúde ao indivíduo e à família, com encaminhamento dos pacientes cujos problemas não forem resolvidos nesse nível para serem atendidos no subsistema de referência ambulatorial e hospitalar. (...) Os municípios organizarão o subsistema de entrada e controle de acordo com uma base populacional e geográfica, definida segundo as diretrizes gerais do MS (...). Haverá adscrição de clientela às unidades locais e aos médicos de saúde da família, vinculados à prefeitura. (...) Caberá ao subsistema de entrada e controle credenciar e contratar serviços dos hospitais que competirão, em termos de qualidade e custo de serviços. O subsistema de referência ambulatorial e hospitalar será dotado de normas elaboradas pelo MS, CIT e CIB's, e aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde.

As reações à proposta de reforma do setor saúde restringem-se à oposição a apenas um de seus aspectos, a criação de organizações sociais, especialmente no âmbito do Conselho Nacional de Saúde. Talvez por isso não se tenha percebido a relação entre a NOB 96 e esse projeto, relação essa assumida pelo próprio Bresser-Pereira em entrevista dada a Araújo Júnior (2000:178): "Uma vez fui convidado para dar uma palestra no Conselho Nacional de Saúde. Fiz uma exposição sobre minhas idéias e pontos de vista sobre a reforma do setor saúde e como elas aparecem na NOB 96. Quando eu terminei, um membro do Conselho me perguntou — 'Você está insinuando que foi quem formulou a

NOB 96? Porque não foi! Nós fizemos isso!' Ao que eu respondi, muito feliz — 'É claro que vocês a formularam, eu só dei uma ajudazinha.' Eu não estava interessado nessa disputa. Estrategicamente era muito mais importante que eles assumissem a proposta".

Almeida (1999:279) reconhece na NOB 96 um "importante ponto de inflexão" no processo de reforma: "explicita a retomada e fortalecimento do papel dos estados na coordenação e condução dos sistemas estaduais de saúde, que incluem os sistemas municipais, e privilegia uma determinada reorganização do sistema, centrada na atenção básica e nos programas seletivos, que pela forma como vêm sendo implementados tendem a fortalecer a focalização preconizada pelos organismos financeiros internacionais".

O quadro apresenta uma comparação entre as propostas do Mare para a reforma do sistema de saúde e o conteúdo da NOB 96.

Comparação entre as propostas do Mare e a NOB 96

Proposta do Mare	NOB 96
Transferência de fundos para o pagamento de tratamento hospitalar através dos municípios, com a intermediação dos governos estaduais e de acordo com a população.	A descentralização operacional avança nessa mesma direção, ainda que somente o piso da atenção básica (PAB) seja definido de acordo com a população dos municípios.
Descentralização com clara definição de responsabilidades entre os entes federados.	Enfatiza o papel das secretarias estaduais no relacionamento entre os sistemas municipais e define as funções do MS na coordenação das relações interestaduais.
Municipalização do controle dos hospitais — da contratação ao controle das contas.	Prevista para os municípios que assumem a gestão plena do sistema.
Prioridade para o desenvolvimento do sistema de atenção básica.	Expressa literalmente na norma.
Priorização da medicina preventiva e sanitária.	Criação do PAB e dos incentivos, inclusive para o programa de agentes comunitários de saúde (Pacs) e para o programa de saúde da família (PSF).
Transformação dos hospitais públicos em OSS.	Não é mencionada na NOB.
Sistema de informação integrado em rede com um cartão para cada cidadão.	Cartão SUS.
Subsistema de entrada e controle — organizado pelos municípios, segundo diretrizes do MS, para cuidados básicos ao indivíduo e à família.	Organizado via PAB e incentivos.
Subsistema de referência ambulatorial e hospitalar — credencia e contrata hospitais em competição (qualidade e custos).	Organização da alta complexidade e da assistência hospitalar, ainda sem a ênfase em qualidade e custos.

Fonte: inspirado em Araújo Júnior, 2000:186.

A atenção básica é definida, sempre através de portaria (Brasil, 2000), como um conjunto de ações, de caráter individual e coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação. São especificadas e detalhadas as responsabilidades dos municípios com relação às ações dirigidas a toda a população (educação em saúde e focalização sobre os grupos e fatores de risco comportamentais, alimentares ou ambientais, por exemplo) e às ações dirigidas a grupos específicos da população (incentivo ao aleitamento materno, combate às doenças preveníveis por imunizações, combate às carências nutricionais priorizando as faixas etárias zero a cinco e mais de 60 anos, controle das infecções respiratórias agudas priorizando de zero a quatro anos e mais de 60, por exemplo). Esse detalhamento representa a segmentação da população e uma aposta na focalização, além de discriminar os itens que compõem o nosso pacote essencial, composto por bens públicos — intervenções de saúde pública para lidar com externalidades substanciais — e bens meritórios, serviços clínicos essenciais definidos de acordo com os valores de cada sociedade (World Bank, 1993a).

Aparecem, no espaço efetivamente deliberativo, a CIT, algumas preocupações, ainda que tênues, com relação à adoção dessas prescrições. Segundo Levcovitz (1997:223), na época diretor da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde, encarregada de coordenar a elaboração da NOB, "a denominação Piso Assistencial Básico produziu, inicialmente, certo desentendimento nas negociações na CIT por sua associação indevida com a proposta da 'cesta básica' do Banco Mundial". "Foi plenamente superado pela explicitação do PAB como modalidade de financiamento da atenção básica, sempre associado à garantia de acesso da população aos demais níveis de complexidade da assistência à saúde." Possivelmente para sanar essa "suspeição" a denominação foi alterada para piso da atenção básica.

A consolidação das grandes mudanças no SUS ocorre a partir do início de 2001 — com a edição da norma operacional da assistência à saúde — Noas, reeditada em 2002, que enfatiza a regionalização das ações e serviços de saúde por níveis hierarquizados de complexidade (Brasil, 2002a:9): "O processo de regionalização deverá contemplar uma lógica de planejamento integrado, compreendendo as noções de territorialidade, na identificação de prioridades de intervenção e de conformação de sistemas funcionais de saúde (...). O plano diretor de regionalização (PDR) fundamenta-se na conformação de sistemas funcionais e resolutivos de assistência à saúde por meio da organização dos territórios estaduais em regiões/microrregiões e módulos assistenciais; da conformação de redes hierarquizadas de serviços".

Os conceitos-chave para a organização da assistência no âmbito estadual, que deverão ser observados no PDR, são (Brasil, 2002a):

- região de saúde — base territorial de planejamento da atenção à saúde;

- módulo assistencial — módulo territorial correspondente ao primeiro nível de referência e com as características de conjunto de municípios entre os quais há um município-sede habilitado em gestão plena do sistema municipal (GPSM) ou em gestão plena da atenção básica ampliada (GPAB-A), ou de município em GPSM ou em GPAB-A com capacidade para ofertar com suficiência a totalidade dos serviços para sua própria população;
- município-sede de módulo assistencial que oferta a totalidade dos serviços para sua própria população e para a população de outros municípios a ele adscritos;
- município-pólo — apresenta papel de referência para outros municípios em qualquer nível de atenção;
- unidade territorial de qualificação na assistência à saúde — base territorial mínima a ser submetida à aprovação do Ministério da Saúde e CIT para qualificação na assistência à saúde.

A Noas (Brasil, 2002a) também define, detalhadamente, as ações e serviços que compõem cada nível de atenção. Assim, os municípios em gestão plena da atenção básica ampliada devem se responsabilizar pelas "ações estratégicas mínimas da atenção básica", que incluem ações voltadas para o controle da tuberculose, eliminação da hanseníase, controle da hipertensão arterial, controle da diabetes *mellitus*, saúde da criança, saúde da mulher e saúde bucal. As responsabilidades e atividades que devem ser executadas, em cada uma dessas ações, também são detalhadas no primeiro anexo da norma. A esse conjunto de procedimentos assistenciais se somam 22 procedimentos, que incluem atendimento médico de urgência com observação de até oito horas, assistência domiciliar por profissional do PSF, pequenas cirurgias ambulatoriais, procedimentos diagnósticos relacionados com as patologias antes mencionadas e cinco procedimentos restauradores em odontologia. O elenco mínimo de procedimento de média complexidade ambulatorial, que deve ser ofertado nos municípios-sede de módulos assistenciais, também é exaustivamente listado nos anexos da Noas.

Para Barros (2001:309), a Noas consolida o processo de recentralização seletiva, inaugurado com a NOB 96, "que redefiniu funções das esferas de governo e fragmentou a gestão do sistema segundo níveis de complexidade tecnológica e de assistência, subtraindo ao gestor municipal poder de decisão sobre determinadas áreas do sistema". Os comentários de Carvalho (2001:444) vão nessa mesma direção: "Hoje os recursos estão todos centralizados e fatiados. Os municípios que recebem recursos, mesmo estando em plenitude da gestão, têm que se submeter a mais de duas dezenas de formas. Regras próprias. Recursos financeiros incomunicáveis. Decisão centralizada e execução de subalternos (...) ditas e tidas como descentralizadas".

Elias (2001) aponta, desde a NOB 93, a conciliação de dois mecanismos de gestão: por um lado, o subsídio à demanda através de um sistema de pré-pagamento *per capita* e, por outro, a manutenção do subsídio à oferta (o velho modelo inampsiano) através da remuneração por produção. Isso se preserva na Noas, que implanta os subsistemas idealizados pela reforma do aparelho de Estado: a atenção básica ampliada mais a média complexidade configura o subsistema de entrada e controle (pré-pagamento *per capita*), enquanto os demais níveis de atenção compõem o subsistema de referência ambulatorial e hospitalar (remuneração por procedimentos). É claro que esse ainda não funciona como um mercado com os prestadores em competição, mas somando-se essa organização inicial com a implantação do cartão SUS estarão constituídas as bases operacionais para que isso ocorra (Misoczky, 2002a).

Os termos da Noas são coerentes com as concepções que dominam o cenário internacional das agências internacionais de cooperação com atuação no campo da saúde (Misoczky, 2002b). Além da delimitação do nosso pacote essencial, cada vez definido com mais precisão, agora se cumpre outra prescrição do Banco Mundial, referente ao papel dos gestores estaduais na gestão da rede hierarquizada de serviços (World Bank, 1993b). Essa proposta também apresenta coerência com o modelo desenvolvido pelo ex-ministro da saúde da Colômbia, vinculado ao Banco Mundial e economista sênior do Banco Interamericano de Desenvolvimento no momento de sua publicação, Juan-Luis Londoño, e por Julio Frenk, consultor internacional e diretor do Centro para a Saúde e Economia, com sede no México. Londoño e Frenk (1997) propõem o modelo que denominam pluralismo estruturado, e que seria organizado de acordo com funções. Nesse modelo, a modulação seria a principal atividade do Ministério da Saúde, incluindo, entre outras, as seguintes funções específicas: a) desenvolvimento do sistema formulação das políticas, planejamento estratégico, definição de prioridades para a alocação de recursos, relacionamento intersetorial, desenvolvimento de critérios e padrões para avaliação do desempenho, decisão sobre investimentos estruturais; b) coordenação-organização da atenção terciária e complexa, campanhas maciças de saúde, realização de contratos que explicitem o desempenho esperado de outras organizações (contratos de gestão); c) organização do financiamento — mobilizar os recursos necessários e conter custos, decisões críticas que vão determinar a estrutura de incentivos do sistema, tais como o uso de fundos públicos e pacotes de benefícios, o total de pagamentos por capitação, as formas de alocação de recursos no território etc. Essa recomendação apresenta coerência completa com o que se encontra na Noas quanto às responsabilidades do Ministério da Saúde.

Tudo indica que se está presenciando a adoção da lógica do novo universalismo, preconizada pela OMS em seu *Relatório Anual* de 1999 (WHO, 1999). A expressão “novo universalismo” se refere à responsabilidade governamental pelo financiamento e pela liderança, mas, reconhecendo os limites dos gov-

ernos, indica que nem todas as coisas podem ser publicamente financiadas. Nesse contexto, a provisão privada de serviços financiados publicamente é compatível com a responsabilidade pela saúde de todos, apenas requerendo um claro papel regulador dos governos. Segundo Prats (1999:5) "a cobertura universal significa cobertura para todos, mas não cobertura de tudo". "O nível de serviços que deve ser coberto universalmente deve refletir o desenvolvimento econômico do país e as preferências democraticamente expressas em relação às prioridades de saúde."

3. De estruturas e hierarquias

As reflexões feitas a seguir identificam os referenciais teóricos que informam o processo hegemônico de formação da política no campo da atenção à saúde, entendendo, sempre, que as teorias constroem a realidade e que, para mudá-la (como recomenda Bourdieu, 2001b), é preciso estar munido de teoria.

No centro do processo aqui descrito se encontra uma abordagem estruturalista das relações sociais, vinculada ao paradigma funcionalista sistêmico. Estruturas são, segundo a definição de Merton (1977), distribuições sociais — concentração e dispersão — de autoridade e poder nas várias posições e estratos dessas estruturas. Giddens (1989) esclarece as relações entre estrutura e forma sistêmica, na perspectiva funcionalista: a estrutura — constituída por regras e recursos — se refere a formas de padronização das relações sociais que, por sua vez, propiciam a existência de práticas sociais reproduzidas sistemicamente. Nesse sentido, as regras e recursos envolvidos na produção e na reprodução da ação social são, ao mesmo tempo, os meios de produção e reprodução do sistema. Como parte da perspectiva estruturalista, a teoria de sistemas compartilha uma orientação determinista, pela qual o comportamento organizacional é visto como moldado por uma série de mecanismos impessoais que agem como limites externos sobre os atores (Slappendel, 1996).

Uma categoria central, tanto para o estruturalismo quanto para o funcionalismo sistêmico, é a da hierarquia, definida como o princípio da teoria da burocracia que trata da ordenação de autoridades com capacidade de regulação e inspeção, com relação às quais os entes inferiores possuem direito de queixa ou apelação (Weber, 1997).

A hierarquia se encontra entre os princípios básicos da administração pública, em sua concepção tradicional, em que é apresentada como a divisão de tarefas ou funções entre distintas esferas de funcionamento, cada uma com requisitos de autoridade e sanções próprios (Lane, 1993). Misoczky (2002c), ao construir um referencial teórico para analisar práticas participativas na administração pública, considera a existência de centros claros de poder, estruturas hi-

erárquicas rígidas, ações padronizadas baseadas em papéis e normas, operação setorializada a partir de programas normativos verticalizados e controle formal, como alguns dos fatores centrais à formação burocrática tradicional. Segundo Agranoff e McGuire (1999) essa perspectiva de gestão é inaplicável a formas de governo multiorganizacionais, multigovernamentais e multissetoriais.

No caso das normatizações que constituem o objeto deste artigo se encontra, além desse apego à hierarquia como mecanismo de gestão das organizações públicas, das relações interorganizacionais e entre níveis de governo, a adesão à hierarquia na organização da atenção à saúde (concepção hegemônica há várias décadas) e a introdução, de modo sistemático, da hierarquia dos lugares.

A influência do estruturalismo e da teoria de sistemas se encontra presente na lógica que orienta a criação do SUS, como se percebe pelo depoimento de Campos (1991:37): "quando pensávamos modelos concretos de atenção à saúde, sempre recorríamos à produção de organismos internacionais, particularmente OPS". Essa organização recomendava, na década de 1980, a organização dos serviços de saúde de modo hierarquizado e com referência à base geográfica em sistemas locais de saúde — Silos. Assim, o subsistema de prestação de serviços deve agrupar as organizações "que o compõem segundo as esferas de atendimento (classificadas por níveis de complexidade) ou, ainda, segundo locais de atendimento, estabelecendo uma hierarquização entre os diversos grupos" (Elias, 1996:64). Refletindo (auto) criticamente sobre essa influência teórica, Campos (1991:155) aponta como se deu a confluência entre o paradigma histórico-estrutural e o funcionalismo sistêmico. Ambas as correntes de pensamento procuram justificar "a ação técnico-burocrática como sendo o *locus* privilegiado para o adequado desencadear de uma verdadeira guerra de movimento contra a ineficiência, o atraso e até a iniqüidade das políticas públicas".

Mais recentemente, alguns autores têm chamado a atenção para as dificuldades geradas pela adoção da metáfora da pirâmide como imagem orientadora da organização da atenção à saúde. Cecílio (1997:471) lembra que entre os motivos que tornaram a concepção de "regionalização e hierarquização dos serviços" consensual no movimento sanitário se encontrava a suposição de que a hierarquia dos serviços seria "a principal estratégia para a racionalização no uso dos parcos recursos existentes no setor saúde", representando "a utilização do recurso tecnológico certo, no espaço certo, de acordo com necessidades bem estabelecidas dos usuários" e "garantia de acesso". Nesse sentido, o autor lembra que "a representação do sistema de saúde por uma pirâmide adquiriu tanta legitimidade entre todos os que têm lutado pela construção do SUS porque conseguiu representar, de forma densa e acabada, todo um ideário de justiça social". No entanto, na prática essa idealização sistêmica está longe de concretizar a justiça almejada. Cecílio (1997:474) aponta, como alternativa a esse esforço de disciplinar o mundo da vida, a necessidade de "pensar novos fluxos e circuitos"

a partir "dos movimentos reais dos usuários, dos seus desejos e necessidades e da incorporação de novas tecnologias de trabalho e de gestão". Como metáfora alternativa à pirâmide o autor propõe o círculo, associado à idéia de múltiplas alternativas de entrada e saída: abrir possibilidades, em vez de hierarquizar. Righi (2002) revisita a proposta dos Silos e tenta compatibilizá-la com a concepção de rede, adotando, de modo implícito, a organização vertical de rede interorganizacional. Para fazê-lo, a autora subordina a metáfora da rede à metáfora sistêmica, restringindo, desse modo, a potencialidade inovadora da primeira em face da previsibilidade regrada da segunda.

À hierarquia dos níveis de atenção a Noas incorpora a hierarquia dos lugares, a partir da concepção da região como sistema funcional. A noção de região tem sido bastante associada ao sentido de unidade administrativa, como um meio pelo qual se exerce a hierarquia e o controle na administração dos Estados — "o tecido regional é freqüentemente a malha administrativa fundamental que define competências e limites das autonomias dos poderes locais na gestão do território dos Estados modernos" (Gomes, 1995:54).

Os primeiros teóricos da economia espacial, os da Escola de Iena — entre os quais se destaca Christaller — partiram, na década de 1930, da busca de explicações para a hierarquia (de tamanho, serviços oferecidos, riqueza) entre aglomerações urbanas. As produções urbanas tenderiam a organizar-se em redes de lugares centrais, cujas áreas de influência cobririam o espaço, resultando em redes hexagonais. Constituir-se-ia, assim, "graças a uma mão otimizadora invisível" a hierarquia urbana (Benko & Lipietz, 1994:6): "O tamanho do leque de atividades de um lugar central depende do seu lugar na rede urbana hierarquizada. Se existem cidades pequenas e pobres em atividades importantes, é porque o lugar para a implantação dessas atividades é ocupado por uma cidade maior, em nível hierárquico superior. (...) o êxito de certas aglomerações (os centros) é o anverso de uma malha cujo reverso necessário é a mediocridade da periferia".

Uma grande debilidade desse esquema reside em confundir descrição com capacidade explicativa. Foi primeiro a Igreja e depois os Estados autoritários que distribuíram escolas, hospitais, estruturas administrativas, consolidando, intencionalmente, a hierarquia dos lugares. Dessa teoria espacial de concepção estruturalista vem a inspiração de práticas funcionalistas e normativas de gestão do território (Benko & Lipietz, 1994; Rückert & Misoczky, 2002) que se expressam, no que refere ao tema da região, na concepção de regiões funcionais. Nela a estruturação do espaço é vista a partir das múltiplas relações que circulam e dão forma a um espaço que é internamente diferenciado, em que as cidades centrais organizam sua hinterlândia (sua área de influência) e outros centros urbanos de menor porte, resultando em regiões polarizadas. A produção do território resultante é a de um desenvolvimento espacial desigual, "visto sob a máscara de uma complementaridade funcional hierárquica", que contribui "para a manutenção do *status quo* de uma sociedade desequilibrada e desigual" (Gomes, 1995:65).

No entanto, para a população que ali vive a região é uma realidade concreta e, simultaneamente, uma forma de perceber o seu espaço de existência — é um produto e um meio. Além disso, "a região é um conceito que funda uma reflexão política de base territorial, se ela coloca em jogo comunidades de interesse identificadas a uma certa área e, finalmente, se ela é sempre uma discussão entre os limites da autonomia em face de um poder central" (Gomes, 1995:73). Bourdieu (1998:126) ressalta ainda mais o caráter político, ao considerar a região um espaço de dominação que se define pela relação que estabelece "entre a distribuição dos poderes e dos bens no espaço geográfico e a distribuição dos agentes nesse espaço, sendo a distância geográfica em relação aos bens e aos poderes um bom índice de poder".

A organização da atenção à saúde por níveis de complexidade localizados em regiões e microrregiões com municípios-sede e municípios-pólo representa a adoção da "hierarquia dos lugares". Essa concepção despreza a capacidade de os atores sociais imprimirem novos usos ao território, de reestruturá-lo de modo dinâmico (Rückert & Misoczky, 2002), aliando forças endógenas e exógenas (Boisier, 1998). Pelo contrário, ao impor a hierarquia e as centralidades perpetua e agrava a atual situação dos diferentes locais e regiões. De modo coerente com um tipo de descentralização que exclui a dimensão política e, cada vez mais, a social, nega a possibilidade de reconstrução da malha territorial de acordo com as aspirações dos que nela vivem (Raffestin, 1993). De modo autoritário e centralizador, o governo federal impõe, às populações locais e aos seus governantes, uma estratégia de estruturação territorial que terá conseqüências que excedem o campo da atenção à saúde e se estendem ao desenvolvimento econômico e social, com impactos negativos sobre a eqüidade, nos termos adotados como referência para essa reflexão.

No que se refere ao processo decisório, a normatização em vigência continua sem reconhecer a complexidade dos múltiplos atores e interesses que conformam, do ponto de vista legal, organizacional e setorial, a formação da política, insistindo em estabelecer uma lógica de relacionamento baseada na teoria da agência, em que o governo federal e coloca como principal e todos os demais atores como agentes. Essa prática centralizadora impede a constituição de possibilidades de ação compatíveis com as necessidades desiguais, de diferentes locais e grupos populacionais. Ignorando a interdependência entre os múltiplos atores presentes no campo — incluindo-se aí os demais entes federados, prestadores de serviços, organizações da sociedade, entre tantos outros —, adota uma lógica consistente com o trabalho em uma única organização. Além disso, ignora o tipo de problema com o qual tratam as políticas públicas — problemas não estruturados (Matus, 1996) e, por natureza, não setorializados. Aliás, a esse respeito é interessante ressaltar como a Noas insiste na concepção setorial, chegando ao ponto de explicitar que o desenho da regionalização da atenção à saúde pode ignorar as regiões administrativas em que os outros setores estão organizados dentro de cada estado.

4. Redes interorganizacionais como caminho para a eqüidade: potencialidades e dificuldades

Embora o processo de implementação do SUS tenha ficado restrito à perspectiva intra-setorial e à dimensão da assistência, como lembra Junqueira (2000:44), "o SUS é um projeto de promoção da saúde, e é nessa dimensão que ele precisa ser resgatado, como parte de um projeto maior de uma sociedade solidária". Para que isso ocorra, é preciso romper com os pressupostos antes mencionados. Uma alternativa à estruturação hierarquizada e centralmente normatizada tem sido bastante explorada na última década. Trata-se da utilização da metáfora da rede como referência para a organização de atividades interorganizacionais e interdisciplinares no campo das políticas públicas, vinculando a gestão das mesmas ao território e à população que o produz. Como diz Fleury (2002:243): "A complexidade dos problemas sociais, a diversidade de atores e os interesses conflitivos existentes, a crescente mobilização da sociedade civil em busca de atenção diferenciada que respeite as diferenças sociais, a organização de um setor não-governamental que atua, cada vez mais, no campo das políticas sociais, e a ampliação da ação social das empresas são fatores que impulsionam e explicam o florescimento das redes de políticas sociais".

O termo rede é utilizado, neste artigo, para descrever processos de formação de políticas públicas que envolvam múltiplos nós (organizações) com múltiplas conexões. Não se adotam as posições da escola da governança, que focaliza apenas formas específicas de interação público-privado no campo das políticas públicas, na qual as redes aparecem como complementares à hierarquia e ao mercado, superando algumas de suas limitações (Ruchat, 2000). Adota-se a tendência da escola holandesa, que considera as redes como entes políticos a partir de relações entre contextos e processos. Da mesma forma que em McGuire (2002) a metáfora da rede é utilizada não apenas para designar padrões informais de interação, mas considera o modo pelo qual serviços e bens públicos são planejados, concebidos, produzidos e oferecidos à população.

Junqueira (2000:39-40) afirma: "As redes, no universo de mudança, surgem como uma linguagem de vínculos, das relações sociais entre organizações que interagem mediadas por atores sociais que buscam entender de maneira compartilhada a realidade social. São formas de agir que privilegiam os sujeitos que, de maneira interativa, apropriam-se do conhecimento dos problemas sociais e de sua solução. (...) Ao preservarem a identidade de cada membro (...) fazem com que essas organizações se integrem, tanto na concepção das ações intersetoriais quanto na sua execução, para garantir à população seus direitos sociais. (...) a prática intersetorial que privilegia a negociação pode alcançar uma dimensão transetorial, pois cria um novo olhar e instaura novos valores, (...) integra saberes e experiências".

Santos (1996) relaciona as redes — aposta na ativação de pontos e linhas, bem como na criação de novos — com a construção deliberada do es-

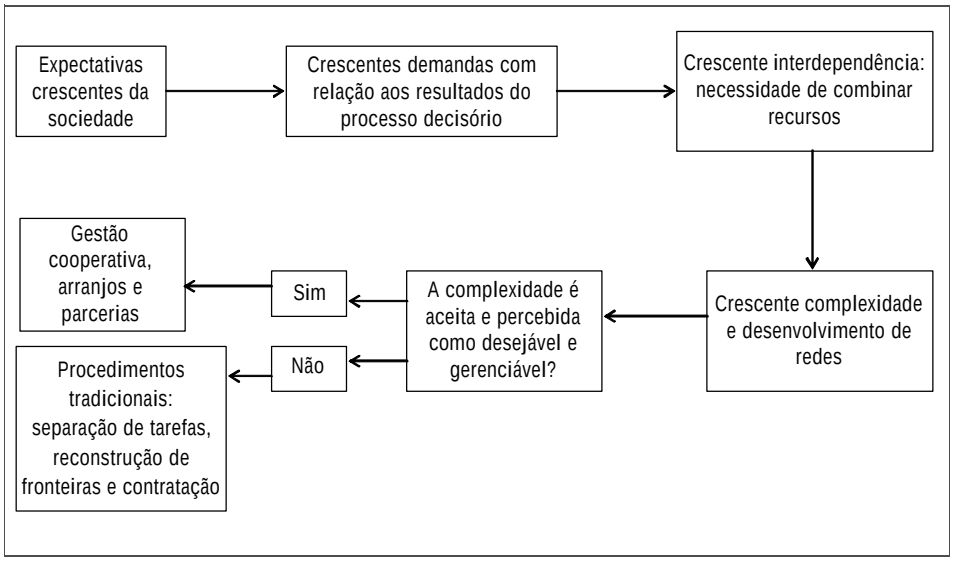
paço — quadro de vida que responde aos estímulos da produção em todas as suas formas materiais e imateriais.

É possível tratar a gestão em rede como uma forma mais compatível com processos de aprofundamento da democracia, com "o florescimento de uma sociedade multicêntrica, em que se organizam distintos núcleos de união que, por sua vez, tendem a alterar os nexos verticais entre o Estado e a sociedade, baseados na regulamentação e subordinação, com orientação para relações mais horizontais e que favorecem a diversidade e o diálogo" (Fleury, 2002:226). A gestão em rede é, também, mais compatível com a formação de políticas públicas em um cenário federalista, caracterizado pela existência de múltiplos centros de decisão.

Um dos grandes desafios da organização em rede reside em estabelecer modalidades de gerência que permitam alcançar os objetivos previstos e conservar a existência da articulação reticular (Fleury, 2002), para os quais as práticas tradicionais da administração pública não são adequadas. Segundo McGuire (2002:608), a gestão de redes interorganizacionais está longe de ser previsível e, além disso, seria um exagero chamá-la de sistemática. Por outro lado, a lógica contingencial não implica irracionalidade ou caos. O autor identifica alguns comportamentos como característicos da gerência de redes: ativar — identificar e incorporar pessoas e recursos necessários para atingir os objetivos compartilhados; emoldurar — arranjar e integrar estruturas, regras operacionais e valores que facilitem acordos no que se refere ao papel dos participantes; mobilizar — propiciar o desenvolvimento de compromissos e de suporte para os processos participativos dos membros da rede e da população; sintetizar — criar e garantir um ambiente que propicie condições para uma interação produtiva entre os membros. Klickert, Klijn e Koppenjan (1997) distinguem as tarefas gerenciais em termos de propósitos: gestão das atividades voltadas para dar conseqüência às idéias e percepções dos membros da rede e gestão das atividades voltadas para propiciar a interação entre os membros. Para Klijn, Koppenjan e Taermeer (1995), o sucesso da gerência de redes reside na capacidade de ativar seletivamente atores e recursos, limitar os custos da interação e zelar pela sua qualidade, buscar o compromisso dos participantes e prestar atenção aos aspectos políticos e administrativos.

Teisman e Klijn (2002) apontam, entre as dificuldades para que se desenvolvam redes horizontais, a tendência de os governantes e políticos verem os arranjos em torno de parcerias como ameaças. Desse modo, os administradores públicos tendem a adotar relações do tipo agente principal e, com relação ao setor privado, a contratá-lo para a execução de serviços ou ações (ver figura).

Escolhas da administração pública em face da complexidade das demandas



Fonte: Teisman & Klijn, 2002:200.

Trata-se, portanto, de uma escolha de caráter político, já que a opção pela cooperação através de parcerias implica alteração das relações de poder e das relações entre administração pública e a sociedade que se constitui em sua razão de existir.

5. Considerações finais

Embora a exploração de novas formas de arranjos de gestão seja apenas incipiente no campo da atenção à saúde no Brasil, acredita-se que ela possa vir a desenvolver-se como decorrência de formas mais amadurecidas de participação da sociedade e de relações entre organizações públicas e privadas. Acredita-se, principalmente, que essa exploração se coloque como uma necessidade, caso se queira avançar na direção da eqüidade e da construção de relações mais harmônicas no espaço da Federação.

Ainda que de modo incipiente, algumas práticas inovadoras estão sendo desenvolvidas por iniciativa de gestores locais que ocupam os espaços virtuais de autonomia definidos pela Constituição. Algumas experiências de consórcios intermunicipais de saúde podem ser consideradas como embriões de redes interorganizacionais. Esse é o caso, por exemplo, do Consórcio Intermunicipal de

Saúde da Região Centro — Rio Grande do Sul, que mistura modalidades de gestão em que prevalece a hierarquia (caracterizando o que alguns consideram redes verticais (Sulbrandt, Lira & Ibarra, 2001)) com outras em que prevalece a articulação horizontal e flexível. A intervenção do consórcio para a promoção de práticas que previnam a contaminação pelo HIV se constitui em caso exemplar de articulação intersetorial, flexível, com múltiplos e variáveis nós e fluxos.

No entanto, para que essas inovações possam ocorrer de modo mais disseminado é necessário que a prática centralizadora e disciplinadora seja deixada de lado. Trata-se, sem dúvida alguma, de um longo caminho a percorrer, tendo em vista a cultura autoritária que caracteriza a administração pública brasileira e, mesmo, a forma como o SUS tem sido instituído, especialmente no período mais recente.

Referências bibliográficas

AGRANOFF, Robert; McGUIRE, Michael. Big questions in public network management research. In: NATIONAL PUBLIC MANAGEMENT RESEARCH CONFERENCE, 5., 1999, Texas. *Proceedings...* Dec. 1999.

ALMEIDA, Célia Maria de. Reforma do Estado e reforma de sistemas de saúde: experiências internacionais e tendências de mudança. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 4, n. 2, p. 263-286, 1999.

ARAÚJO JÚNIOR, José Luiz do Amaral Corrêa de. *Health Reform in Brazil: 1995-1998 — a health policy analysis of a developing health system*. 2000. Thesis (Doctorate in Philosophy) — Nuffield Institute for Health, University of Leeds.

BARROS, Elizabeth. Implementação do SUS: recentralizar será o caminho? *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 6, n. 2, p. 307-310, 2001.

BENKO, Georges; LIPIETZ, Alain. (Orgs.). O novo debate regional: posições em confronto. In: *As regiões ganhadoras: distritos e redes — os novos paradigmas da geografia econômica*. Oeiras: Celta, 1994. p. 3-17.

BOISIER, Sérgio. *El vuelo de una cometa: una metáfora para una teoría del desarrollo territorial*. Santiago: Ilpes — Cepal, 1998.

BOURDIEU, Pierre. A identidade e a representação: elementos para uma reflexão crítica sobre a idéia de região. In: BOURDIEU, Pierre. *O poder simbólico*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1998. p. 107-123.

———. *Las estructuras sociales de la economía*. Buenos Aires: Manantial, 2001a.

———. Por um conhecimento engajado. In: BOURDIEU, Pierre. *Contrafogos 2*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2001b.

BRASIL. Ministério da Saúde. *SUS: descentralização*. Brasília, 2000.

———. Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com eqüidade no acesso. *Norma operacional da assistência à saúde — Noas-SUS 01/02*. (Portaria MS/GM nº 373, 27 fev. 2002, e regulamentação complementar). Brasília, 2002a.

———. Conselho Nacional de Saúde. *O desenvolvimento do sistema único de saúde: avanços, desafios e reafirmação dos seus princípios e diretrizes.* Brasília, 2002b.

BRESSER-PEREIRA, Luiz Carlos. Reforma administrativa do sistema de saúde. In: COLÓQUIO TÉCNICO PRÉVIO À REUNIÃO DO CONSELHO DIRETIVO DO CLAD, 25., Buenos Aires, out. 1995. *Anais*... Buenos Aires: CLAD, 1995.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. *A saúde pública e a defesa da vida*. São Paulo: Hucitec,1991.

CARVALHO, Gilson. A inconstitucional administração pós-constitucional do SUS através de normas operacionais. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 6, n. 2, p. 435-444, 2001.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 13, n. 3, p. 469-478, 1997.

CHERNICHOVSKY, Dov. What can developing economies learn from health system reforms of developed economies? In: BERMAN, Peter (Ed.). *Health sector reform in developing countries: making health development sustainable.* Boston: Harvard University Press, 1995. p. 101-120.

ELIAS, Paulo E. Estrutura e organização da atenção à saúde no Brasil. In: COHN, Amélia; ELIAS, Paulo E. *Saúde no Brasil: políticas e organização dos serviços*. São Paulo: Cortez Ed.-Cedec, 1996. p. 57-117.

———. Afinal, de qual descentralização falamos? *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 6, n. 2, p. 310-312, 2001.

FLEURY, Sonia. Reforming health care in Latin America: challenges and options: In: FLEURY, Sonia; BELMARTINO, Susana; BARIS, Enis (Orgs.). *Reshaping health care in Latin America: a comparative analysis of health care reform in Argentina, Brazil and Mexico.* Ottawa: International Development Research Centre, 2000. p. 3-24.

———. El desafio de la gestión de las redes de políticas. Disponível em: <http://www.iigov.org/revista/12/12_09.pdf>. Acesso em: 11-12-2002.

GAKIDOU, E. C.; MURREY, Christopher; FRENK, Julio. Defining and measuring health inequality: an approach based on the distribution of health expectancy. *Bulletin of the World Health Organization*, v. 78, n. 1, p. 42-54, 2000.

GIDDENS, Anthony. *A constituição da sociedade.* São Paulo: Martins Fontes, 1989.

GOMES, Paulo Cesar da Costa. O conceito de região e sua discussão. In: CASTRO, Iná Elias de; GOMES, Paulo Cesar da Costa; CORRÊA, Roberto Lobato (Orgs.). *Geografia: conceitos e temas*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1995. p. 49-76.

GOULART, Flávio de Andrade. Esculpindo o SUS a golpes de portaria... considerações sobre o processo de formação das NOBs. *Ciência & Saúde Coletiva,* v. 6, n. 2, p. 292-300, 2001.

JUNQUEIRA, Luciano. Intersetorialidade, transetorialidade e redes sociais na saúde. *Revista de Administração Pública*, v. 34, n. 6, p. 35-45, 2000.

KLICKERT, Walter; KLIJN, Erik-Hans; KOPPENJAN, Joop F. Introducion: a management perspective on policy networks. In: KLICKERT, Walter; KLIJN, Erik-Hans; KOPPENJAN, Joop F. (Eds.). *Managing complex networks.* London: Sage, 1997.

KLIJN, Erik-Hans; KOPPENJAN, Joop F.; TAERMEER, K. *Managing net*. Oxford: 1995.

LANE, Jan-Erik. *The public sector: concepts, models and approaches.* London: Sage, 1993.

LEVCOVITZ, Eduardo. *Transição x Consolidação: o dilema estratégico da construção do SUS. Um estudo sobre as reformas da política nacional de saúde — 1974/1996*. Tese (Doutorado) — Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1997.

———; LIMA, Luciana Dias de; MACHADO, Cristina V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. *Ciência & Saúde Coletiva,* v. 6, n. 2, p. 269-291, 2001.

LONDOÑO, Juan-Luis; FRENK, Julio. Structured pluralism: towards an innovative model for health system reform in Latin America. *Health Policy*, n. 41, p. 1-36, 1997.

MACINKO, James A.; STARFIELD, Barbara. Annotaded bibliography on equity in health, 1980-2001. *International Journal for Equity in Health*, v. 1. Disponível em: <http://www.equity-healthj.com/content/1/1/1>. Acesso em: 18-10-2002.

MATUS, Carlos. *Política, plano e governo*. Brasília: Ipea, 1996.

McGUIRE, Michael. Managing networks: propositions on what managers do and why they do it. *Public Administration Review*, v. 62, n. 5, 2002.

MERTON, Robert K. Análise estrutural em sociologia. In: BLAU, Peter M. (Org.). *Introdução ao estudo da estrutura social*. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1977. p. 31-63.

MISOCZKY, Maria Ceci A. Eqüidade em saúde: uma revisão conceitual. *Serviço Social & Sociedade,* ano XVIII, n. 55, p. 131-142, 1997.

———. *O campo da atenção à saúde após a Constituição de 1988: uma narrativa de sua produção social.* Porto Alegre: Dacasa Ed., 2002a.

———. O Banco Mundial e a reconfiguração do campo das agências internacionais de saúde: uma análise multiparadigmática. ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS ORGANIZACIONAIS, 2., Recife, maio de 2002. *Anais...* Recife: Eneo, 2002b.

———. Mudanças na administração municipal: possibilidades de uma formação político-organizacional. *Revista de Administração Contemporânea*, v. 6, n. 2, p. 99-122, 2002c.

PRATS, Joan. El informe de la OMS y el nuevo momento del desarrollo. 1999. Disponível em: <http://iigovkorea.uoc.es/iigov/pnud/bibliote/texto/bibl0040.htm>. Acesso em: 13-6-2000.

RAFFESTIN, Claude. *Por uma geografia do poder*. São Paulo: Ática, 1993.

RIGHI, Liane. Pirâmides, círculos e redes: modos de produzir a atenção em saúde. In: MISOCZKY, Maria Ceci A.; BECH, Jaime. (Orgs.). *Estratégias de organização da atenção à saúde*. Porto Alegre: Dacasa Ed., 2002. p. 29-46.

RUCHAT, Bérangére. United Nations partnerships with business: a quest for a renewed legitimacy in the age of global governance. Dissertation (Doctorate in Philosophy in International Relations) — Maxwell School of Syracuse University, May 2000.

RÜCKERT, Aldomar; MISOCZKY, Maria Ceci A. Território vivido, território em mutação. In: MISOCZKY, Maria Ceci A.; BECH, Jaime (Orgs.). *Estratégias de organização da atenção à saúde*. Porto Alegre: Dacasa Ed., 2002. p. 67-76.

SANTOS, Milton. *A natureza do espaço: técnica e tempo, razão e emoção*. São Paulo: Hucitec, 1996.

SEN, Amartya. *Inequality reexamined*. Oxford: Oxford University Press, 1997.

SLAPPENDEL, Carol. Perspectives on innovation in organizations. *Organization Studies*, v. 17, n. 1, p. 107-134, 1996.

SULBRANDT, José; LIRA, Ricardo; IBARRA, Américo. Redes interorganizacionales en la administración pública. *Reforma y Democracia*, n. 21, p. 117-142, 2001.

TEISMAN, Geert R.; KLIJN, Erik-Hans. Partnership arrangements: governmental rhetoric or governance scheme? *Public Administration Review*, v. 62, n. 2, p. 197-205, 2002.

VIANNA, Solon Magalhães. A descentralização tutelada. *Saúde em Debate*, n. 35, p. 35-38, 1992.

WEBER, Max. *Economia y sociedad*. 11. ed. México: Fondo de Cultura Económica, 1997.

WORLD BANK. *World development report: investing in health*. Oxford: Oxford University Press, 1993a.

———. The organization, delivery and financing of health care in Brazil: an agenda for the 90s. *Report No. 12655-BR*. Washington: World Bank, 1993b.

WHO. *The World Report 1999: making a difference*. Disponível em: <http://www.who.int/whr/1999/en/report/htm>. Acesso em: 5-10-2000.